

Estigma y discapacidad psicosocial en el marco de los resultados en salud mental del conflicto armado en Colombia.
Foco particular población indígena y afrodescendiente

Investigadora principal: Lina María González B.
lgonzalez@saldarriagaconcha.org

Investigadores: Santiago López, Ana María Ortiz Hoyos., Alejandro A. Díaz O., Óscar Gómez, María del Pilar Otero y Edgardo Luis Ortega.

La discapacidad psicosocial puede ser una realidad de las víctimas del conflicto armado en Colombia. ¿Cuál es el estigma que ellos viven? ¿Lo entendemos? ¿El país está preparado para manejarlo?

Tabla de contenido

Resumen	7
1. Introducción	11
2. Marco teórico:.....	13
2.1 Salud mental, problemas en salud mental y discapacidad psicosocial	13
2.1.1. Diagnóstico de enfermedad mental y discapacidad psicosocial.....	17
2.2 Estigma.....	19
2.2.1 Estigma y enfermedad mental	22
2.2.2 El autoestigma	25
2.2.3 Estigma y relación con la victimización en la enfermedad mental	26
2.2.4 Estigma social en personas con estrés postraumático.....	28
2.2.5 Estigma – enfermedad mental y actitud social	30
2.2.6 Medios de comunicación y estigma	32
2.3 Barreras a los servicios de salud	35
2.4 Apoyo.....	39
2.5 Conflicto armado	41
2.5.1 Estrategias de afrontamiento.....	45
2.6 Grupos indígenas	46
2.6.1 El suicidio en la población indígena.....	50
2.7 Población afrocolombiana	52
3. Justificación.....	60
4. Pregunta de investigación.....	66
5. Hipótesis de investigación.....	67
6. Revisión de la literatura y estrategia de búsqueda	68
7. Objetivos.....	70
7.1 Objetivo general:	70
7.2 Objetivos específicos	70
8. Metodología.....	72
8.1 Diseño de investigación	72
8.2 Definición de poblaciones	75
8.2.1 Personas con discapacidad psicosocial y sus familiares.....	75

8.2.2	Víctimas del conflicto armado	75
8.2.3	Familiares, cuidadores principales o acompañantes principales de víctimas del conflicto armado	76
8.2.4	Afrocolombianos víctimas con o sin discapacidad psicosocial.....	76
8.2.5	Indígenas víctimas con o sin discapacidad psicosocial	77
8.3	Tipo de relación:	77
8.3.1	Investigador-objeto de estudio	77
8.3.2	Investigador-contexto	77
8.4	Diseño de muestreo	78
8.5	Recolección de información	79
8.5.1	Garantía de pertinencia y suficiencia	79
8.6	Análisis de la información:	82
9.	Ética	84
10.	Resultados y análisis	86
10.1	Concepto de salud mental.	86
10.1.1	Formas de cuidar la salud mental	94
10.1.2	Causas que generan problemas de salud mental.....	99
10.1.3	Percepción del tratamiento.....	106
10.1.4	Causas para no consultar.....	109
10.1.5	Momentos de buscar ayuda	112
10.1.6	Trivialización de la salud mental	114
10.1.7	Implicaciones del conflicto armado en la salud mental de los colombianos	115
10.2	Estigma y salud mental	119
10.2.1	Autoestigma	124
10.2.2	Estigma social	129
10.2.3	Estigma institucional.....	134
10.2.4	Estigma y su relación con el conflicto armado en Colombia.....	136
10.3	Barreras a la inclusión en salud mental y discapacidad psicosocial	137
10.3.1	<i>Barreras en salud</i>	139
10.3.2	<i>Barreras actitudinales</i>	139
10.3.3	Barreras administrativas.....	149
10.3.4	Barreras económicas y geográficas	158
10.3.5	<i>Barreras sociales</i>	161
10.3.6	<i>Barreras por etnia o género</i>	171
10.4	Apoyo y cuidado	175
10.4.1	Apoyo familiar - padres	175
10.4.2	Apoyo – pareja.....	176

10.4.3	Apoyo - amigos y allegados	178
10.4.4	Apoyo institucional – servicios estatales.....	179
10.4.5	Apoyo institucional – organizaciones no gubernamentales	180
10.4.6	Apoyo espiritual.....	181
10.5	Observaciones y sugerencias	182
10.5.1	Estrategia educativa y acciones de sensibilización	183
10.5.2	Cuidado de la salud mental	186
10.5.3	Sistema de salud.....	187
10.5.4	Acompañamiento a las víctimas del conflicto armado	189
10.5.5	Rol de las organizaciones de la sociedad civil	189
11.	Conclusiones	190
12.	Discusión	199
13.	Agradecimientos	204
14.	Bibliografía	205

Resumen

Objetivo: describir, identificar y dar cuenta de los estigmas y autoestigmas que viven las personas con discapacidad psicosocial, de manera particular los indígenas y afrodescendientes, víctimas del conflicto armado, a quienes se les limita en el acceso a servicios y son excluidos socialmente.

Diseño: estudio cualitativo de carácter interpretativo y explicativo, con enfoque socioconstructivista, que busca a través de la teoría fundamentada explicar las causas que conforman el fenómeno del estigma. Se interpreta la relación que las personas con discapacidad psicosocial tejen con el estigma, cómo esto afecta su vida diaria y cómo le dan un nuevo significado.

Resultados: se encuentra un amplio desconocimiento por lo que es la salud mental y mucho más por lo que es la discapacidad psicosocial, la cual no se reconoce dentro de las discapacidades. El estigma se hace presente en todo aquello relacionado con salud mental e impacta y limita las acciones tanto promocionales como preventivas para las diferentes poblaciones, quienes, paradójicamente, las solicitan en mayor medida. Las poblaciones indígenas, afrodescendientes y víctimas del conflicto viven una “triple estigmatización”, la cual dificulta aún más el acceso a los diferentes servicios para su apoyo y atención.

Conclusiones: son necesarias acciones específicas frente a las víctimas, los afrodescendientes y los indígenas en tanto están atravesados por la marca de esta diferencia que suele representarles problemas para la inclusión. En otras palabras, la gran

similitud entre los tres grupos poblacionales es la discriminación, y la forma en la que se articula con cada uno de ellos. El estigma “propio” de la enfermedad mental se suma a las diferencias culturales, sociales y económicas de las poblaciones indígenas, las poblaciones afrodescendientes y las poblaciones víctimas del conflicto armado haciendo en ellas que las barreras actitudinales y sociales sean mucho más fuertes y mucho más evidentes. Esto los hace vivir lo que hemos denominado una triple estigmatización, convirtiéndolos en poblaciones en donde se requieren acciones mucho más específicas y pensadas desde sus particularidades culturales, étnicas y sociales, de la mano a acciones comunitarias que permitan establecer acciones solidarias frente a ellas.

Palabras clave: estigma, discapacidad psicosocial, población indígena, población afrodescendiente, barreras de acceso.

Summary

Objective: describe, identify and account for the stigmas and self-stigmas experienced by people with psychosocial disabilities, particularly people of African descent and indigenous populations, who are victims of armed conflict and who are limited in access to services and are socially excluded.

Design: qualitative study of interpretative and explanatory nature, with a socioconstructivist approach, that seeks through the grounded theory explains the causes of the phenomenon of stigma. It will also interpret the relationship that people with psychosocial disability weave with stigma, how this affects their daily life and how they give it a new meaning.

Results: There is a wide ignorance about mental health and much more about psychosocial disability, which is not recognized within disabilities. The stigma is present in everything related to mental health and impacts and limits both promotional and preventive actions for different populations, where paradoxically is highly requested. Indigenous peoples, people of African descent and victims of the conflict live a "triple stigmatization" which makes even more difficult their access to different support and attention services.

Conclusions: specific actions are necessary towards the victims, the Afro-descendants and the indigenous people, as they are crossed by the mark of this difference that usually

represents inclusion problems. In other words, the great similarity between these three population groups is discrimination, and the way in which it is articulated with each one of them. The "proper" stigma of mental illness adds to the cultural, social and economic differences of indigenous populations, Afro-descendant populations and populations affected by the armed conflict, making social and attitudinal barriers much stronger and Evident. This makes them live what we have called a triple stigmatization, turning them into populations where much more specific actions are required and thought from their cultural, ethnic and social particularities, hand in hand with community actions, that allow establishing solidarity actions to protect them.

Keywords: stigma, psychosocial disability, indigenous communities, African American descendants.

1. Introducción

Colombia ha vivido durante varios años una fuerte situación de conflicto armado, el cual, se ha configurado en una realidad social, política, económica y militar que ha estructurado la vida del país los últimos 50 años. La relación que tiene el conflicto armado con la salud mental de los colombianos atraviesa por ese mismo universo de complejidades. Tal como lo muestran los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, hay relación entre la presentación de algún trastorno del afecto en la vida—como depresión mayor, distimia, trastorno afectivo bipolar, o trastornos de ansiedad (pánico, ansiedad generalizada, fobia social)— y vivir en zonas de conflicto armado, siendo mayor el riesgo para aquellas personas que presenciaron una intensidad alta (Gómez-Restrepo et al., 2016). Estas afectaciones mentales están claramente vinculadas con la presencia de algún grado de discapacidad psicosocial y con el estigma que esto conlleva, limitando el acceso a los servicios de salud que son necesarios para la inclusión social de esta población.

El estigma está relacionado de forma cercana con la enfermedad mental y tiene elementos que se conectan con la discriminación, la discapacidad psicosocial y el conflicto armado que esta investigación desentraña. Es necesario partir de la pregunta: ¿Cuál es o cuáles son los estigmas que viven tanto las personas con discapacidad psicosocial como sus comunidades, en especial las poblaciones indígenas, afrodescendientes y las víctimas del conflicto armado, quienes presentan o presentaron algún problema mental y a quienes hoy limitan en términos de acceso e inclusión?

Luego de una amplia revisión de la literatura disponible, se realizó esta investigación cualitativa carácter interpretativo y explicativo, que para la recolección de datos empleó entrevistas con grupos focales; entrevistas a profundidad con personas con discapacidad mental o psicosocial; víctimas del conflicto armado; afrodescendientes; indígenas; población regular de distintos estratos sociales y económicos, así como actores claves en las temáticas de salud mental y discapacidad psicosocial. A través de ellos y haciendo una correlación con la literatura, se encontraron diversas causas que permiten explicar el fenómeno del estigma y su vínculo casi indivisible con la enfermedad mental, la discapacidad psicosocial, el hecho de ser víctima del conflicto armado, así como las diferentes herramientas no cualificables de las poblaciones indígenas y afrodescendientes.

En los resultados se hizo presente y sobretodo notable la necesidad tácita de los diferentes entrevistados de poder abordar temas frente a lo que es, pero “no se entiende” como salud mental, así como la cercanía secreta que se vive con la enfermedad de una u otra manera. También fue evidente el miedo profundo que se alberga frente a ella y mucho más frente a buscar o recibir tratamiento, en tanto este les ‘dobla’ el estigma y los ‘traslada’ a un escenario aún más doloroso. Sin embargo, gracias a este, logran enfrentar y asumir su enfermedad, logrando una pronta mejora y conviven, se relacionan y la manejan con mayor facilidad, así como con su entorno.

Esta investigación también identifica cómo se conjugan los resultados en salud mental con el conflicto armado y cómo estos pueden derivar en la presencia de una discapacidad psicosocial, la cual no sólo es difícil de detectar. Esta conlleva a una mayor presencia de estigma y autoestigma, los cuales están fuertemente relacionados con diversas barreras tales como el manejo integral de esta población y la posibilidad de desarrollarse en su entorno, haciendo más difícil su inclusión. Los resultados de la investigación evidencian

cómo carecemos en Colombia de una identificación profunda de los estigmas, a los cuales la comunidad somete a las personas con discapacidad psicosocial, así como los autoestigmas que ellos viven. Es necesario identificar los a través de tres niveles de narrativas y lenguaje: estereotipos, prejuicios y discriminación. De esta manera generaremos acciones a nivel comunitario para incidir frente a estos, favoreciendo así la inclusión de esta población altamente vulnerable.

2. Marco teórico

2.1 Salud mental, problemas en salud mental y discapacidad psicosocial

El concepto de salud mental es un concepto edificado desde diferentes significados. La Organización Mundial de la Salud, refiere que se debe tener en cuenta, además de la presencia de un estado de bienestar, la capacidad del sujeto para desarrollarse de forma integral y enfrentar las adversidades (Organización Mundial de la Salud , 2018).

El capítulo de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) de 2015, dedicado a este tema indica que esta comprende las “posibilidades y recursos psicológicos y psicosociales para el funcionamiento dentro de las vicisitudes y sufrimiento cotidiano dentro del ciclo vital”. Esta definición también hace hincapié en la importancia de diferenciar la salud mental de los problemas en salud mental y trastornos, entendiendo la primera dentro del espectro de características progresivas y móviles (*continuum*) (Ministerio de Salud y Protección Social , 2015). El marco legislativo de Colombia 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...” (Ley 1616 de 2013, 2013). Este concepto abarca la vida relacional de los sujetos, además implica el apoyo social y la pertenencia a una comunidad en donde se desarrolle la capacidad de pensar y actuar, e incidan aspectos tanto individuales como sociales, culturales, económicos, ambientales y políticos (Organización Mundial de Salud , 2012).

A partir del concepto del espectro de salud mental, problemas que afectan la salud mental y trastorno mental, se infiere que hay aspectos, contextos o situaciones que podrían interferir o limitar el desarrollo del bienestar individual y colectivo y aumentar el riesgo de sufrir problemas de salud mental, los cuales, a su vez, perpetúan patrones distorsionados del pensamiento, comportamiento y funcionamiento social (Choudhry, Mani, Ming, & Khan, 2016).

Por otro lado, en el estudio desarrollado por Salaheddin, se indica que aproximadamente el 75% de la población encuestada había experimentado dificultades en su salud mental a lo largo de su vida (Salaheddin & Mason, 2016) y en los siguientes aspectos: cambios abruptos en el estado de ánimo, falta de concentración y atención, comportamientos desorganizados o extraños, la incapacidad para afrontar situaciones difíciles, entre otros. En esta misma línea, se han investigado las causas que podrían generar problemas en salud mental, evidenciando que hay factores psicosociales determinantes como la sensación de infelicidad, el aumento de la culpa, el reproche, las múltiples preocupaciones y las conflictivas familiares. En cuanto a elementos socioeconómicos, se señalan la pobreza, el desempleo o la falta de oportunidades para tener una ganancia económica en alguna actividad, y la discriminación racial y étnica (Choudhry et al., 2016).

Por otra parte, la discapacidad psicosocial hace referencia a una condición de vida temporal o permanente que afecta directamente las funciones mentales de interrelación de la persona y limita su capacidad para ejercer una o más actividades esenciales de la vida (Organización de las Naciones Unidas, 2007). La Discapacidad Psicosocial es reconocida por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en su artículo 1. A su vez, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) clasifica desde el modelo del funcionamiento y la discapacidad, junto con el modelo médico y social, la discapacidad mental o psicosocial dentro del ítem Funciones corporales, en su capítulo 1. Las funciones mentales hacen referencia a las funciones del cerebro, y pueden ser tanto globales (la conciencia, la energía y los impulsos), como específicas (la memoria, el lenguaje y el cálculo mental).

Las personas con una enfermedad mental o psiquiátrica pueden tener una discapacidad psicosocial temporal cuando atraviesan, por ejemplo, una crisis psicótica, un episodio depresivo o un trastorno de estrés postraumático. Muchas de ellas, al rehabilitarse, vuelven a su vida social y laboral. Sin embargo, una minoría, debido a la estigmatización, la falta de tratamiento integral, las dificultades para poderse desarrollar en el entorno y por la misma naturaleza severa de su enfermedad, podría presentar discapacidad psicosocial permanente.

Carlos de Fuentes García-Romero, psiquiatra español, también reconoce la importancia de tratar la enfermedad mental desde su vertiente psicosocial y no ceñirse únicamente al diagnóstico médico. Propone tres requisitos con los cuales se puede definir que una afectación mental genera discapacidad: el diagnóstico clínico, la duración y el funcionamiento psicosocial. En el último, como es de esperar, se desarrolla la vertiente social y de relacionamiento de la discapacidad, es decir, los factores que, aunque relacionados, no son clínicos. El psiquiatra define los siguientes puntos como una guía para evidenciar una discapacidad psicosocial, en donde suelen generarse déficits en las siguientes áreas:

- Autocuidados: problemas con la higiene personal, hábitos de vida no saludables, etc.
- Autonomía: deficiente manejo del dinero, dificultades para transportarse, dependencia económica y mal desempeño laboral.
- Autocontrol: apuros para manejar situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc.
- Relaciones interpersonales: carencia de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales.

- Ocio y tiempo libre: aislamiento, conflicto para manejar el ocio, limitaciones para disfrutar, falta de motivación e interés. (2016, pp. 252–253)

Sin embargo, las afectaciones psicosociales son también consideradas, por algunos autores, como una discapacidad en sí y no necesariamente anclada a la enfermedad mental grave o al trastorno mental. Es este sentido en el que se promueve una visión más cercana al tratamiento de afectaciones psicosociales que al trauma propiamente dicho (De fuentes García-Romero de Tejada, 2016).

2.1.1. Diagnóstico de enfermedad mental y discapacidad psicosocial

Aunque existen estudios y definiciones sobre la discapacidad psicosocial, no hay conceptos ni uso claros de este concepto en la literatura médica ni social. Esto impide el reconocimiento de la discapacidad psicosocial o su relación con el diagnóstico de enfermedad mental.

Cuando se indaga acerca de la percepción que se tiene de la discapacidad psicosocial, se encuentra que hay un gran desconocimiento respecto al tema. En un estudio realizado por Melo y Osorio (2018), entre un grupo de profesionales de la salud y de las ciencias sociales, se encontró que no hay claridad en lo que respecta a la definición de esta condición, hasta el punto en que se le confunde con otras discapacidades. Igualmente se evidenció que esta no es reconocida ni intervenida como debe ser porque se ha abordado y socializado poco; este estudio encuentra a su vez que existe estigmatización, señalamientos y miedo para tratar a esta población.

Es clara la relación directa de la discapacidad psicosocial con el diagnóstico de enfermedad mental, el cual pasa por ser percibido como una etiqueta de algo temeroso, o por el contrario puede ser un alivio tener cómo denominar una condición que no se entendía (Horn, Johnstone y Brooke, 2007). Por otro lado, también puede llegar a debilitar la integridad del individuo, dejando de ser en muchos casos una característica del afectado y convirtiéndose en una definición de su identidad (Rose & Thornicroft, 2010).

Aunque parece haber diagnósticos más aceptados que otros, en algunas culturas, la depresión puede tener incluso tanto estigma como otros diagnósticos, ya que la patología mental, cualquiera que sea, está contextualizada en una sociedad que comparte sus creencias, sentimientos y estereotipos, los cuales incluyen el rechazo hacia cualquier tipo de enfermedad mental, generando un importante estigma frente a quienes la padecen (Rose & Thornicroft, 2010). Estas situaciones favorecen la ausencia de apoyo social y comunitario hacia éstas poblaciones incrementando el aislamiento social, el desempleo y la pobreza (Albers, Roeg, Nijssen, Bongers, & Weeghel, 2018), en pocas palabras disminuyendo la capacidad psicosocial del individuo.

Por el contrario, la aceptación del diagnóstico de una patología mental a nivel social e individual ha mostrado, tal como lo muestra Thornicroft (2006), importantes ventajas como el mayor acceso a la información sobre las características de la enfermedad, su tratamiento y pronóstico, y una mayor apertura a participar en agrupaciones de personas con la misma condición, en donde el elemento principal recae en la oportunidad de encontrar otra red de apoyo donde adquirir estrategias para enfrentar dificultades de la vida diaria.

Se han realizado algunos estudios para evidenciar la relación entre las enfermedades mentales y la discapacidad psicosocial, la cual es valorada según los dominios. En el realizado por el grupo de Ro, Watson y Clark, se encontró que hay un patrón general de asociación con dominios integrales de deterioro psicosocial, mostrando que el bajo nivel de bienestar y el funcionamiento básico deficiente presentaron mayor probabilidad de tener diagnósticos como trastorno depresivo mayor, fobia social o trastorno de estrés postraumático (relación de bajo bienestar con trastorno depresivo (OR 2.51), distimia (OR 2.29), trastorno de ansiedad generalizada (OR 2.16) y la fobia social (OR 5.12) (Ro et al., 2018)).

Si bien los resultados de este estudio difieren con respecto a estudios previos, en donde se evidenció la relación del trastorno por consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas con el deterioro psicosocial, se pone sobre la mesa la necesidad de investigar con mayor profundidad estas correlaciones incluyendo el autoreporte, la entrevista e información por un tercero (Ro, Watson, & Clark, 2018). De otra parte, así como se ven impactadas de manera importante las relaciones y el funcionamiento básico de los individuos, el empleo en personas con enfermedad mental es menor al 20% (Drake & Whitley, 2014). Tanto los síntomas positivos como negativos de la esquizofrenia han mostrado estar asociados con un pobre funcionamiento en el trabajo, las relaciones interpersonales y las actividades en el tiempo libre.

2.2 Estigma

El estigma es un fenómeno conocido y ampliamente difundido, e incluso se encuentra dentro del saber popular. En este sentido, es un concepto cuyo uso requiere de una definición para la presente investigación, que lo ubica en su centro. Sin embargo, hay

particularidades dentro de este concepto que obligan a que su definición sea plástica y permita encontrar relaciones entre el estigma y la salud mental.

Al ser un concepto común en el lenguaje cotidiano, se hace importante partir de dos definiciones orientadoras que se irán enriqueciendo a lo largo del texto. La primera hace referencia al origen de la palabra y la segunda a la etimología de la RAE. El estigma, para los griegos, hacía referencia a signos corporales que exhibían cualidades negativas de los sujetos. Se utilizaba para identificar a simple vista a traidores, esclavos o criminales (Goffman, 2006). Etimológicamente, para la RAE, significa “marca o señal en el cuerpo” o “desodorio o mala fama”. Entonces, el estigma tiene dos grandes elementos: el reconocimiento de una diferencia y la consecuente devaluación del individuo o grupo debido a esta característica.

Estas dos definiciones pecan de simplismo. Sin embargo, tienen los elementos fundamentales para construir una visión del estigma mucho más sólida. En primera medida, se trata de una marca, es decir, de una característica mediante la cual las otras personas pueden rápidamente identificar a un sujeto con ciertas cualidades. Además, que es la segunda característica sobre la cual construir, siempre tiene connotaciones negativas. Es decir, esa identificación semiautomática suele remitir a significantes negativos (como en el origen griego, que se utilizaba para identificar a los traidores o criminales) (Goffman, 2006). El valor del texto de Goffman radica en esa característica cotidiana del estigma. La sociología de la vida cotidiana reflexiona sobre esos espacios frente a los cuales la vida diaria es vivida, y es el espacio donde el estigma tiene mayor fuerza.

Este proceso puede parecer apenas natural, sin embargo, el elemento cultural fuerte son los significados asociados a las marcas, que tienen un carácter relativo a la sociedad en la cual adquieren sentido. En otras palabras, no hay ningún estigma que refleje características naturales, sino que estos significados cambian de sociedad en sociedad. A su vez, estos significados no se quedan simplemente en la etiqueta de la persona estigmatizada, sino que detonan actitudes, posiciones y disposiciones en la persona que estigmatiza que tienen efectos en la persona estigmatizada. Este es el sentido en el cual es relevante desde la sociología, el estigma no sólo hace parte del universo simbólico (al asociar cargas negativas a características del cuerpo), sino que es un tema de principal relevancia en el mundo material, pues detona actitudes en las demás personas que tienen efectos negativos en la persona estigmatizada, y que pueden implicar pérdida de derechos discriminación. Esta respuesta es cultural, y agrupa al sujeto estigmatizado en una categoría social que suele ser valorada como inferior, con significantes asociados a la incapacidad o la inferioridad.

Entonces, el estigma se refiere no solamente a una marca física sino a una característica que aparta a un individuo o grupo de la sociedad mayoritaria. En teoría, justifica su descalificación y para algunos autores se refiere tanto a la característica, como a las creencias de los individuos frente a esa característica (Neuberg, Smith y Asher, 2000). Una identidad estigmatizada oculta es un atributo que es devaluado por la sociedad pero que se puede mantener oculto como, por ejemplo, una enfermedad mental. El permitirse ser más abierto o revelar una identidad estigmatizada oculta puede tener mejores desenlaces en salud y lo que podría ser el vínculo entre la revelación y la mejoría en salud parece ser el apoyo social (Weisz, Quinn, & Williams, 2015).

La persona estigmatizada no es un agente pasivo en esta relación, y suele tejer relaciones con su estigma de cara a ocultarlo, disfrazarlo o negarlo. Es importante reconocer esta capacidad activa del sujeto estigmatizado porque de aquí es de dónde existe el autoestigma, pero también la capacidad que tenemos de cambiar las percepciones y significados alrededor del estigma. Si el sujeto fuera un mero “recipiente” de estigma, sin capacidad de agencia, ni el autoestigma ni los proyectos para transformar las percepciones sociales tendrían sentido. Es decir, esta reflexión sociológica quiere poner en relieve que tanto los significados asociados al estigma, como la forma en la que el estigmatizado lo vive, son culturales, sociales y relativos a un contexto. Por ende, no son naturales, no son a históricas, y pueden ser transformadas.

Esta es la razón por la cual es importante no tener una definición de estigma que sea una camisa de fuerza. Una definición amplia, donde se caracterizan elementos centrales que pueden tomar formas distintas dependiendo del lugar donde se lleven a cabo, hace que el concepto de estigma general sea como un lindero. Llenar de significado (así como de las formas específicas como el estigma se lleva a cabo) es un trabajo que debe hacerse dentro de un problema de investigación específico, en un tiempo específico y en un tema específico.

2.2.1 Estigma y enfermedad mental

El estigma está relacionado de forma cercana con la enfermedad mental y tiene elementos que conectan con la discriminación y la discapacidad psicosocial. Las personas con enfermedad mental experimentan estigmatización de la sociedad y sus familiares también la experimentan por asociación (Gibson, Abel, White, & Hickling, 2008). Es así que más del 50% de las personas con un trastorno mental, han percibido alguna clase de actitud o efecto negativo asociado a su condición proveniente de otras personas (Thornicorft, Brohann y Rose, 2009), esta clase de estereotipos distancian a la sociedad y familias de sus enfermos mentales al ser percibidos como incapaces de controlar sus emociones (Dziurkowski, Dziurkowska, & Zbyszkowicz, 2017).

Las características del estigma en enfermedad mental tienen características particulares. Las personas con enfermedad mental a menudo tienen que enfrentarse a un doble problema: por un lado, a la sintomatología propia de la enfermedad, y por el otro, al estigma. Según el trastorno mental particular, se pueden sufrir alucinaciones recurrentes, delirios, ansiedad o cambios del estado de ánimo. Estos síntomas pueden hacer difícil para alguien con una enfermedad mental trabajar, vivir independientemente o lograr una calidad de vida satisfactoria. Pero la enfermedad mental no conduce sólo a dificultades derivadas de los síntomas de la enfermedad, sino también a desventajas a través de las reacciones de la sociedad, pues los malentendidos de la sociedad sobre los diversos trastornos mentales dan como resultado el estigma (Arnaiz & Uriarte, 2006, p. 50).

El estigma y los trastornos mentales se combinan de una forma nociva para la persona que los sufre porque no sólo debe cargar con el peso psicoemocional de la enfermedad, sino también con la forma en la que el estigma lo hace tener una relación más conflictiva con su enfermedad. Debido a los prejuicios y actos discriminatorios hacia las personas estigmatizadas, es frecuente que éstas presenten un bajo nivel de autoestima y una

menor calidad de vida, además de una baja adherencia a los tratamientos y una reducción significativa de sus redes sociales. También se ha observado que, frecuentemente, dichas personas no pueden acceder a espacios laborales o educativos normalizados, ni tampoco pueden establecer relaciones de amistad o de pareja. Por consiguiente, el estigma se transforma en un fenómeno contraproducente para lograr la plena inclusión social de los individuos con algún padecimiento psíquico (Tapia, Castro, Mena Poblete, & Soza, 2015, p. 53).

Los espacios donde se vive y reproduce el estigma pueden ser diversos. La familia, el trabajo o un incluso un banco pueden ser espacios de reproducción del estigma. La presente investigación es consciente de dichos espacios e indaga por ellos, así como por la manera en la cual el estigma asociado a trastornos mentales se estructura como barrera para el acceso a servicios de salud.

El fenómeno es más común en áreas donde el conocimiento de salud mental es pobre, más frecuentemente en países de bajos ingresos y se ha asociado al rechazo a buscar ayuda profesional apropiada por el miedo a ser etiquetado negativamente, en donde también hay dificultades para mantener el empleo y las relaciones personales cercanas. En un estudio hecho en Jamaica, el 43% de los familiares de personas con enfermedad mental respondieron sentir miedo de sus familiares enfermos (Gibson et al., 2008), situación que favorece la segregación de la población con alguna enfermedad mental. De hecho, algunos autores describen un enfoque dimensional para referirse al complejo estigma-discriminación, en donde el último es la materialización del estigma por medio de comportamientos que llevan a la segregación (Campo-Arias & Herazo, 2014).

El impacto del estigma social en individuos con enfermedad mental implica dificultades para comprometerse con las actividades de la vida diaria, asociado a una percepción negativa de sí mismos con una auto-imagen y confianza quebrantada. Overton y Medina (2008) mencionan la presión que ejerce vivir bajo las expectativas negativas generadas por el estigma, en donde son vistos como casos y no como personas. Como consecuencia de lo anterior se obtienen bajos niveles de autoeficacia, entendida como las creencias que tienen las personas sobre su capacidad de desempeñarse en todas las áreas de la vida diaria con el fin de alcanzar metas. El estigma social limita las oportunidades, es una variable que afecta el curso de la enfermedad, incluidos los desenlaces (Overton & Medina, 2008).

La estigmatización es más alta en personas con enfermedad mental severa, aproximadamente el 70% de los pacientes con un trastorno del espectro psicótico percibe discriminación (Albers et al., 2018).

2.2.2 El autoestigma

El autoestigma cuenta con la influencia de factores externos (ambiente), en donde se resalta la victimización, la pérdida de bienes materiales (Hassan et al., 2016) e internos (psíquicos o psicológicos). Igualmente, se han descrito fluctuaciones de la experiencia de autoestigma dentro de una misma persona en relación a las variaciones en su estado de ánimo, actividades inespecíficas que se encuentre realizando y la severidad de los síntomas (Ben-Zeev, Frounfelker, Morris y Corrigan, 2012); (Horselsen et al., 2016).

Brohan et al. (2010) encontraron que más del 40% de personas con esquizofrenia u otro trastorno psicótico han reportado vivir con autoestigma o estigma internalizado, el cual es entendido como el fenómeno en el cual los estereotipos negativos de la enfermedad mental son aceptados e incorporados a la identidad de las personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico (Boyd Ritsher, Otilingam, y Grajales, 2003). El autoestigma genera una disminución de la autoeficacia y eventualmente provoca un comportamiento esquivo que interfiere con la consecución de las metas de la vida y la integración social; además, está asociado a disminución del número de contactos sociales y problemas para la consecución de empleo. El autoestigma cambia el rol social de los involucrados, quienes esperan continuamente las reacciones de discriminación (Rose & Thornicroft, 2010).

En un grupo de 100 personas de Sudáfrica con esquizofrenia, se encontró que la mitad tenía una percepción global alta de estigmatización de diferentes formas, simbolizadas en abuso verbal y físico y experimentadas en el contexto de la enfermedad mental; igualmente, los sujetos relacionan el recibir un subsidio económico con una mayor percepción de abuso (Botha, Koen, & Niehaus, 2006).

A la carga de una enfermedad como la esquizofrenia, se suma la estigmatización tanto social como propia. Aproximadamente la mitad de las personas con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos reportan autoestigma, siendo una condición que deteriora la calidad de vida (Horselsenberg et al., 2016).

2.2.3 Estigma y relación con la victimización en la enfermedad mental

El estigma y la victimización son barreras en el proceso de recuperación que impiden la integración a la comunidad (Drake & Whitley, 2014), es así que las personas que han vivido una situación de victimización junto con una enfermedad mental están en mayor riesgo de tener estigma internalizado y una percepción desviada de sí mismos. Sufren además un auto-cuestionamiento continuo, de hecho, se ha descrito una prevalencia de victimización diez veces mayor que en la población general para individuos con enfermedad mental grave como la esquizofrenia, con tasas que van entre el 8 y el 34%. Como una de las consecuencias del estigma internalizado se encuentra la dificultad para interactuar con otros y la incapacidad para defenderse (Horselenberg, Van Busschbach, Aleman, & Pijnenborg, 2016).

En la esquizofrenia se ha planteado la posibilidad de que las personas con síntomas negativos que se aíslan de su ambiente experimenten menor victimización que las personas con síntomas positivos, quienes en muchas ocasiones tienen un comportamiento extraño y menores recursos cognitivos en la interacción social que podrían hacerlos más vulnerables para ser victimizados (Horselenberg et al., 2016). Siguiendo esta misma línea, también se ha encontrado una relación entre autoestigma y mayor reporte de síntomas positivos (Lysaker et al., 2007).

Un estudio sugirió que los individuos que reportaron mayor severidad en los síntomas y mayor victimización tenían mayor estigma internalizado y menos autoestima ($\beta = -0.25$, $p < 0.01$). Parece ser que la psicosis atrae más la atención, lo cual es interpretado como señales de peligro e incompetencia en la comunidad. También se identificó que síntomas como déficits cognitivos y sociales, sumado a una falta de asertividad, también pueden contribuir a que estos pacientes sean victimizados (Hassan et al., 2016). Las personas con síntomas positivos desarrollan autoestigma cuando han sido victimizadas, mientras que

las personas con síntomas negativos desarrollan autoestigma sin importar la victimización. Los que tienen síntomas negativos evaden el ambiente, pero esto puede facilitar la internalización de estereotipos negativos (Hassan et al., 2016).

2.2.4 Estigma social en personas con estrés postraumático

Las personas que han sufrido una experiencia traumática suelen ser sujetas a varias formas de estigma que, cuando se suman a la presencia de condiciones con trascendencia en su salud mental, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), los sitúan tácitamente en una posición de discapacidad psicosocial. La imposición de este estigma por parte de quienes rodean a las víctimas puede provenir de varias fuentes, como no tener entendimiento del estrés psicosocial que sufre quien ha vivido una experiencia traumática, falta de empatía y la necesidad, consciente o inconsciente, de alejarse de aquellas personas con problemas de salud mental. Este estigma se suma a las consecuencias del trauma, aumentando la carga emocional sobre la condición psicológica de estas personas, en las que se ha observado que la exposición a escenarios de exclusión social aumenta las manifestaciones relacionadas con la presencia de ansiedad, depresión y psicosis. Por ejemplo, al comparar la reacción a escenarios simulados de exclusión social, las personas con TEPT se sienten peor que en sus controles sanos tras la experiencia, resaltando que ambos grupos se ven afectados en tres de sus necesidades sociales fundamentales: pertenencia, existencia significativa y control (Nietlisbach, y Maercker, 2009).

El estigma al que son sometidas las víctimas de eventos traumáticos altera no solo su capacidad para forjar relaciones sociales, sino, en la autopercepción, especialmente en lo concerniente a su salud mental, hecho relacionado en sí mismo con la desatención de los

trastornos mentales que aquejan esta población. En refugiados acogidos por los Estados Unidos, el estigma ha sido relacionado con una baja utilización de los servicios de salud mental de los centros de atención a refugiados y, a su vez, constituye en sí mismo un factor determinante para no buscar atención o no continuar cuando se ha empezado alguna intervención. Esto es debido tanto a las barreras de acceso que se imponen con el estigma, como a la aversión de las personas a sentirse rechazados si son identificados como mentalmente enfermos (Nazzal, Forghany, Geevarughese, Mahmoodi y Wong, 2014).

Las personas que participaron de actos de guerra como combatientes, una vez se ha terminado el conflicto, cuando tienen la posibilidad de regresar a sus hogares, también son expuestos a estigmas que dificultan su proceso de reintegro social, siendo privados de oportunidades académicas, laborales y de reconstrucción. Son puestas en situaciones de aislamiento y exclusión que pueden exacerbar las manifestaciones de cualquier trastorno mental que sufran. En excombatientes que han sido forzados a participar en actos violentos, se ha observado una alta prevalencia de TEPT y depresión, siendo este hecho un condicionante en sí mismo de la situación de discapacidad psicosocial que sufren al abandonar las armas. A esto se suma a la imposibilidad, en muchos casos, de retornar a sus propias comunidades al ser rechazados por sus antiguos vecinos debido a los actos violentos que cometieron, dejándolos en situaciones de pobreza y sin una adecuada red de apoyo (Pfeffer y Erdal K, 2015).

2.2.5 Estigma – enfermedad mental y actitud social

Se ha mencionado que la reacción negativa de la comunidad se deriva de dos elementos: la ignorancia y la mala información, las cuales se transforman en etiquetas frente a la enfermedad mental, la cual es leída como: violencia, sensación de peligro, discapacidad, fracaso, incapacidad para tomar decisiones, desesperanza, y vinculación con discapacidad intelectual. Es así que las personas con enfermedad mental son enmarcadas como personas con debilidad en su carácter. Muchas personas no consideran las enfermedades psiquiátricas como patologías médicas y adjudican la condición a la mala educación de los padres y suelen pensar que las personas con depresión, por ejemplo, pueden eliminar su enfermedad si se esfuerzan (Rose & Thornicroft, 2010).

Hay fenómenos que parecen trascender las culturas y que surgen de niveles de información poco precisa sobre lo que significa tener una enfermedad mental, lo cual suscita la falta de iniciativa de las personas para buscar ayuda. Estas no se sienten capaces de revelar sus problemas, pues prevalecen experiencias de vergüenza hacia ellos mismos y su familia, otro de los fenómenos que parece ser global: la aparición de rechazo y evitación hacia personas con enfermedad mental (Rose & Thornicroft, 2010).

El estigma es debilitante para las personas con enfermedad mental, constriñe las opciones de vida, las creencias sobre sí mismos y el curso de la enfermedad (Overton & Medina, 2008). El estigma parece ser una condición tan inherente a nuestro medio que incluso los profesionales en salud mental temen un aumento de síntomas o recaídas al abordar las adversidades relacionadas con la participación social. Sin embargo, estudios han mostrado que hablar sobre victimización no intensifica los síntomas, por el contrario, se ha

demostrado que una educación apropiada en este campo, permite un mayor conocimiento y entendimiento de la situación tanto para el médico como para el paciente, e igualmente proporciona herramientas para prevenir o enfrentar riesgos (Albers et al., 2018).

El bienestar psicosocial va sujeto al contexto social, cultural y religioso (Mayeya et al. 2004). Algunos analistas destacan la asociación entre enfermedad mental y las religiones tradicionales, encontrando que algunas comunidades africanas interpretan su enfermedad como una forma de brujería, lo cual permite concluir que la evaluación clínica será más apropiada si integra preguntas de la manera autóctona en la que se expresa el malestar. Así se entienden los síntomas (Hassan et al., 2016) y se incluye la recuperación del sentido de agencia por medio de las decisiones compartidas (Hassan et al., 2016).

Sin embargo, no todo parece ser negativo. Para lograr una integración exitosa en la vida comunitaria se han desarrollado programas de desinstitucionalización como métodos de rehabilitación psiquiátrica, con el fin de ayudar a las personas con enfermedad mental severa a encontrar un nuevo significado de vida, que contenga un rol social válido (Albers et al., 2018). Como ejemplo de esto existe la terapia asertiva comunitaria flexible (F-ACT) basada en grupos de cuidado comunitario encargados de apoyar la consecución de metas en proceso de rehabilitación psiquiátrica y la ganancia de roles en comunidad (Albers et al., 2018).

Cuando se indaga acerca de las estrategias psicosociales utilizadas por los programas que buscan generar cambios de actitud hacia las personas discriminadas por su discapacidad o sus trastornos mentales, se encuentra que las estrategias que son más usadas en los programas actitudinales son la educación y el contacto social (Delgado, 2015). Estas

estrategias muchas veces se valen de medidas predominantemente informativas, que generan un aumento de sensibilización hacia la persona con discapacidad, olvidando que en todo proceso educativo es de gran importancia integrar conocimiento, discusión y estrategias que faciliten el contacto entre integrantes de los grupos que presentan la dificultad (Delgado, 2015).

La evaluación sobre las habilidades del paciente con respecto a la integración comunitaria debe ser realista y, en la medida de lo posible, debería contar con herramientas que minimicen las adversidades en la victimización (Albers et al., 2018). Dos de las intervenciones mencionadas para disminuir el autoestigma incluyen estrategias cognitivo conductuales que intentan alterar las creencias y actitudes estigmatizadoras. Por otro lado, está la de la terapia que promueve la aceptación de la existencia de estereotipos, sin desafiarlos, enfocada en mejorar las habilidades de afrontamiento del estigma (Horselsen et al., 2016).

2.2.6 Medios de comunicación y estigma

El estigma es una barrera relevante para la atención, recuperación e integración social de las personas afectadas por enfermedades mentales. Es un fenómeno complejo con múltiples factores que lo determinan. Combatirlo resulta complejo y es responsabilidad de todos. Es así que los medios de comunicación, tal como pueden ser aliados de peso a la hora de sensibilizar y luchar para erradicar los estigmas, también pueden ser difusores de ideas erradas sobre las personas con discapacidad psicosocial.

Un estudio realizado en España encontró cómo los medios de comunicación contribuyeron con la difusión del estereotipo que asocia enfermedad mental con

violencia; acompañado de la presentación de las personas con trastornos mentales como personas diferentes, con las que no se puede establecer una adecuada comunicación. También se menciona en este trabajo que los medios que muestran más estereotipos son la televisión y la radio (Mena Jiménez, Bono del Trigo, López Pardo, & Díaz del Peral, 2010).

Otros estereotipos que se encontraron luego de analizar 20.000 diálogos de 1.371 programas de televisión en Estados Unidos, fueron los que relacionan o describen a las personas con enfermedad mental como "temidos, rehuidos, causantes de vergüenza y castigados". Al 70% de los personajes con enfermedad mental se les representó como violentos y merecedores de castigo (Mena Jiménez et al., 2010).

Aunque los distintos trabajos que hay sobre el tema no han coincidido en los criterios de selección de los contenidos a analizar, hay una serie de resultados que son consistentes. En el documento de investigación titulado "Estigma y enfermedad mental, análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental", se revisaron una serie de estudios que han analizado la representación que hacen los medios de comunicación de la enfermedad mental. Algunos de los resultados hallaron que se da poca información sobre enfermedad mental; la enfermedad mental es retratada de forma negativa; la visión que transmiten los medios, en ocasiones, se relaciona con estereotipos como el de peligrosidad, impredecibilidad, falta de control y vulnerabilidad, y la enfermedad mental suele ser mencionada sin dar información sobre síntomas, causas y tratamientos (Coverdale, Nairn, & Claasen, 2002; Muñoz & Muñoz, 2009).

Algunos medios siguen mostrando de manera desproporcionada historias negativas de personas con esquizofrenia y se sigue usando palabras denigrantes como: esquizofrénico, loco, demente, peligroso, chiflado, etc. (Pérez Álvarez et al., 2015).

Cabe decir que también se encontraron medios en los que se da información real, completa y se permite tener voz a personas con trastornos mentales. En un estudio realizado en Australia, se encontró que la enfermedad mental tenía gran cobertura, que la mitad de los programas noticiosos abordaban temas de políticas y programas de salud y pocas veces se ligaba la enfermedad con crímenes (Muñoz & Muñoz, 2009).

El tratamiento negativo de las personas con enfermedad mental en los medios tiene un impacto en la sociedad, en la forma como las demás personas tratan a quienes viven los trastornos, en las políticas públicas y en las propias personas con trastornos mentales, socavando su autoestima e impidiendo la confianza en un proceso de recuperación (Mena Jiménez et al., 2010). No son un simple espejo de lo que sucede en la sociedad, sino que también contribuyen a construir un conocimiento social de cierto grupo de personas.

Dos teorías que nos ayudan a entender el papel de los medios de comunicación en la formación de las identidades sociales son: la teoría de la cultivación (*cultivation theory*) de George Gerbner y Larry Gross de la Universidad de Pensilvania, y la teoría del aprendizaje social trabajada por Bandura. La primera señala que una fuerte “exposición a mensajes conscientes y recurrentes pueden reiterar, confirmar y nutrir valores y dar forma a las percepciones de la realidad social coincidente con aquellas presentadas en los medios”. Mientras que la segunda sostiene que “el espectador ve la televisión, aprende sobre la conducta y también sobre convenciones y normas sociales, y es más probable que

adquiera los comportamientos que se ven recompensados que aquellos que se ven castigados” (Muñoz & Muñoz, 2009).

2.3 Barreras a los servicios de salud

Se podrían encontrar diferentes barreras en salud dependiendo del tipo de país y población que se estudie. Para este proyecto se tuvo en cuenta algunas consideraciones que podrían extrapolarse a la población colombiana y que incluyen no sólo el acceso a un servicio de salud, sino las dificultades para buscar ayuda al tener un problema de salud mental.

Un estudio llevado a cabo en Inglaterra en 2016 señaló que las barreras en la búsqueda de ayuda involucran preocupación sobre la confidencialidad y confianza y la preferencia por fuentes informales de ayuda para el estigma. Al realizar una encuesta y un grupo focal a un grupo de jóvenes entre los 18 y 25 años, se encontró que el 35% de participantes que reportaron haber tenido una dificultad emocional o mental, no buscaron ninguna ayuda formal o informal. Como barreras anticipadas, el 81% de los participantes señala que la barrera actitudinal que impide con mayor frecuencia la búsqueda de ayuda es la incomodidad para hablar de sus emociones, sentimientos o pensamientos. Al hablar de las barreras instrumentales (dependientes del ambiente), se señaló como la más común la incapacidad para asumir los gastos económicos, la cual fue señalada por el 27% de los sujetos del estudio como una barrera mayor. Es decir, las barreras en salud mental pueden surgir en cualquier momento del proceso de búsqueda de ayuda y muchas de estas son anticipadas (Salaheddin & Mason, 2016).

Por otra parte, en un estudio cualitativo realizado en 2009, se entrevistaron diez sujetos que tuvieran un cargo administrativo dentro de una organización que presta servicios en salud en Estados Unidos para determinar las posibles barreras y facilitadores al acceso en salud que afrontan las personas con discapacidad psicosocial. Se examinaron barreras relacionadas con la prestación del servicio, el acceso a este y factores que podrían facilitar la integración y el acceso a salud. Con relación a la prestación del servicio, se encontraron barreras financieras, administrativas, del personal y de los clientes; de este último, se resaltan las dificultades para adherirse a las recomendaciones dadas y las fallas en la asistencia.

Cuando se analizaron las barreras de acceso se encontró dificultad por partes de los sujetos para coordinar diferentes citas médicas, negación de la enfermedad o falta de disposición para conocer problemas en su salud y el temor a posibles procedimientos invasivos. Adicionalmente se indicó que los sujetos podrían tener dificultades para comunicar sus síntomas y cambiar ciertos hábitos del estilo de vida.

También se descubrió cómo el buscar ayuda para el cuidado de la salud mental favorece la percepción de estigmatización. Para empezar, se ha evidenciado una relación explícita entre la angustia o el sufrimiento psíquico –que son claramente fuentes de vergüenza– y el temor a ser considerado “loco”, el cual se vive de manera culposa, extendiéndose de los pacientes a sus familiares. Esto impide el uso de los servicios de salud mental, la búsqueda de un profesional y la consecución de un tratamiento apropiado (Hassan et al., 2016), que en el caso de la población víctima de desplazamiento forzado, la culpa y vergüenza también se asocian a las experiencias denigrantes vividas.

Todo esto se suma a las dificultades psicosociales que conllevan problemas para entablar relaciones con sus familiares y amigos, de la mano a la sensación de pérdida de control sobre sus vidas y, en muchas ocasiones, la soledad. Todo esto crea mayores barreras para el acceso y se convierte en un círculo continuo entre la no búsqueda de ayuda y las consecuencias de la enfermedad.

Con respecto a las acciones que facilitan el acceso a los servicios de salud, el estudio de Mesidor muestra cómo predomina la posibilidad de disponer de servicios de transporte, disminuir el tiempo de espera de consulta, contar con asistencia para pedir citas, entre otras como acciones que favorecen el acceso (Mesidor, Gidugu, Rogers, Kash-MacDonald, & Boardman, 2011).

Cuando se ha indagado por barreras en salud mental correspondientes a poblaciones afro y comunidades étnicas, se ha encontrado con frecuencia la dificultad para reconocer y aceptar ciertos síntomas como pertenecientes a un constructo llamado trastorno mental, partiendo de la importancia de conocer la fenomenología cultural, para así comprender el origen de una enfermedad y entender cómo son percibidos ciertos síntomas en una comunidad. Asimismo, el lenguaje es señalado como una barrera de acceso y comunicación, pues dificulta la expresión de las afecciones emocionales o mentales, conduciendo a la sensación de discriminación y estigmatización cultural, que incapacita al sistema para responder a las necesidades de los usuarios y favorece el silencio social frente a estas problemáticas (Memon et al., 2016).

Con relación al cuidado primario en salud, se ha reportado en la literatura que las personas que tienen un trastorno mental, consultan con una baja frecuencia al sistema de salud general. De hacerlo, la calidad de las consultas es menor en comparación al de las

personas que no tienen una discapacidad psicosocial, ya que no se efectúa un seguimiento adecuado del caso y existe una mayor insatisfacción debido a la poca articulación disponible entre los servicios de cuidado primario físico y mental (Mesidor et al., 2011).

En un país como Colombia, no se pueden omitir barreras geográficas que limitan el acceso y la oferta de servicios de salud mental, a pesar de contar con una cobertura de aseguramiento en salud del 94% de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Un estudio llevado a cabo en Antioquia, encontró que las personas entrevistadas provenientes de municipios de Medellín que contaban con una baja oferta de servicios en salud mental y habían tenido algún grado de exposición al conflicto armado, percibían dificultades para obtener servicios de salud mental. Igualmente, algunos usuarios fusionan de manera indiscriminada síntomas físicos y mentales dentro del espectro de trastornos mentales, lo cual también dificulta la consulta apropiada. Dentro de los hallazgos de dicha investigación vuelve a ser evidente la apreciación de servicios de salud mental centralizados en la capital, e incluso concentrados en un lugar de estancia, lo cual contribuye a la persistencia de la sensación de peligrosidad proveniente de los usuarios (Heno, Restrepo, Alzate, & González, 2004). En el estudio realizado por González, Peñaloza y cols¹, se muestra cómo en la población adulta entrevistada en la Encuesta Nacional de Salud Mental, sólo 3 de cada 10 personas que reportaron haber tenido algún problema de salud mental solicitaron atención, y 6 de cada 10 personas no consultaron porque consideraron que “no era necesario consultar”, por “descuido” o “no querían

¹González, L., Peñaloza, E., Matallana, A., y cols. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*. 2016;45(S1):89–95

asistir”. Todas estas respuestas están asociadas a causas de orden actitudinal relacionadas con posible estigma y miedo, entre otros (González, Peñalosa y cols, 2016).

Finalmente, tal como se ha señalado previamente y lo resalta el estudio de campo, la suma de una situación que victimiza junto con la presencia de una enfermedad mental representa una de las barreras más importantes en el acceso al sistema de salud (Campo-Arias & Herazo, 2014).

2.4 Apoyo

El proceso de rehabilitación, recuperación o tratamiento de las personas con discapacidad psicosocial va más allá de un diagnóstico, de los síntomas y de la adherencia al fármaco. En él también influyen variables como el apoyo familiar y social, la autonomía económica, el soporte residencial o las dificultades en actividades de la vida diaria (Navarro Bayón, García-Heras Delgado, Carrasco Ramírez, & Casas Toral, 2008).

Al indagar acerca de la red de apoyo de las personas con discapacidad psicosocial, discapacidad mental o personas con trastornos mentales se encuentra que son los familiares el principal soporte de las personas en dicha situación (Andrés & López, 2011). Los integrantes de las familias son quienes aportan apoyo instrumental, afectivo y emocional. También muestran los estudios analizados que el rol de cuidador suele recaer sobre las mujeres y que los hombres asumen un papel de proveedor de bienes como ropa, alimentación, medicamentos, entre otros (Andrade, Benito, & Alonso, 2008; Palacios-Espinosa & Jiménez-Solanilla, 2008; Pinargote & Cristina, 2014).

También se halló que los familiares de personas con discapacidad sienten que es poco el apoyo que reciben del gobierno y de las entidades locales que representan a los enfermos de trastornos mentales. Reclaman que se les capacite para así poder ellos como cuidadores primarios atender o ayudar de mejor manera en los momentos de crisis, en la rehabilitación y cuando sea necesario a sus hijos, hijas, esposos, esposas, hermanos, etc. (Andrade et al., 2008).

Acerca del servicio salud, tenemos que en un estudio cualitativo realizado en varios países de Latinoamérica y Europa (Argentina, Brasil, Chile, España, Inglaterra y Venezuela) entre personas con esquizofrenia y sus cuidadores, se le ve como un entorno poco amigable. Las personas entrevistadas en general se perciben desvalorizadas por profesionales y servicios y sienten falta de un cuidado más humanizado (Wagner, Geidel, Torres-González, & King, 2011). Se podría decir que no es tenida en cuenta como una entidad de apoyo.

En otra investigación realizada en España que contó con la participación de 100 individuos que eran atendidos en el Programa de Integración Social y Apoyo Comunitario de FISLEM, se encontró que, cuando se les preguntó a los participantes acerca del nivel de satisfacción en áreas como afecto, compañía, distracción, apoyo práctico, entre otros, la mayoría expresó sentirse satisfechos. Aunque al ahondar un poco más en la información los investigadores llegaron a la conclusión que la red de apoyo de las personas con trastornos mentales graves (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo, depresión, ansiedad, y trastorno de personalidad, entre otros) suele ser bastante limitada, “pequeña y poco diversa” y que suele reducirse a familiares y o al propio sistema de cuidados sociales y sanitarios (Navarro Bayón et al., 2008).

Aunque es poco lo que se encuentra en la literatura sobre la red de apoyo de las personas con discapacidad psicosocial, en lo que se ha analizado se puede ver que son los familiares el principal apoyo que tienen las personas en esta condición. Son las mujeres en la mayoría de los casos las encargadas de estar allí para hablar, aconsejar, acompañar y cuidar a los integrantes que presentan el o los trastornos en su salud mental. Aproximadamente en el 80% de los casos de enfermedad mental son las familias quienes asumen, en la propia vivienda, el cuidado de quienes presentan los trastornos (Bayés, Arranz, Barbero y Barreto, 1997 citado en Palacios-Espinosa, 2008).

Es de resaltar que en los estudios realizados no se encuentra de manera preferente la búsqueda de ayuda en los servicios de salud mental, sin importar el origen de este, de hecho se considera en ocasiones que la búsqueda de estos servicios puede llevar a un reconocimiento de la situación de víctima y un empeoramiento general en tanto se “descubra” la presencia de algún tipo de trastorno mental.

2.5 Conflicto armado

Colombia es un país que ha vivido la guerra y sus consecuencias devastadoras como el desplazamiento forzado durante muchos años. Las víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento enfrentan situaciones sociales de características negativas en los lugares de refugio al ser adjudicadas como responsables de abandonar sus hogares. En muchos casos son señaladas como miembros de grupos armados y por lo tanto son aisladas socialmente, lo que permite poca inclusión social y laboral, condenándolos a situaciones de pobreza extrema. Lo anterior las convierte en víctimas no sólo del conflicto

armado, sino de la discriminación que experimentan en los lugares de refugio. Esto ha hecho que en muchos casos estas personas nieguen su situación de desplazamiento y su condición de víctimas, teniendo un impacto sobre todas las esferas de la integridad humana, incluyendo la salud mental. En un estudio realizado por Campo-Arias, Oviedo y Herazo (2014) se encontró que el 33% de las víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento en Colombia cumplen criterios para un trastorno mental. (Campo-Arias & Herazo, 2014). Sin embargo, el desplazamiento forzado no es un problema únicamente de Colombia; desde marzo de 2011, se ha observado un aumento en el número de sirianos desplazados a países vecinos (Hassan, Ventevogel, Jefee-Bahloul, Barkil-Oteo, & Kirmayer, 2016).

El estudio de estas poblaciones ha permitido evidenciar que el desplazamiento puede contribuir a que las víctimas del conflicto experimenten alguna de las siguientes condiciones en relación a su salud mental. En primer lugar, se pueden exacerbar los trastornos psiquiátricos preexistentes; en otros casos, pueden aparecer nuevos problemas causados por la violencia y el desplazamiento; por último, se describen dificultades en la adaptación a las condiciones de vida del país al que llegan con manifestaciones clínicas que abarcan síntomas físicos, emocionales y los relacionados con el trauma. Los estudios con refugiados han encontrado altos niveles de ansiedad, depresión, pérdida de seguridad y soledad; mientras que en personas que han sido torturadas se ha evidenciado una mayor propensión a tener depresión, reacción de estrés postraumático, crisis de pánico, dolor crónico, síntomas somáticos no explicados medicamente o conductas suicidas (Hassan et al., 2016).

El conflicto armado no sólo genera destrucción material, pérdida de vidas o lesiones físicas, sino que también afecta la salud mental. Al indagar entre quienes han vivido de

una u otra manera la guerra, se encuentra que son muchas las acciones del conflicto armado que pueden generar una afección psicológica y que la respuesta de los individuos va a depender de variables como la edad, el sexo, el nivel económico, el régimen de salud, la cercanía geográfica al evento, el nivel educativo y las ayudas recibidas (Andrade, 2011; Baldovino Pérez, 2014; Hewitt et al. 2016; Pérez, Fernández, & Rodado, 2005; Puertas, Ríos & del Valle, 2006).

Tal como lo refieren en sus estudios Boynton – Jarret R y cols, así como Kilpatrick y cols², el estar expuesto a cualquier tipo de violencia aumenta el riesgo que una persona presente TEPT, depresión, consumo de sustancias psicoactivas y deterioro en la salud general. Esto, a su vez, va de la mano de la vulneración psicológica acompañada de los procesos de deshumanización que trae consigo la guerra, lo cual tal como lo referencia la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, referenciando el estudio de Tjaden³, estas vivencias *“empobrecen las capacidades de pensar lucidamente; la voluntad y capacidad de comunicarse con veracidad y eficacia, la sensibilidad ante el sufrimiento y el sentido solidario y la esperanza”*.

²Boynton-Jarrett R, Ryan LM, Berkman LF, Wright RJ. Cumulative violence exposure and self-rated health: longitudinal study of adolescents in the United States. *Pediatrics*. 2008 Nov; 122(5):961–70.

Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 2003; 71(4):692.

³Tjaden P, Thoennes N. Full report of prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence against Women Survey. Washington, DC: National Institute of justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention; 2000.

Los principales trastornos de salud mental que se presentan en las víctimas del conflicto armado son: sentimientos de persecución; el consumo de alcohol como conducta de evitación; alteraciones del estado de ánimo; estrés postraumático; síntomas de estado disociativo; indefensión; miedo; trastorno antisocial de la personalidad; cuadros depresivos; trastorno afectivo bipolar; sentimientos de culpa, ansiedad, pensamientos suicidas y depresión constante (Andrade, 2011; Baldovino Pérez, 2014; Hewitt et al. 2016; Pérez, Fernández, & Rodado, 2005; Puertas, Ríos & del Valle, 2006).

Los estudios también han revelado que las secuelas psicológicas producidas por los acontecimientos traumáticos, no solo afectan a nivel individual, sino que también afectan las esferas de la vida familiar y sociocultural (Andrade, 2011).

En Colombia, según lo muestra la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015., las violencias más frecuentemente experimentadas por la población general son las asociadas al desplazamiento forzado y a la delincuencia común, llamando la atención que la violencia como método de crianza se vive de manera natural casi en un modelo de aceptación permanente. Llama así mismo la atención que el 21% de la población adulta refirió haber vivido algún tipo de violencia en el ámbito escolar, cifra similar al porcentaje de adultos que presenciaron algún tipo de acto de violencia entre sus padres. De los resultados de este estudio, los análisis realizados por Gómez-Restrepo y cols⁴, resaltan que a pesar que la ENSM 2015 tuvo una sobrerrepresentación de población de municipios afectados por la violencia, el 10,8% de las personas procedentes de municipios con “conflicto permanente”

⁴Gómez-Restrepo, C., Tamayo-Martínez, N., Buitrago, G., y cols. Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana, Revista colombiana psiquiatría. 2016; 45(S1):147–153.

tenía cualquier trastorno del afecto o ansiedad en la vida, cifra que disminuye al 7,2% en municipios con “conflicto interrumpido”, y que sigue disminuyendo en los municipios pacíficos y mucho más en aquellos sin conflicto. Sin embargo, no hubo diferencias en la presencia de TEPT y suicidio según niveles de violencia en los municipios, pero sí en el consumo de marihuana OR = 1,6 (IC95%, 1,2- 2,3) para toda la población y OR = 2,3 (IC95%, 1,4-3,9) para quienes no han cambiado de municipio.

2.5.1 Estrategias de afrontamiento

Se puede definir las estrategias de afrontamiento en el campo de la salud mental como el “...conjunto de recursos y esfuerzos comportamentales y cognitivos orientados a resolver la situación amenazante o adversa, a reducir la respuesta emocional o a modificar la evaluación que se hace de dicha situación...” (Hewitt et al., 2016, p.128). En un país con conflicto armado, la población se va a encontrar expuesta a homicidios, actos de tortura, secuestro, desaparición forzada, masacres, desplazamiento, delitos contra la integridad sexual, etc. Todas estas situaciones generan trastornos en la salud mental de quienes las padecen, no solo de forma inmediata, sino también a largo plazo (Hewitt et al., 2016).

En el estudio denominado *Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia*, se encontró que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por quienes hicieron parte de la muestra fueron esperar a que las cosas se arreglaran solas y la religión. Al respecto, el autor expresa que, en vez ayudar, pueden incrementar las posibilidades de ansiedad y depresión (Hewitt et al., 2016). Esta mala elección se puede interpretar como falta de orientación y bajo capital cultural en la población.

2.6 Grupos indígenas

En América Latina y el Caribe se cree que existen unos 45 millones de personas que pertenecen a pueblos indígenas. En Colombia hacen presencia 102 pueblos y representan el 3,4% de la población del país (Gómez-Restrepo, Rincón, & Urrego-Mendoza, 2016). Si bien no se puede dar una definición de salud mental que aplique a todas estas comunidades, si se puede decir que esta es equiparable al buen vivir individual y colectivo, sin distinciones de lo físico y lo mental. Los grupos indígenas suelen conceptualizar la salud mental de manera holística, vinculada al territorio, al bienestar colectivo y personal, a su autonomía, su identidad cultural y la armonía con la naturaleza (Gómez-Restrepo, Rincón, & Urrego-Mendoza, 2016; Urrego-Mendoza et al., 2017).

En relación con los “padecimientos” y enfermedades del cuerpo, existen saberes de la medicina indígena más o menos conocidos; en cambio, son casi inexistentes los que se conocen sobre los saberes indígenas con respecto a la salud mental o para usar expresiones propias de uno de los pueblos indígenas del sur de país, la comunidad Páez, los “sufrimientos del alma” (Vallejo, 2015, p. 44).

Esta aproximación diferenciada entre la salud mental y la enfermedad mental en el contexto indígena tiene mucho que ver con la dificultad de pensar la salud mental desmarcada de la enfermedad. Esto, que puede parecer un capricho teórico, es fundamental a la hora de entender de manera más amplia la salud mental, como un adecuado relacionamiento con el entorno. En este sentido, las prácticas de salud mental de las poblaciones indígenas tienen como patrón general restablecer el equilibrio con su cosmogonía específica (Vallejo, 2015). Sin embargo, para cada una de las culturas

indígenas hay una cosmogonía específica y una forma de equilibrarse con ella. Ahondando más, cada una tiene elementos externos que interactúan distinto con los cuerpos (como plantas medicinales, ritos o joyería) y con los profesionales que se encargan de ello. En estos términos, cada una de las culturas indígenas colombianas tiene un ecosistema de salud mental con agentes, objetos y ritos/procedimientos que se detonan a la hora de abordar la promoción de la salud mental, por una parte, y la atención de los padecimientos, por otra.

Este rico ecosistema de prácticas en salud mental y de procedimientos para la atención de los trastornos mentales y para el mantenimiento de la salud mental es subvalorado. En este sentido, se adeuda a la población indígena del país un conocimiento más profundo de sus prácticas, por una parte, pero por otra hacen falta esquemas para articular la medicina occidental con la indígena, de cara a una promoción de la salud mental más eficaz en sus territorios. Si bien el siguiente fragmento está escrito para la realidad chilena y el pueblo indígena mapuche, la reflexión es extrapolable al contexto colombiano:

Comienzo por poner arriba de la mesa la imperiosa necesidad de la medicina occidental por asumir que los pueblos originarios tienen conceptos de salud-enfermedad diferentes, no individualistas, frente al cual el sistema de salud oficial muchas veces no cuenta con los códigos necesarios para entender su etiología, ni su asociación a múltiples factores espirituales, comunitarios y ambientales. Se hace necesario, por tanto, reconocer que ningún sistema médico es capaz de satisfacer por sí solo todas las demandas de salud que presenta una población, y por tanto el modelo oficial no es el único deseable y válido para comprender ciertos fenómenos (Hansen, 2012, p. 18).

En los indígenas arhuacos la enfermedad no sólo es una “disfunción fisiopatológica que se presenta en el cuerpo, sino que hunde sus raíces y tiene sus motivaciones en la ruptura del equilibrio bio-espiritual que debe existir entre el indígena y la naturaleza”. Mientras para otro grupo cercano los kankuamos, la enfermedad es producto de la intervención de un agente externo que puede ser un chamán o espíritu. Esto muestra lo complejo y rico que puede ser el tema de la salud y la enfermedad en los grupos indígenas; que cada pueblo ve y entiende el mundo de una forma diferente, y que existe una multiplicidad de factores que intervienen alrededor de la concepción, los procesos y las prácticas curativas que manejan las comunidades indígenas y que deben ser tenidas en cuenta por la medicina occidental (Vallejo, 2006).

En la Constitución colombiana se consagra la diversidad étnica y cultural para proteger las minorías culturales de su extinción y se les da a los grupos indígenas cierto grado de autonomía e independencia que les permite manejar su sistema de salud, educativo, político y su territorio. No obstante, esto no los ha librado de la realidad que se vive el país y que aqueja al resto de la población nacional: homicidios, violencia, despojo, fumigaciones, desplazamiento, abandono estatal, etc. Son algunos de los problemas que hostigan a las poblaciones indígenas y que lleva a que sean considerados en América Latina como el grupo más desfavorecido, cuyas condiciones de vida en vez de mejorar se están deteriorando (Valle & Jiménez, 2012).

Hoy, gracias a las diferentes investigaciones que se han realizado, se conoce que la población indígena enfrenta un “estado marginal de discriminación social y económica que ha traído efectos devastadores para la salud mental” (Gómez-Restrepo, Rincón, & Urrego-Mendoza, 2016), ya que se ha deteriorado el tejido social, cultural y familiar. Se ha

encontrado que las tasas de trastornos mentales en este grupo son mayores que las del resto de habitantes de la misma región que no son indígenas.

En un estudio realizado por estudiantes de la Universidad Pontificia Bolivariana, entre los embera chamí, se encontró que el 69% de quienes participaron en la investigación manifestaron haber tenido en algún momento de su vida depresión y el 31% ha sentido disminución de la capacidad para sentir placer al realizar actividades (Calle & Carmona, 2006).

En un trabajo realizado en Estados Unidos que involucró población indígena, se obtuvo entre otros resultados que el 31,4% de los pacientes cumple criterios para trastornos afectivos, esquizofrenia o trastorno de estrés postraumático y una porción importante de ellos (57%) tiene problemas relacionados con el alcohol. Mientras que otro estudio realizado en el mismo país, determinó tasas del 19,17% para trastorno depresivo mayor, cifra que al comparar con otros grupos étnicos o raciales estadounidense resultan ser superiores (Valle & Jiménez, 2012).

Valle & Jimenez (2012) también señalan que en trabajos investigativos que se han centrado en la búsqueda de patrones epidemiológicos de las alteraciones mentales en poblaciones de nativos americanos y de Alaska (que hicieron uso del servicio de atención primaria), se comprobó que el 20% cumple con criterios de síndrome depresivo. En tanto que, en una investigación realizada entre los indígenas Mapuche de Chile, mostró que, de las personas estudiadas, “aproximadamente el 28,4% ha experimentado al menos un desorden mental clasificado como vital, y un 15,7% ha presentado desórdenes de hasta 12 meses de duración”.

2.6.1 El suicidio en la población indígena

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, para el periodo 2008 a 2017 se tuvo conocimiento de 19.977 suicidios en Colombia, con una media de 1.998 por año. También reportó este instituto que en el 2017 hubo un incremento del 10%, en comparación con el 2016, y la tasa de suicidio llegó a 5,72. Por último se halló que la población más afectada es la que se encuentran entre las edades de 20 a 39 años y que por cada 10 mujeres que se quitaron la vida, 44 hombres lo hicieron. Los departamentos con las tasas por 100.000 habitantes más elevadas de suicidios durante el año 2017 fueron Arauca, Vaupés, Quindío, Norte de Santander y Putumayo (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018).

El diario El Tiempo, citando Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses expresó el 23 de septiembre de 2018 que entre enero y julio de dicho año se habían registrado en el país 1.396 suicidios, siendo Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla las ciudades con más casos (El Tiempo, 2018).

El fenómeno del suicidio se presenta con mayor intensidad en las comunidades indígenas, lo que se debe a una acumulación de elementos a nivel de organización, territorio, comunidad, familia e individuo, que han alterado y modificado sus estilos de vida. En nuestro país tenemos que un gran número de integrantes de esta población han sido desplazados de sus territorios por distintos actores sociales (empresas transnacionales, actores armados, colonos, etc.), han sufrido deculturación violenta, son víctimas de discriminación por pertenencia étnica, y presentan los menores niveles de escolaridad, empleo, vivienda y salud (Valle & Jiménez, 2012).

En el estudio realizado en la Universidad Pontificia Bolivariana, también se encontró que el 13% de quienes participaron en la investigación admitió haber tenido pensamientos suicidas (Calle & Carmona, 2006). Y en un estudio de corte transversal que analizó los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, que fue desarrollada por el Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Pontificia Universidad Javeriana, se halló entre otros resultados, que de los 902 individuos que se reconocieron como indígenas, el 1,3% intentó suicidarse y el 4,9% pensó en hacerlo en algún momento de su vida (Gómez-Restrepo, Rincón, & Urrego-Mendoza, 2016).

En julio de 2016 el diario El Espectador publicaba: “Vaupés y su epidemia de suicidios indígenas”, en donde se informaba que en la última década se habían presentado 123 muertes por suicidio en 16 de los 27 pueblos de Vaupés, y que mientras la tasa de suicidio en Colombia era de 4,9 por cada cien mil habitantes, en ese departamento era de 38. También se afirmó en ese medio noticioso que ninguno de los jóvenes que se suicidó tuvo atención psiquiátrica debido a que el hospital no presta el servicio (ELESPECTADOR, 2016). Sobre esto último es necesario decir que no siempre el problema es la falta de personal especializado en el tema. Un ejemplo es que en el grupo emberá que se analizó, aunque en una primera instancia, cuando los indígenas se sienten mal, recurren al médico tradicional de la comunidad, cuando se siente muy enfermos van a los centros de salud para que los valoren. Los tratamientos médicos que más se recomendaron según el estudio realizado fueron los medicamentos, “representado en un 75%; al 10% se le recomendó orientación psicológica y al 15% restante se le recomendó los dos anteriores simultáneamente” (Calle & Carmona, 2006).

Como determinantes de las conductas suicidas entre las poblaciones indígenas se pueden encontrar determinantes de distintos tipos: pobreza, muerte de personas queridas, ruptura y dificultades en relaciones interpersonales significativas, desempleo y abuso de sustancias psicoactivas, pérdida de identidad cultural, victimización física o sexual, dificultades para comunicarse, problemas legales, poca consulta a servicios de salud, discriminación racial, invasión de los territorios indígenas por colonos y civilización occidental, destrucción de la cultura por pérdida del territorio, ruptura de redes de apoyo socio familiar, debilitamiento de espiritualidad tradicional indígena, la violencia estructural es intrínseca a los sistemas sociales, políticos y económicos que gobiernan el mundo, ausencia de opciones educativas para las y los adolescentes luego de terminar el bachillerato, etc. (Urrego et al., 2012; Vargas et al., 2017).

Muestran estas causales de suicidio que no siempre este fenómeno está vinculado a trastornos mentales, sino que también se puede producir impulsivamente en momentos de crisis que menoscaban la capacidad para afrontar las dificultades de la vida o como producto de actos de resistencia (Urrego et al., 2012).

2.7 Población afrocolombiana

La identidad cultural colombiana está fundamentada en el mestizaje de tres etnias: la africana, la indígena y la hispana (Porto Sierra, 2014) y al tener en cuenta este contexto, es alarmante evidenciar que la población afrocolombiana es la minoría étnica con mayor tasa de desplazamiento forzado y que, en la actualidad, la violencia ha provocado que continúen con sus necesidades básicas insatisfechas (Bonilla Escobar, 2014). Según CODHES (CODHES, 2018) entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2018, en Colombia se

presentaron 126 eventos de desplazamiento, con un total de 38.490 personas afectadas, siendo 8.376 de ellas afrodescendientes.

La comprensión del significado de salud en las poblaciones afrocolombianas resulta una tarea difícil debido a la limitada información que existe al respecto (Gallo Restrepo, Meneses Copete, & Minotta Valencia, 2014), siendo aún más complicado encontrar datos acerca de las implicaciones en salud mental de estas comunidades, pues un problema mental genera estigma o devaluación hacia los afectados (Osorio-Cuellar, Pacichana-Quinayáz, Bonilla-Escobar, Fandiño-Losada, & Gutiérrez-Martínez, 2017). A lo anterior se suma el contexto de violencia y desplazamiento en Colombia, el cual incrementa las dificultades psicosociales; aumenta los gastos indirectos en salud que asumen las familias por su cuenta; altera el funcionamiento cultural y genera alteraciones en su desarrollo emocional y relacional. Adicionalmente, la medicina ancestral hace parte de la tradición afrocolombiana y como bien mencionan algunos autores, cubre las limitaciones en el acceso y la falta de cobertura que ha tenido el Sistema General de Seguridad en Salud de este país (Gallo Restrepo et al., 2014). El enfoque étnico no solamente es importante como parte del tratamiento de una condición, sino para entender las distintas formas de expresión de dicha enfermedad entre la gente (Kreibig, Wilhelm, Roth, & Gross, 2007).

En una investigación cualitativa descriptiva exploratoria, se encontró un vínculo entre el desplazamiento forzado y una mayor percepción de aparición de enfermedades, al considerar que esta alteración de la armonía en la comunidad también enferma (Gallo Restrepo et al., 2014). Así mismo, se estableció una conexión entre la enfermedad y la necesidad de recurrir a la cura con secreto como parte de las prácticas medicinales tradicionales de las comunidades estudiadas y no únicamente al servicio de salud ofrecido (Gallo Restrepo et al., 2014).

Otro de los escenarios que enfrentan con frecuencia las poblaciones afro en Colombia está relacionado con la discriminación en las ciudades de refugio, lo cual perpetúa condiciones que limitan el desarrollo integral de estas comunidades, en donde se resalta la pobreza y consecuentemente, la mayor vulnerabilidad a enfermedades relacionadas con el estilo de vida (Porto Sierra, 2014). Con respecto a lo anterior, se encontró que poblaciones que han sido víctimas de violencia continua como la de Bojayá, Chocó, tienen una mayor probabilidad de tener enfermedades mentales como ansiedad, trastorno de estrés postraumático, depresión y otras condiciones relacionadas con el estado de ánimo y, así mismo, son tan vulneradas en su calidad de vida que se han aumentado las tasas de suicidio (Porto Sierra, 2014). Lo anterior ratifica que en el amplio espectro de etiologías multifactoriales de las enfermedades mentales, las condiciones sociales adversas tienen un papel fundamental en el riesgo de aparición de los trastornos y, por lo tanto, deben ser la principal estrategia de prevención para disminuir el desarrollo condiciones psiquiátricas relacionadas con los determinantes sociales (Osorio-Cuellar et al., 2017).

Se ha sugerido que una adecuada red de apoyo familiar, podría ser un factor protector de depresión en comparación con los blancos, sin embargo, el efecto destructor masivo de la violencia que con gran frecuencia interrumpe el funcionamiento familiar continúa apoyando una alta prevalencia de depresión y suicidio, como lo demuestra el estudio realizado en Bojayá, Chocó, con víctimas de la masacre ocurrida en mayo de 2002. Luego de la masacre sufrida, la prevalencia de depresión de la población estudiada fue del 37%, igual que para el trastorno de estrés postraumático (Sarmiento Suárez, 2016), y el 45% para el riesgo de suicidio. De otra parte, en este mismo estudio se menciona que los trastornos de ansiedad son los que tienen mayor asociación con el trastorno de estrés

postraumático, mientras persistan circunstancias adversas para la vida (Londoño et al., 2005).

En un estudio que evaluó una intervención cognitivo–conductual en víctimas afrocolombianas del conflicto armado (procedentes de Quibdó y Buenaventura), se encontró que los sujetos de estudio continuaban reexperimentando los sucesos violentos en el tiempo, presentaban poco acceso a un servicio social y de salud efectivo y tenían miedo a contar sus experiencias. Adicionalmente, se resalta que el Programa de Atención Psicosocial y Salud a Víctimas (PAVSIVI) tiene como debilidad que los profesionales que realizan las intervenciones psicosociales son de ciudades diferentes a las de las víctimas, por lo cual hay una falta de articulación entre el servicio y quienes necesitan de él (Bonilla Escobar, 2014).

Otro de los aportes significativos de este estudio fue descubrir que las puntuaciones en las escalas de depresión, ansiedad y estrés postraumático se redujeron en Buenaventura y Quibdó después de la intervención, en comparación con el grupo control, incluso al tener en cuenta algunas de las limitaciones de la intervención, como el seguimiento en el tiempo (Bonilla Escobar, 2014). En esta misma línea Colombia contó con la implementación del proyecto ACOPLA (Alianza Con Organizaciones Por Lo Emocional), el cual buscó restablecer en 2014 el bienestar de los afrocolombianos desplazados al crear un programa de intervención comunitaria. Este se basaba en el entrenamiento de trabajadores comunitarios psicosociales que permitiera una mayor capacidad de acompañamiento efectivo y directo por parte de estos entes sociales para brindar servicios de atención directa personal y grupal a su comunidad, articulándose con la provisión de servicios de salud mental.

Al finalizar el programa se concluyó que en Colombia es necesario el aumento de financiación en salud mental, lo cual se observa en el déficit de profesionales en comparación a los afectados. Una de las barreras planteadas son las creencias y la prevención de la población frente a la salud y la enfermedad mental. así como la persistencia de violencia en comunidades marginadas (Arroyave Gómez, 2002).

La corporación AVRE y CHF (*Cooperative Housing Foundation – Global Foundation*) desarrollaron en 2002 la “Guía de orientaciones para atención en salud mental y trabajo psicosocial a población desplazada en Colombia”, cuyo objetivo principal es servir como un instrumento que permita el fortalecimiento de la atención psicosocial que se brinda a población desplazada, víctima de violencia (Arroyave Gómez, 2002).

Los lineamientos prácticos de la guía contemplan una fase de caracterización de la población, en donde se establecen los datos personales y del núcleo familiar, se realiza una entrevista en la que se otorga un diagnóstico sobre la condición psicosocial de los sujetos, y luego se lleva a cabo un plan de acción psicosocial enfocado en la asistencia hospitalaria. Este plan cuenta con tres objetivos principales: proporcionar apoyo psicológico, orientado en disminuir en primer lugar el impacto emocional del desplazamiento; como segundo objetivo se menciona la promoción de procesos de reconstrucción familiar y social, y por último la gestión de procesos organizativos y de participación de la población.

También se contempla el uso de técnicas de atención en crisis, psicoterapia breve, talleres grupales y una atención terapéutica familiar centrada en el impacto del hecho violento a la dinámica de la familia.

Uno de los pilares fundamentales de esta ruta de gestión son los talleres de recuperación de la memoria histórica e identidad cultural, reconociendo que la diferenciación cultural debe reconocer el derecho en salud con perspectiva étnica, como bien ha sido mencionado previamente (Gallo Restrepo et al., 2014); este programa pretende recuperar los aspectos culturales perdidos por el desplazamiento (Arroyave Gómez, 2002).

Osorio-Cuellar et al (2017) escribieron un artículo sobre el proyecto ACOPLÉ, en el cual mencionan que, de acuerdo con los participantes del estudio, la salud mental en la población afrodescendiente es percibida como una situación desconectada del entorno social que genera sentimientos de culpa, vergüenza y rechazo, y que establece barreras de reconocimiento sobre el estado mental, afectando de igual manera la adherencia a las opciones terapéuticas.

Otro de los aprendizajes expuestos por estos autores está relacionado con las dificultades en el cuidado y continuidad del proceso que lleva a no tener espacios estables, como sucede con las poblaciones desplazadas, así como la carencia de garantías de seguridad y confidencialidad. Dentro de los efectos personales y grupales de las víctimas afro se señalan las limitaciones para afrontar situaciones que producen ansiedad, tristeza, temor, así como limitaciones para tomar decisiones, desarrollar tareas y por supuesto crear vínculos sociales (Osorio-Cuellar et al., 2017).

El panorama internacional muestra que de los 40 millones de afroamericanos que residen en Estados Unidos, aproximadamente 7.5 millones (18.7%) tienen trastorno mental caracterizado por enfermedades más crónicas, con mayor discapacidad, mayores tasas de hospitalización y mayores barreras en el tratamiento. A diferencia de la presunción realizada anteriormente, se encuentra que la prevalencia de depresión es del 10.4%,

siendo las mujeres las más afectadas y, a su vez, quienes son más receptivas a consultar a los servicios de salud (Ward, Wiltshire, Detry, & Brown, 2013).

Los estudios en esta población han mostrado diferentes resultados, por ejemplo, se ha reportado que la presencia de una enfermedad mental es estigmatizada afectando la búsqueda de tratamiento profesional, e igualmente se ha evidenciado que estos sujetos perciben la enfermedad mental como una debilidad. En contraposición, algunos hallazgos han informado que, en comparación con los caucásicos, las personas afroamericanas tienen una mayor propensión a creer que los especialistas en salud mental pueden ayudar a personas con trastornos mentales, sin embargo, también son más propensos a considerar que pueden solucionar estas dificultades por sus propios medios (Anglin, Alberti, Link, & Phelan, 2008).

Igualmente se ha encontrado que recurrir a prácticas religiosas es una de las estrategias usuales de las personas con enfermedades mentales. Inicialmente se creía que esta acción era exclusiva de las mujeres, pero en un estudio de 2014 se encontró que con el pasar del tiempo, se ha incrementado la cantidad de hombres que también buscan ayuda religiosa, y continúan evitándola ayuda especializada (Ward et al., 2013). También se ha señalado que en algunos grupos afrocaribe, las prácticas y creencias religiosas pueden aumentar el desarrollo de estigma.

Desde otra perspectiva, se ha encontrado que, en el Reino Unido, la reducción del estigma se ha convertido en un tema prioritario en salud pública al tener en cuenta que, entre los problemas de salud, las enfermedades mentales son las más estigmatizadas (Mantovani, Pizzolati, & Edge, 2017). Ese artículo también señala que los grupos de raza negra que residen en el Reino Unido tienen su origen en el Caribe y África principalmente, y se ha

demostrado que se ven enfrentados a ideas prejuiciosas y a discriminación por parte de los profesionales de salud. Esto representa una baja adherencia al sistema de salud, originando una duración más larga de las enfermedades y, en muchos casos, el empeoramiento de las condiciones.

Mantovani et al. (2017) condujeron un estudio en el que entrevistaron a 26 participantes afro (16 afrocaribeños y 12 africanos), y se indagó sobre la percepción de salud mental y estigma, encontrando que algunos participantes no contemplaban la enfermedad mental dentro de las afecciones médicas, sino que relacionaban términos coloquiales como locura con violencia o peligro, e incluso en algunos casos eran concebidas como posesiones demoniacas.

En cuanto al estigma internalizado identificaron la pérdida de aspiraciones como la principal consecuencia y esto era reforzado por conductas de discriminación en el ámbito laboral. Igualmente las etiquetas relacionadas con los elementos psiquiátricos acompañaban a las personas sin importar el tipo de enfermedad o el grado de recuperación. El sentimiento central de los familiares de personas con trastornos mentales era la vergüenza y, a lo largo de los participantes, se mantenía la intención de guardar secreto sobre cualquier condición relacionada con condiciones psiquiátricas.

Al igual que en Colombia, en algunas comunidades afro, los curanderos tradicionales son la fuente primaria de consulta, consejería y cuidado de estos trastornos (Mantovani et al., 2017).

3. Justificación

La discapacidad psicosocial o también denominada discapacidad mental se define como una condición de vida temporal o permanente, que aparece generalmente durante la adolescencia o en los primeros años de adultez, la cual afecta directamente las funciones mentales y de interrelación de la persona, limitando su capacidad para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria. Esta discapacidad es reconocida por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en su artículo 1:

Propósito:

El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente. Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Organización de las Naciones Unidas, 2007, p. 3).

A su vez, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) clasifica desde el modelo del funcionamiento y la discapacidad, junto con el modelo médico y social, la discapacidad mental o psicosocial dentro del ítem Funciones

corporales Capítulo 1(Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2001).

Las funciones mentales tratan sobre las funciones del cerebro; comprenden tanto las funciones mentales globales (tales como la conciencia, la energía y los impulsos), como las funciones mentales específicas (la memoria, el lenguaje y el cálculo mental). Este capítulo incluye:

Funciones Mentales Globales (b110-b139)

Funciones Mentales Específicas (b140 – b189)

La discapacidad psicosocial implica la enfermedad mental que se refiere a aquella que es invisible, porque no se detecta, por lo menos de manera evidente, pero que una vez que se entabla interacción social con la persona se percibe, y por esto es tan difícil de comprender.

Las personas con una enfermedad mental o psiquiátrica pueden tener una discapacidad psicosocial temporal, cuando atraviesan por ejemplo por una crisis psicótica, un episodio depresivo o un trastorno de estrés postraumático. Muchas de ellas, al rehabilitarse, vuelven a su vida social y laboral. Sin embargo, una minoría, debido a la estigmatización, la falta de tratamiento integral, las dificultades para poder desarrollarse en el entorno y por la misma naturaleza severa de su enfermedad, podría presentar discapacidad psicosocial permanente.

Colombia ha vivido durante varios años el conflicto armado, el cual es una realidad social, política, económica y militar que ha estructurado la vida social del país los últimos 50

años. Tanto es así que la sola discusión sobre la definición del mismo y de sus características genera enconados debates en el universo académico e institucional colombiano.

La relación que tiene el conflicto armado con la salud mental de los colombianos atraviesa por ese mismo universo de complejidades. Tal como lo muestran los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental – 2015, hay relación entre la presentación de algún trastorno del afecto en la vida—como depresión mayor, distimia, trastorno afectivo bipolar, o trastornos de ansiedad (pánico, ansiedad generalizada, fobia social)— y vivir en zonas de conflicto actual, siendo mayor el riesgo para aquellas personas que presentaron una intensidad alta(Gómez-Restrepo et al., 2016).

El estigma está relacionado de forma cercana con la enfermedad mental y tiene elementos que se conectan con la discriminación, la discapacidad psicosocial y el conflicto armado que a esta investigación le interesa desentramar. En el documento Lineamientos-Estrategia de Comunicación para la reducción del Estigma en salud mental (Rodríguez, 2014), se parte de la identificación del estigma relacionado con el acceso a los servicios de salud de personas con trastornos y problemas mentales. Así mismo, identifica los tres componentes clásicos del estigma, desde la psicología social, en donde afirma que uno de sus componentes, el prejuicio, puede promover que la atención sanitaria y legal no se preste y no se exija; una actividad que, cuando se desarrolla en ambas vías, termina en la vulneración de los derechos de estas personas.

Por otra parte, el autoprejuicio juega un papel fundamental en el proceso de autoestigmatización, provocando en las personas con trastornos o problemas mentales respuestas emocionales negativas que generan comportamientos excluyentes o poco

adaptativos, y que terminan aislándolos. Sin embargo, no son solo estas personas quienes terminan excluidas, sino también sus cuidadores o familiares, quienes para responder ante crisis o recaídas de la persona con patologías o problemas mentales, se alejan de sus actividades sociales y laborales, para dedicarse en exclusiva a las actividades de cuidado.

En los hallazgos frente a acceso a los servicios de salud, específicamente en salud mental, dados en la Encuesta Nacional de Salud Mental-2015, se hace evidente que las barreras actitudinales juegan el papel más importante frente a la falta de acceso por parte de la población. Tal como lo anotan en dicho artículo, sólo 3 de cada 10 personas adultas que reportaron haber tenido algún problema de salud mental solicitaron atención, y 6 de cada 10 personas no consultaron porque consideraron que «no era necesario consultar», por «descuido» o «no querían asistir». Todas están asociadas a causas de orden actitudinal relacionadas con posible estigma y miedo, entre otros (González et al., 2016).

Dentro de las diferentes afectaciones de salud mental que pueden devenir del conflicto, este estudio quiere hacer énfasis en una que le permitirá enlazar con elementos psicosociales: el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT o PTSD en inglés). La revisión de literatura sobre Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) muestra una clara asimetría a favor de las víctimas del conflicto armado. La mayoría de material hace énfasis en ellas, en especial en las que han sufrido: desplazamiento forzado (Campo-Arias & Herazo, 2014; Campo et al., 2014) o enfermedades mentales asociadas al TEPT como la ansiedad (Tamayo Martínez et al., 2016), y dificultades emocionales (Gómez-Restrepo et al., 2016) o familiares (Ramírez et al., 2016). El grupo etario al que más se hace referencia en la literatura es al de niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas (Hewitt Ramírez et al., 2014; Venegas Luque et al., 2017).

El conflicto, sin embargo, ha sido vivido de forma diferenciada por los distintos sectores de la sociedad colombiana. Es en este contexto en el cual se pretende enunciar, ya que su desarrollo estará centrado en el marco teórico, que la violencia es vivida de forma diferente en las poblaciones afrodescendientes, indígenas y en las mujeres. Cada una de ellas encarna particularidades, sin embargo, es preciso enunciar aquí que el bajo nivel de inclusión y las posiciones sociales que suelen ocupar (marginalizadas), hacen de estas poblaciones especialmente vulnerables al conflicto armado, lo que propicia una superposición de violencias que puede devenir discriminaciones más agudas o caídas en la posición que ocupan en la estructura social.

Estos hechos que victimizan, enunciados anteriormente, tienen afectaciones directas sobre la salud mental de las víctimas y pueden incluso derivar en discapacidad psicosocial asociada al TEPT. La discapacidad psicosocial, reconocida como tal por la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (2000), se desmarca de las afectaciones traumáticas y tiene en cuenta elementos de estrés social y de cómo el conflicto armado transforma las realidades sociales y las trayectorias de vida de las personas a las que afecta. Al ser más aguda la violencia ejercida en el marco del conflicto contra las poblaciones afrocolombianas, indígenas y contra las mujeres, estas poblaciones suelen contar con especificidades en sus afectaciones psicosociales.

Es claro entonces cómo se conjugan los resultados en salud mental con el conflicto armado y cómo estos resultados pueden derivar en la presencia de una discapacidad psicosocial, la cual, como se anotaba previamente, no sólo es difícil de detectar sino que conlleva la presencia de estigma y autoestigma. Estos parecerían estar fuertemente relacionados con diversas barreras frente, no sólo el manejo integral de esta población,

sino también frente a la posibilidad de desarrollo en su entorno, haciendo más difícil la inclusión de esta población.

Hoy carecemos en el país de una identificación profunda de los estigmas a los que la comunidad somete a las personas con discapacidad psicosocial y a los autoestigmas que ellos viven, haciéndose necesario poderlos identificar, junto con las narrativas y el lenguaje utilizado en tres niveles: estereotipos, prejuicios y discriminación. Solo así podremos generar acciones a nivel comunitario para incidir frente a ellos, favoreciendo así la inclusión de esta población altamente vulnerable.

4. Pregunta de Investigación:

¿Cuál es o cuáles son los estigmas que viven as personas con discapacidad psicosocial y la comunidad frente a las personas con discapacidad psicosocial, en especial las víctimas de conflicto armado, que presentan o presentaron algún tipo de problema en el área mental, y qué hoy los limitan en términos de acceso e inclusión?

5. Hipótesis de investigación:

La estigmatización vivida por las personas con discapacidad psicosocial víctima del conflicto armado genera barreras actitudinales que limitan el acceso y la inclusión de esta población, especialmente en poblaciones más vulnerables, como indígenas y afrodescendientes.

6. Revisión de la literatura y Estrategia de búsqueda

Para el marco teórico del punto 2 se realizó una revisión narrativa de la literatura, en donde se utilizaron las siguientes bases de datos:

- Google
- EBCOHOST
- PUBMED
- SCIENCE DIRECT
- METABUSCADOR PUJ
- REDALYC
- SCIELO
- JSTOR

Palabras claves y estrategia de búsqueda:

Psychosocial Disability AND Stigma

Mental Disability AND Stigma

Post-Traumatic Stress Disease (PTSD) AND Stigma

Post-Traumatic Stress Disease (PTSD) AND Stigma AND Ethnicity / Afrocolombian

Post-Traumatic Stress Disease (PTSD) AND Stigma AND Victims / Armed Conflict

Post-Traumatic Stress Disease (PTSD) AND Stigma AND Victims

Se realizaron filtros en año 2008 a 2018, no se realizó filtro a idioma.

7. Objetivos

7.1 Objetivo general

Describir, identificar y dar cuenta de los estigmas y autoestigmas que viven las personas con discapacidad psicosocial, de manera particular las personas con discapacidad psicosocial víctimas del conflicto armado indígenas y afrodescendientes, a quienes limitan en el acceso e inclusión social.

7.2 Objetivos específicos

1. Describir y dar cuenta de las limitaciones frente al acceso a servicios en salud mental, relacionados con barreras actitudinales –estigma y autoestigma– de la población víctima de conflicto armado que ha presentado algún tipo de problema mental y/o discapacidad psicosocial.
2. Reconocer o no las diferencias de la estigmatización y autoestigmatización que presentan las poblaciones con discapacidad psicosocial indígenas y afrodescendientes.
3. Identificar los estigmas y autoestigmas frente a salud mental, así como las narrativas y el lenguaje utilizado en tres niveles: estereotipos, prejuicios y discriminación.

4. Conocer las características y condiciones por las cuales la población víctima del conflicto armado con discapacidad psicosocial es estigmatizada.

8. Metodología

8.1 Diseño de investigación

Este es un estudio cualitativo de carácter interpretativo y explicativo, el cual buscó explicar las causas que conforman el fenómeno del estigma e interpretar la relación que los actores, las personas con discapacidad mental o psicosocial, tejen con este; cómo afecta a su vida diaria y cómo lo resignifican.

Además, teniendo en cuenta las relaciones de cuidado que se suelen tejer alrededor de las personas con discapacidad mental o psicosocial, se busca también establecer los elementos interpretativos y explicativos que con el estigma tienen quienes se encuentran con estas personas de manera permanente. Además, al ser el estigma un problema con una dimensión tanto individual como social, se indagó sobre la dimensión colectiva del problema. En este sentido, se buscó información sobre los eventos, las creencias, las actitudes y las posiciones políticas que conforman y potencian o contienen el fenómeno de la estigmatización, buscando la manera en la cual estos se entrelazan e interactúan.

Como consecuencia de este planteamiento, la perspectiva teórica con la cual se abordó el material y con el que se diseñó esta aproximación fue la del socio-constructivismo, en tanto ya sea en su vertiente sociológica (Berger y Luckmann) o psicológica (Piaget y Vygotsky), parte de la centralidad que le otorga al sujeto en su relación con el mundo objetivo.

La relación sujeto-objeto en el socio-constructivismo está necesariamente mediada por la forma en la que el sujeto está posicionado para abordarla. Es decir, se desmarca del precepto objetivista en donde vemos el mundo tal cual es, y se desplaza hacia afirmaciones más cercanas a que vemos el mundo tal cual como somos.

Sin embargo, se cuida de prohibir la relación entre el sujeto y el objeto. Esta existe, sin embargo, se da mediada por elementos como formas de crianza, estructuras subjetivas, posiciones políticas, concepciones de mundo y demás elementos con los cuales el sujeto se arroja al mundo de lo real. Por esta razón, la realidad se despliega en múltiples realidades construidas con elementos comunes, los objetos, pero con un espacio donde los significados se encuentran y chocan, razón por la cual la investigación debe no sólo ser un trabajo de los investigadores, sino también de los investigados (en esa relación sujeto-objeto de estudio que caracteriza la investigación científica, y que requiere reconocer el papel activo de los segundos):

La investigación cualitativa toma a la comunicación del investigador con el campo y con sus miembros como una parte explícita de la producción de conocimiento. Las subjetividades de los actores implicados son parte del proceso de investigación. Las reflexiones del investigador sobre sus acciones, observaciones, sentimientos, impresiones en el campo se transforman en datos, forman parte de la interpretación y son documentadas en diarios de investigación o protocolos de contexto (Vasilachis De Gialdino, 2006, p. 4).

El objetivo es, entonces, dilucidar estructuras subyacentes a los significados expresados por los participantes de la investigación, indagando sobre los significados que le otorgan a la realidad material, a sus acciones y a sus posiciones y disposiciones. Berger y Luckmann

en uno de los libros fundantes de la sociología del conocimiento, 'La construcción social de la realidad', describen dicho proceso de la siguiente manera:

El mundo de la vida cotidiana no sólo se da por establecido como realidad por los miembros ordinarios de la sociedad en el comportamiento subjetivamente significativo de sus vidas. Es un mundo que se origina en sus pensamientos y acciones, y que está sustentado como real por éstos. Antes de emprender nuestra tarea principal debemos, por lo tanto, tratar de clarificar los fundamentos del conocimiento en la vida cotidiana, a saber, las objetivaciones de los procesos (y significados) subjetivos por medio de los cuales se construye el mundo intersubjetivo del sentido común (Berger & Luckmann, 2015, p. 35).

En este sentido, en la interacción entre los elementos de la vida cotidiana y las preconcepciones (y sus proveniencias, que pueden ser científicas, pre-científicas o cuasi-científicas; culturales, religiosas o políticas; etc.) pueden arrojar luces sobre la forma en la que los participantes se relacionan con su entorno material, con otros seres humanos y con el hecho de contar con Trastorno de Estrés Pos-Traumático.

En este sentido, la disciplina conocida en los 60-70 como sociología del conocimiento se interesa en elaborar la forma en la que las personas conciben lo real y transforman lo real con las concepciones que tienen fabricadas previamente. Este punto de *a priori* que caracteriza al socio-constructivismo pone en énfasis en las verdades más que en los errores. En lugar de esclarecer cómo y por qué se yerra en la ciencia (postura común en historiadores de la ciencia), esta disciplina se interroga por cómo y por qué se fabrica la

verdad, cómo la viven quienes la habitan y qué consecuencias tiene para el conjunto de la sociedad; esa es la lectura que Berger y Luckmann hacen de Karl Manheim (2015).

8.2 Definición de Poblaciones

Se tomaron las poblaciones de cinco ciudades: Manizales, Bogotá, Barranquilla, Cartagena y Pasto, con los siguientes criterios de inclusión:

8.2.1 Personas con discapacidad psicosocial y sus familiares

El eje transversal se trazó por la pertenencia a este grupo. El centro de la investigación está en ellos, y en este sentido fue el grupo que se cruzó con los demás, para hacer variables conjuntas de dos componentes (es decir, personas con discapacidad psicosocial con víctimas más mujeres, o víctimas más indígenas). Fueron localizados con apoyo de las organizaciones sociales de personas con discapacidad psicosocial y sus familiares.

8.2.2 Víctimas del conflicto armado

Este fue un elemento de referencia no obligatoria, pero sí como parte de los elementos de una de las poblaciones a identificar en torno a la discapacidad psicosocial y el estigma. Fueron localizados con apoyo de las organizaciones sociales de víctimas y su criterio de inclusión fue pertenecer al Registro Único de Víctimas (RUV) de la Unidad de Atención y Reparación Integral a Víctimas (UARIV).

8.2.3 Familiares, cuidadores principales o acompañantes principales de víctimas del conflicto armado

Única población que no requiere de RUV. El estigma tiene un componente psicológico y uno social, lo que hace que sea muy relevante el hecho de contactar a las personas que comparten el ambiente primario (sea este una casa, un hogar o una institución) para tomar información de sus testimonios. Su método de localización fue por bola de nieve con los participantes de los grupos focales, y su criterio de inclusión es que las personas víctimas los reconozcan como parte de su círculo significativo de personas, tengan o no tengan un lazo de parentesco.

Los territorios habitados por las comunidades indígenas y afrocolombianas en Colombia han sido históricamente territorios disputados por los actores armados, interesados en los recursos, en las tierras y en los corredores estratégicos para el tránsito ilegal de todo tipo de mercancías. Esto significa que los territorios se han convertido en escenarios en el que uno o más grupos armados están presentes o transitan de manera frecuente, por lo que la población está sujeta a distintas formas de victimización: desplazamientos, homicidios, masacres y despojo, principalmente (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2017, p. 293).

8.2.4 Afrocolombianos víctimas con o sin discapacidad psicosocial

La población afrocolombiana también sufre de manera diferenciada la violencia ocurrida con ocasión del conflicto armado. No sólo por su ubicación geográfica, ya que pese a ser un 15% del total de la población, se encuentra concentrada sobre todo en la costa pacífica y en las ciudades con fuerte relación con dicha región (Cali, Pasto, Medellín, Pereira), sino también por las condiciones socioeconómicas que están asociadas a su pertenencia racial.

Con esto no se quiere decir que haya una relación de causalidad entre ambas (del tipo, “es pobre porque es afro o es afro porque es pobre”, que son igualmente absurdas), sino que quiere decir que la población afrodescendiente suele estar expuesta a condiciones de vulneración de derechos. En este sentido, los criterios de inclusión para este grupo fue tener RUV y reconocerse como perteneciente a la comunidad afrocolombiana.

8.2.5 Indígenas víctimas con o sin discapacidad psicosocial

La población indígena representa un 5,4% de la población total del país y se encuentra repartida por todo el territorio nacional, algunos habitando reservas indígenas. Ha sufrido violencia ocurrida con ocasión del conflicto armado de forma diferenciada, ya que sus territorios han sido violentados por los actores armados con fines ligados a la guerra. Sus criterios de inclusión fue tener un RUV y reconocerse como pertenecientes a la comunidad indígena, y ser reconocidos por la comunidad como pertenecientes a ella.

8.3 Tipo de relación

8.3.1 Investigador-objeto de estudio

El tipo de relación entre investigador e investigados fue horizontal y dialógico y guiado por la sensibilidad frente a las prácticas culturales que quedan por fuera de los audios y las transcripciones. La participación de los investigados fue como informantes.

8.3.2 Investigador-contexto

Perspectiva intermedia, en tanto se dio alguna forma de observación participante y, a la vez, se sumerge al investigador dentro del contexto investigado.

8.4 Diseño de muestreo

Se realizó un muestreo teórico, en tanto se fundamentó en la información que la teoría provee acerca del estigma en Discapacidad Psicosocial (DPS) y las condiciones bajo las que opera. El muestreo no tiene representatividad estadística (cuantitativa), pero sí de significado y carácter cualitativo. En este sentido, tanto en la revisión bibliográfica como en la aplicación de los instrumentos de investigación, se buscó el estado de saturación (que se la información recogida se torne circular), como indicador de un proceso de muestreo exhaustivo de la información de los actores.

Se buscó un equilibrio entre la máxima variabilidad posible de discursos (expresión máxima) y la consistencia de los mismos. Para ello, la selección de los participantes se dio con base a la revisión de la literatura, los expertos (muestreo guiado), y bajo la premisa de buscar la máxima expresión de realidades (muestreo intencionado), y de diversos grupos étnicos, DPS, familiares, entorno.

Homogeneizando desde la evaluación y desde el marco teórico de un único concepto “estigma” en DPS que guíe la realización de los instrumentos de investigación y del análisis de la información.

La búsqueda de los participantes fue razonada de tal manera que se favoreció la mejor oportunidad en recolección de la variedad del discurso y se empleó la metodología de

bola de nieve para dar cuenta de los actores principales a los cuales deben hacerse entrevistas a profundidad.

8.5 Recolección de información

Para la investigación cualitativa se usaron dos estrategias principales: grupos focales y entrevistas a profundidad. Estas estrategias se articularon entre sí y se triangularon con el resultado de la revisión bibliográfica y de los elementos teóricos.

Se realizaron 19 grupos focales divididos en 5 ciudades: Manizales, Bogotá, Barranquilla, Cartagena y Pasto. Para dar cuenta de las diferentes matrices donde el estigma, el TEPT y la enfermedad mental se entrelazan con otras condiciones que pueden propiciar ambientes de vulnerabilidad de derechos, se realizaron los grupos desagregados por víctimas afro, víctimas indígenas y víctimas mujeres (de ambos grupos mezclados).

A su vez, en reconocimiento del carácter doble del estigma, que contiene elementos intra e interpersonales, se vinculó la experiencia de la comunidad y de las personas que conviven con las víctimas que tienen TEPT.

8.5.1 Garantía de pertinencia y suficiencia

GRUPOS FOCALES REALIZADOS

No	Cuidad / Grupo	Discapacidad psicosocial	Familia y red de apoyo	Víctimas	Afro	Indígenas	Población general
1	Manizales						
2							
3	Bogotá						
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10	Barranquilla / Cartagena						
11							
12							
13							
14							
15	Pasto						
16							
17							
18							
19							

Entrevistas a profundidad

Las entrevistas a profundidad fueron realizadas a 10 actores clave dentro de las instituciones estatales y comunitarias para ahondar en elementos precisos de su conocimiento con respecto a los procesos de estigma, discapacidad psicosocial y enfermedad mental, así como de su relación con la institucionalidad (sea esta comunitaria, en forma de organizaciones sociales o de la sociedad civil, o pública, como institucionalidad estatal).

Entrevistas realizadas		
1	Entrevistas a profundidad: con expertos y pacientes y/o familiares de personas con PDS, que trabajan por los derechos e inclusión de las personas con discapacidad.	Excongresista - víctima
2		Académica experta en estigma
3		Médico psiquiatra
4		Asociación Colombiana de Bipolares
5		Asociación Colombiana de personas con esquizofrenia y sus familias
6		Paciente – Líder vocero de personas con enfermedad bipolar
7		Paciente – Líder Asociación Colombiana contra la depresión y el pánico
8		Consejero de salud occidental y medicina tradicional indígena.
9		Medico director ONG.
10		Director asociación AFRO

8.6 Análisis de la información

Consecuentemente con el enfoque socio-constructivista, el análisis de la información se hará por medio de la teoría fundamentada. En oposición a las teorías hipotético-deductivas, y su posición frente al conocimiento jerárquico y de arriba-abajo, se propone la teoría fundamentada como una estrategia de inmersión en los datos para hacer emerger de ellos las relaciones y conclusiones que luego se harán evidentes en el análisis del material. En ese sentido, trata de ser más una herramienta (un camino) para desarrollar teorías, más que una forma de comprobar hipótesis teóricas (Universidad del Norte, 2015).

En este método, la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación entre sí. Un investigador no inicia un proyecto con una teoría preconcebida. Más bien, comienza con un área de estudio y permite que la teoría emerja a partir de los datos. Lo más probable es que la teoría derivada de los datos se parezca más a la "realidad" que la teoría derivada de unir una serie de conceptos basados en experiencias o sólo especulando (cómo piensa uno que las cosas debieran funcionar). Debido a que las teorías fundamentadas se basan en los datos, es más posible que generen conocimientos, aumenten la comprensión y proporcionen una guía significativa para la acción (Strauss & Corbin, 2002, pp. 21–22).

La centralidad de los datos permite al investigador aproximarse a la información que le otorgan los datos, respetando la autonomía de los mismos. Es decir, si bien es imposible la

neutralidad valorativa, da a los elementos empíricos la capacidad de emerger sin que sean aplastados por las preconcepciones del investigador; no se comprueba una teoría, sino que se construye conocimiento con base en los datos. El análisis es una interacción creativa y crítica entre los investigadores y los datos, con la teoría más como una herramienta para comprender el mundo que como un molde al cual éste se debe ajustar.

En este sentido, se pretende desde la teoría fundamentada partir de un análisis descriptivo, donde se enuncian los componentes del material empírico, para pasar a un ordenamiento conceptual, donde se buscan taxonomías y formas de ordenar el material según conceptos, y finalmente una teorización (Strauss & Corbin, 2002). Debido a que es imposible la neutralidad valorativa en la investigación cualitativa, los primeros dos momentos se mezclan y confunden, es por ello que no es fundamental mantener ese orden estricto, sino que se tiene una relación dinámica entre ambos momentos. Sin embargo, el tercer lugar, el de la teorización, si bien es transversal y recoge elementos de los dos primeros momentos, requiere de un lugar específico y aparte (y al final) para poder descargar su potencia:

Teorizar es un trabajo que implica no sólo concebir o intuir ideas (conceptos), sino también formularlos en un esquema lógico, sistemático y explicativo. Por iluminadora, o aun "revolucionaria" que sea la noción de teorizar, para que una idea llegue a ser teoría se exige que ésta se explore a plenitud y se considere desde muchos ángulos o perspectivas (...). Todas las hipótesis y proposiciones derivadas de los datos deben "revisarse" de manera continua, cotejándolas con los datos que van llegando y modificarlas, extenderlas o suprimirlas cuando sea del caso. En el fondo de la teorización subyace la

interacción entre hacer inducciones: derivar conceptos, sus propiedades y dimensiones a partir de los datos; y deducciones: cuando se plantean hipótesis sobre las relaciones entre los conceptos, las relaciones también se derivan de datos, pero de datos que han sido abstraídos por el analista a partir de los datos brutos. (Strauss & Corbin, 2002, pp. 32–33).

En esta interacción creativa entre elementos inductivos y deductivos donde, con base en el material, se vuelve de manera permanente a este y al protocolo de forma creativa y dialógica. Es decir, la potencia está en lograr articular creativamente elementos tanto de la teoría como de la práctica de la investigación, donde los elementos que la diseñaron no son grilletes, sino que están sujetos a modificación por parte del material.

9. Ética

El presente estudio se ajusta a las normas nacionales e internacionales de investigación en seres humanos. Según la declaración de Helsinki, el presente corresponde a un estudio con riesgo bajo-medio, los participantes serán conocedores del objeto del proyecto y se les solicitará consentimiento informado tanto para los grupos focales como para las entrevistas a profundidad para la participación en el mismo. El actual estudio fue sometido al Comité de Ética en investigación científica Dexa Diab. Con el fin de reducir al mínimo las posibilidades dañar a los participantes, estas serán pautas que seguirán los investigadores durante la investigación:

1. Se usó un lenguaje claro y sencillo que permitió que las personas participantes entendieran y se dejó en claro que en cualquier momento se pueden hacer preguntas o se puede discrepar sobre las preguntas en el instrumento
2. Se usó un trabajo previo con las comunidades y las poblaciones donde se hizo una explicación extensiva del proyecto, su alcance y su componente investigativo.
3. Se explicó tanto en estas sesiones como antes de iniciar cada grupo focal y entrevista el consentimiento informado. Se hizo una lectura textual del mismo antes de solicitarse la firma.
4. El consentimiento informado se dirigió al paciente o a alguna persona que lo representara y se ajustó a estas necesidades.
5. Se garantizó dentro de la investigación el anonimato de los participantes para protegerlos de posibles perjuicios o estigmas que puedan sufrir. Para ello la forma en la que se presentan los testimonios excluyeron nombres propios y referencias a los actores.
6. Los investigadores firmaron un compromiso de uso y privacidad de datos donde se comprometen a un correcto uso de la información que permita mantener los estándares éticos de la información.

10. Resultados y análisis

10.1 Concepto de salud mental

Esta categoría indagó el concepto de salud mental que tienen los participantes, se preguntó acerca del significado personal del término en caso de haberlo escuchado o si por el contrario era la primera vez que lo escuchaban o incluso si no tenían una idea clara de lo que era.

La pregunta se estructuró a partir del significado de salud mental de la ley 1616 de 2013 que la define 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” (República de Colombia, 2013).

A partir de lo anterior se esperaban respuestas que incluyeran tanto la vivencia personal como relacional o grupal del significado, encontrando que, en primer lugar, la mayoría de los participantes reportaron conocer o al menos haber escuchado alguna vez el término “salud mental”, cuyo significado estuvo relacionado de forma persistente con bienestar, emociones y equilibrio.

“La salud mental es como en bienestar interno y la disposición a afrontar el mundo y las tareas diarias como sin problemas, eso sería la salud mental” (Grupo focal, discapacidad psicosocial, Bogotá).

En la cita anterior se aprecia la percepción de salud mental ligada con la capacidad de enfrentar estresores de la vida diaria a partir de recursos internos (emocionales, cognoscitivos, vinculares) que facilitan la vida en comunidad, lo cual está en concordancia con lo citado en el apartado de salud mental de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM, en adelante) del 2015, en donde no sólo se contemplan los recursos psicológicos individuales sino que, adicionalmente, se contextualizan en la calidad de las relaciones humanas (ENSM, 2015).

De este punto de vista se deriva otra apreciación de los resultados del estudio que tiene dos fundamentos: en primer lugar, una parte de los sujetos entiende la salud mental como la ausencia de enfermedades psiquiátricas, sin excluir los problemas del diario vivir ni los retos que se ajustan a diferentes momentos del ciclo vital.

Una buena salud mental nos permite tener un buen comportamiento, nos permite poder analizar, poder reaccionar frente a los hechos y frente a las circunstancias. Cuando eso no ocurre pues entonces el comportamiento del ser humano tiene unas variaciones (Entrevista a profundidad, Bogotá).

Esta declaración hace referencia a las variaciones que puede tener el ser humano en su comportamiento y emociones como respuesta a un entorno cambiante o adverso, siendo posible inferir que, si bien esa reactividad puede causar sufrimiento psíquico temporal, sigue siendo parte de un espectro de salud mental no patológico que genera la búsqueda de estrategias de adaptación para solucionar problemas.

Por otro lado, así como lo plantea la ENSM, algunos participantes suplantaron el significado de salud mental con el de un trastorno psiquiátrico (ENSM, 2015);

“La gente ve salud mental y enseguida identifica problemas graves, locos, tratamientos complicados, pronósticos gravísimos y que la persona no va a poder cumplir con las funciones que la sociedad espera que cumpla” (Entrevista a profundidad, Bogotá).

Dentro del espectro de salud mental, la conceptualización previa estaría en el extremo de lo patológico, en donde hay una afectación psíquica derivada de cambios fisiológicos, ambientales o como sucede la mayoría de las veces, la interacción de estos dos elementos que tiene como consecuencia un quiebre psicosocial. Aunque parecería contradictorio, este argumento continúa señalando la ruptura de la colectividad como parte fundamental de la salud mental, en donde dejar de cumplir algunas funciones esperadas por el entorno, se convierte en la primera señal de alteración psicosocial.

Como se ha señalado en la encuesta, aproximadamente la mitad de la población encuestada mayor de 18 años indicó que salud mental es “Tener buena salud física, comer, dormir y descansar” (ENSM, 2015), este ítem involucra la dimensionalidad del ser humano, en donde la unión estable y armónica de las partes es lo que forma el concepto de salud mental, es decir, para sentirse bien, se debe tener una percepción corporal de sanidad, unida a la satisfacción de necesidades básicas como alimentarse y dormir:

Yo diría que es como el poder hacerse cargo, o sea como entender qué le pasa a uno y uno poder hacerse cargo de lo que esté pasando a nivel físico, a nivel psicológico, pues todos los niveles, hacerse cargo y

sentirse integrado como decías tú, sentir que uno es parte de la sociedad (Grupo focal, discapacidad psicosocial, Pasto).

Las víctimas del conflicto armado tienen un discurso inundado en el sufrimiento que ha generado la violencia y articulan el concepto de salud mental con las secuelas de la guerra tanto en ellos como en sus hijos. Sus palabras dejan entrever culpa, dolor, exigencia y poca reparación, lo cual podría hacer referencia al concepto de salud mental pública, explicado en una entrevista a profundidad, en el cual la garantía y respeto de los derechos humanos genera salud mental en los habitantes de un país. Desde lo anterior, es posible afirmar que una forma de reparación a víctimas podría ser el restablecimiento de relaciones interpersonales con pares, en donde haya identificación con el grupo comunitario al que se pertenece y se abra un espacio para el desarrollo de habilidades que disminuyan el dolor emocional que dejó la guerra.

La salud mental está ligada a los derechos, o sea en términos de que cuando un país tiene salud mental respeta los derechos y permite que los derechos se ejerzan y etcétera, pero a la vez el hecho de que los derechos sean garantizados hace que los sujetos tengan más salud mental (Entrevista a profundidad, Bogotá).

Uno de los objetivos de este apartado era encontrar puntos en común y divergencia frente al concepto de salud mental de los representantes de las comunidades indígenas que participaron en el estudio. Uno de los hallazgos de mayor frecuencia y relevancia es lo que respecta al vínculo incoercible entre salud mental y la posibilidad de habitar el espacio en el que se ha desarrollado la comunidad.

Para mí la salud mental es, pues digamos lo tomo desde la armonía de todos los espacios en los que convivimos, pues partiendo desde el mismo territorio, que es el que nos brinda la vida misma, o sea que si se afecta el territorio pues de alguna manera nos vemos afectados nosotros, digamos en el caso de las plantas medicinales pues son las que aportan a nuestra sanación, a nuestra curación y alimentación; también en el caso de las huertas, que son las que nos proveen pues diariamente la alimentación (Grupo focal, comunidad indígena, Bogotá).

La fabricación de este enunciado confluye con lo mencionado previamente en la relación entre una adecuada percepción física y un estado mental sano, en el que es necesaria la nutrición, pero no únicamente enfocada en la existencia de alimentos, sino también basada en la fuente natural que los provee: alimentos que hayan sido cultivados en el territorio en donde viven y que abastecen tanto las necesidades básicas, como la probabilidad de tener medicinas naturales que perpetúen la conexión con la “madre tierra”, en donde se encuentra la posibilidad de equilibrar cualquier tipo de afección.

De igual manera, se vive la salud mental como el respeto de la tradición oral y las prácticas ancestrales, en donde cobran importancia las relaciones con los mayores o líderes del grupo, quienes son los encargados de orientar y transmitir la sabiduría de bienestar y equilibrio. Un líder representa la figura de autoridad, se encarga de unir a la comunidad y favorece las relaciones interpersonales, es decir, nuevamente y en concordancia con lo expresado anteriormente, la calidad de los vínculos es lo que determina cómo es valorada la salud mental de los individuos.

Y en lo espiritual, lo importante pues para nosotros es que haya una conexión permanente con la madre tierra, una conexión. Porque es ella nuestra madre, la que nos enseña también a vivir la vida, junto con nuestros mayores, que son los que dan las orientaciones y entendiendo que esa parte espiritual es la columna vertebral de todas las personas (Grupo focal, comunidad indígena, Bogotá).

Las comunidades afrodescendientes que fueron consultadas en los grupos focales expresaron tener una noción de salud mental muy propicia para la construcción de relacionamientos sociales, saludables, y potenciales:

Bueno yo creería que salud mental pues es... también recogiendo todas las opiniones de los compañeros tiene que ver con el óptimo estado desde el ser racional ¿sí? En su capacidad pues de pensamiento y combinados todos esos factores poder tener un óptimo estado para... también emocional como decía la compañera Jennifer, para poder desempeñarse de una manera correcta. (Grupo focal, afrodescendientes, Manizales).

Sin embargo, expresan dos claridades. La primera es la relación del conflicto armado con la dificultad para construir relacionamientos sociales y la segunda es la relación de su condición racial frente al conflicto armado:

Para mí salud mental es como un estado de bienestar en que yo me encuentre porque a veces, muchas veces, por tanta dificultad uno a veces tiene como estados de depresión, tiene como lagunas mentales o

pérdida de memoria temporal, como un estado de estupor o algo así. Entonces para mí eso es salud mental, es que yo esté bien en todo, en mi estado anímico, es lo que pienso (Grupo focal, afrodescendientes, Bogotá).

Para mí salud mental son los traumas que quedan, las secuelas de tanta violencia que hemos vivido. En particular, la violencia que nosotros vivimos en nuestro territorio y aún estamos viviendo, eso le genera a uno un trauma físico, psicológico, espiritual y moral (Grupo focal, afrodescendientes, Bogotá).

Y reconocen la diferencia sustancial que tienen los afrodescendientes frente a la crianza y a las condiciones materiales a las que se enfrentan. En este sentido, reconocen la importancia de los ambientes cercanos a la hora de construir las bases de la salud mental en sus comunidades, y reconocen también el papel que juega el bienestar material en el relacionamiento correcto.

Entonces la salud mental para las negras, sin siquiera tener economía, casa, empleo, tener sus hijos bien, en un albergue, no estar de aquí para allá, de allá para acá, eso es una salud mental (Grupo focal, afrodescendientes, Bogotá).

Para mí tiene dos términos la salud mental, lo bueno y lo malo. Para mí lo malo es desde la crianza en nuestros alrededores, nuestra cultura tiene mucho en parte que ver y también el medio que nos rodea, y en

cuanto a salud son los mismos medios sólo que de manera viceversa para mí. La salud mental buena pues cuando tú te crías con esas raíces y te van inculcando ese respeto hacia tu raza, tu cultura, tus amigos, muchas cosas, en tu colegio (Grupo focal, afrodescendientes, Bogotá).

Es importante no generalizar con base en estos elementos. Pero, dentro de los grupos focales, era usual recurrir a la palabra *fuerte* cuando las personas afrodescendientes debían narrar sus experiencias fuertes frente a las cuales requirieron ayuda. Es decir, se asociaba el pertenecer a la cultura afro como ser fuerte ante las adversidades, lo que podría relacionarse con dificultad para pedir ayuda y como no reconocimiento de los trastornos mentales como prioridad del cuidado comunitario de la salud.

10.1.1 Formas de cuidar la salud mental

En este apartado se intentó dar respuesta a la pregunta relacionada con las actividades que realizaban los participantes para cuidar su salud mental, encontrando una gran variabilidad de respuestas. Como apreciaciones generales, es importante señalar que los sujetos dieron respuestas naturales y espontáneas, en las cuales se resaltaba la necesidad de incluir en su vida actividades que generen tranquilidad y una sensación de bienestar.

Adicionalmente, los hallazgos de la categoría demuestran una búsqueda continua de los participantes para crear conductas saludables a nivel mental. Lo anterior es llamativo al tener como antecedente la disminución de la percepción del estado de salud mental en la población entre 45 a 59 años de la ENSM, allí se reveló un cambio de una percepción excelente a una buena en la mayoría de los encuestados. En el caso de este estudio, la respuesta más frecuente estuvo relacionada con acciones de goce u ocio, con un discurso en el que se mencionaba repetitivamente la necesidad de buscar momentos de entretenimiento fuera de la cotidianidad que permitan innovar, bien sea por medio de la lectura o la recreación.

Para mí, pensaría que salir de la monotonía, salir del entorno que vivimos, salir caminar a un parque (Grupo focal, familiares, Pasto).

En esta misma subcategoría se correlacionó el descanso y el ejercicio como factores sugestivos de autocuidado con un significado más profundo en el que los sujetos resaltaban la importancia de tener un espacio de individualidad y soledad.

A mí me pasa algo muy particular, todo el mundo es desesperado haciendo ejercicio para liberarse, yo soy feliz no haciendo nada. Sí, yo aprendí eso. Yo digo que yo soy un practicante de yoga empírico porque yo he aprendido a estar en reposo total, yo llego y me tiro en la sala, tengo un tapete grande y ahí me tiro porque aprendí de mí mismo (Grupo focal, población general, Pasto).

Asimismo, las actividades lúdicas están relacionadas con el grupo étnico con el que se identifican los sujetos, por ejemplo, para algunos miembros de las comunidades indígenas y afro, conservar y practicar las danzas ancestrales, representa no sólo un atributo para continuar su tradición, sino un indicador de salud mental, cuando esta actividad no es llevada a cabo, aparece una sensación de desarraigo y desconexión que tiene como consecuencia la experimentación de diferentes afecciones físicas y mentales. Esto también retoma la importancia de conservar los aspectos culturales de las comunidades, en donde los entornos para compartir y cuidar del otro fortalecen el vínculo entre los miembros del grupo, aumentan el sentido de pertenencia a un núcleo social y permiten un desarrollo integral de la personalidad.

Pues yo creo que la salud mental la estamos cuidando desde los procesos culturales. Nosotros, por ejemplo, la parte de la danza creo que es una de las ayudas más grandes que tenemos, podemos bailar lo que somos, de donde somos. Eso nos hace sentir bien, estar con salud, estar vivos (Grupo focal, comunidades indígenas).

Otra de las variables más representativas de esta sección es la espiritualidad, englobada en las actividades que giran alrededor del sistema de creencias mágico-religiosas a las que

se recurren los sujetos como un método para fortalecer las emociones, enfrentar las adversidades y encontrar un propósito. A través del discurso y el contexto de los participantes, la búsqueda de una práctica espiritual se vuelve necesaria en los momentos de mayores dificultades, pero también es usada como una herramienta de agradecimiento y de estabilidad. Por medio de la oración se pide el fortalecimiento de actitudes para sobrellevar los problemas o se buscan respuestas que, de alguna u otra forma, solucionen los problemas que se salen del control de los sujetos.

Pues, para mí lo más primordial ha sido cuidarme de las manos de Dios, porque cuando llegan los momentos difíciles donde a veces uno ya como que se le acaban las ganas de vivir y ya no quiere luchar (Grupo focal, víctimas).

Tener buenas relaciones con el entorno fue descrita como una de las formas de cuidar la salud mental y, al hablar del “entorno”, se incluyó la posibilidad de tener un fácil acceso a la naturaleza y contar con un sistema social de respaldo en donde se pueda desarrollar a plenitud.

Para cuidar la salud mental entonces el individuo debe contar con todo un sistema a su alrededor que le permita obtener beneficios para tener una buena salud mental y eso incluye contacto con personas, contacto con la naturaleza que le rodea, un contacto social (Grupo focal, discapacidad psicosocial).

Adicionalmente el entorno también ofrece la oportunidad de tener una retroalimentación positiva de las situaciones al permitir la identificación de ciertas emociones y conductas

que pueden repetirse, tener otro punto de vista frente a una misma condición y construir un vínculo en el que se cuide del otro.

En esta categoría también se mencionó la búsqueda de ayuda profesional, compuesta tanto por especialistas de occidente, como por médicos ancestrales en el caso de los indígenas y afro. De forma generalizada, la asistencia profesional se busca con el fin de entender algún proceso, problema o enfermedad, que esté causando dolor físico o emocional. Otro de los motivos para recurrir a asistencia especializada es evitar las consecuencias que dicha condición pueda tener sobre las relaciones y el territorio, lo cual sugiere que una de las emociones que más está relacionada con la solicitud de ayuda, es el temor.

Yendo al médico, siempre voy a controles, uno está también así asustado (Grupo focal, víctimas).

Además, en el enfoque diferencial de los grupos indígenas cobra relevancia, nuevamente, el bienestar del territorio, en donde sus médicos son los encargados de cultivar las plantas medicinales y otros recursos necesarios para percibir un estado de equilibrio. En las nuevas generaciones también se considera equilibrio la posibilidad que brinda el sistema de salud de asistir a médicos de occidente y usar tecnología que brinde una mayor exactitud diagnóstica.

Existen para nosotros nuestras plantas, que esas son buenas pero que también vayan de la mano con una ayuda profesional, diría yo ¿no? Que esto vaya bien armónico, como siempre lo hemos dicho en la comunidad, que todo sea un equilibrio, para que así podamos generar

un ambiente bonito en nuestro vivir y en el vivir de todos, que así me parece. (Grupo focal, indígenas).

Dentro del grupo de personas que han buscado ayuda en médicos de occidente como un método para conservar la salud mental, se encuentra de forma generalizada, la preferencia por el área de psicología para tratar los temas relacionados con dificultades de la cotidianidad, y se relega psiquiatría al considerarla una especialización enfocada en tratamientos psicofarmacológicos y como una opción para personas con un trastorno mental.

Pero el psicólogo no es para el loco, el psicólogo es para orientarte, para que... pueda sobrellevar bien todos esos problemas, tengas ni ansiedad, ni vayas a morirte de un estrés. (Grupo focal, población general).

Una minoría del grupo respondió que una forma de cuidar la salud mental es por medio del reconocimiento de las emociones y sentimientos que están afectando su funcionalidad y que están generando un pensamiento recurrente sobre un tema. Lo anterior podría traducirse en dejar de actuar de forma automática y tener un mayor grado de conocimiento sobre las situaciones que comprometen la salud. Frente a esto es posible generar diferentes hipótesis, pues la identificación de las emociones podría estar sujeta a una búsqueda de ayuda más oportuna, a la normalización de condiciones tabú como la tristeza y el enojo e incluso a desenlaces menos catastróficos para el ser humano y su red social. Sin embargo, vuelve a ser evidente a través del discurso de los participantes que no se cuenta con espacios para hablar de los sentimientos de forma confiable y segura.

Identifico mis estados de ánimo y estoy contenta, y estoy contenta por esto y lo otro o estoy triste. O sea para mí lo principal en mi cuidado de esa salud mental es no guardármelo ni ocultármelo porque creo que es como yo misma siento como que me lo cargo y eso después va a generar en mí explotar, no sé si de forma positiva o negativa. (Grupo focal, población general).

En cuanto a las categorías restantes, podrían ser resumidas en una palabra y es el cuidado en las actividades de la vida diaria, los participantes hablan de una buena alimentación que proporcione nutrientes suficientes para estar enérgicos durante las jornadas laborales, pero al mismo tiempo, los horarios de trabajo deberían ser espacios armónicos con horas establecidas para descansar y alimentarse, lo cual conformaría una estructura bidireccional.

Es como respetar los espacios de cada cosa. Entonces si yo ya tengo... sé que trabajo hasta las 6, o sea tratar de dejar todo eso hasta las 6 y no llevarme el trabajo. (Grupo focal, población general).

10.1.2 Causas que generan problemas de salud mental

El objetivo de esta sección es determinar algunos fenómenos de la cotidianidad que fueron señalados como causantes de una percepción disminuida de salud mental. El dominio laboral se encontró de forma reiterativa en el discurso de los participantes del estudio, de allí que el elemento con mayor potencia sobre el detrimento de la salud mental fue el desempleo. Este es el desencadenante de una serie de eventos que predisponen a un desequilibrio en las emociones y las relaciones, pues el desempleo

conlleva una reducción de recursos económicos, que se refleja en la disminución en la calidad de vida asociada a la dificultad de suplir necesidades básicas.

(...) lo sufren personas que en su vida llevan muchos problemas, o sea le da un ataque emocional muy fuerte una persona que no tiene recursos para sobrevivir, o sea una persona pobre muy pobre. O sea, tiene que pagar recibos, tiene que traer comida a su casa y no tenga trabajo. (Grupo focal, población afrocolombiana).

Otro aspecto del dominio laboral, ligado a la sensación de tener una disminución de salud mental, es la sobrecarga de trabajo y una falta de articulación entre los empleados y empleador por medio de las áreas destinadas al bienestar de los trabajadores, como salud ocupacional o recursos humanos.

La carga de trabajo, creo que la mayoría tenemos una carga de trabajo sobre, sobredimensionada, lo que más nos afecta acá creo es el trabajo y de ver que fue tan mediocre, pero tan mediocre el... que ni siquiera saben cómo manejar la parte laboral aquí el... la parte de salud ocupacional era solo cumplir y llenar un papel... pero y que, o sea y que más. (Grupo focal, población general).

Este reporte permite visualizar la ineficiencia de prácticas de gestión y comunicación con espacios humanizados en los que las personas puedan expresar libremente quejas que causan sufrimiento emocional o físico y, de igual forma, se observa que la vivencia de estos servicios se supedita a completar formatos según lo que estipulan los protocolos. En este aspecto es importante recalcar que la OMS ha indicado que tanto la estimulación

laboral excesiva como insuficiente son factores de riesgo psicosocial que pueden generar consecuencias negativas en la salud mental (El-Batawi, Mostafa A.; Kalimo, Raija; Cooper, 1988).

Y yo pensaba que ya, ir al gimnasio, pero entonces ya empecé a darme cuenta porque todos esos factores, el exceso de trabajo, los problemas familiares, que el niño, la niña, las tareas, el uniforme, que la cuenta. Todo eso empezó a afectar hasta que esa parte mental me llevo a tener una complicación física (Población general, Pasto).

De igual manera, y como se trató en el apartado de concepto de salud mental, es indiscutible la correlación bidireccional entre los factores que disminuyen la salud mental y su afectación a nivel físico, lo cual se convierte en el momento clave para identificar y reconocer que algo en su estado interno está causando malestar.

Dentro de los intereses de esta categoría, también estaba la posibilidad de enfatizar algunos aspectos que deterioran la salud mental de los colombianos al tener en cuenta un enfoque diferencial categorizado en el rol del género femenino, las comunidades indígenas, las víctimas del conflicto y las poblaciones afrocolombianas. Como era de esperarse, a pesar de realizar grupos focales separados según la clasificación establecida, lo que se encontró fue una serie de cohortes pertenecientes a dos o más grupos, en la mayoría de las oportunidades, teniendo como punto en común, ser víctimas de la violencia.

Un hallazgo prevalente, tanto en la forma como en el contenido del lenguaje de las mujeres emberá, es la alta carga emocional y las mayores exigencias que perciben las

mujeres dentro de sus familias, quienes son el ente responsable del cuidado de los hijos. Esto genera que, al aparecer, una enfermedad mental se asuma como una incapacidad en el cuidado de sus hijos, lo cual pudo ser antecedido por un espíritu maligno sobre el territorio.

No cuidar bien ayuda a enfermar porque si cuidan bien no va a enfermar. (Grupo focal, indígenas).

Pues digamos que los emberá por nada no se vuelven locos, eso siempre lo hace al menos Jaibaná. (Grupo focal, indígenas).

Lo anterior permite introducir uno de los fenómenos que hacen parte del sistema de creencias de los participantes y que, debido a la frecuencia en la que fue citado, fue adquiriendo mayor importancia en el análisis de esta sección: hay una creencia persistente con respecto al poder sobrenatural de figuras de características mágicas de las cuales se cree tienen influencia sobre el estado mental de la comunidad. Por ejemplo, algunos participantes de los pueblos indígenas aducen que las enfermedades son producto de un quiebre en la relación con la naturaleza, la madre tierra, originada por la desobediencia a las leyes de origen que han sido transmitidas por los ancestros y que se puede caracterizar en el irrespeto al medio ambiente, la mala alimentación, la falta de seguimiento de rituales de blindaje o un abandono de los sitios sagrados.

Lo anterior está contextualizado en ideologías que extrapolan el desequilibrio interno del ser humano como el resultado de una mala relación con el territorio y la madre tierra, si esto no se encuentra en un balance adecuado, se altera la energía, la conducta y los sentimientos del ser humano dejándolo con un espíritu débil.

Cuando nos sucede a nosotros con el tema de las energía negativas que hay en la tierra, que hay en la naturaleza, aquí hay energías negativas, entonces estas energías negativas siempre se entrometen en el corazón, en el pensamiento, en el espíritu de una persona que tiene una debilidad espiritual. Vuelvo y digo, el que ni está aquí ni está allá, está en ninguna parte, ni siquiera cree en lo que es uno como persona, ni lo cree ni lo que muchos se orientan: “mire venga para acá, por un buen camino, este es el proceso espiritual”. Entonces no están por ningún lado y esos tipos de persona son las que caen en esos inconvenientes porque hay una gran debilidad espiritual y el espíritu maligno, negativo está en todas partes del mundo, entonces aprovecha esa circunstancia y se entromete en la vida de la persona, eso lo lleva a eso. (Grupo focal, indígenas).

Sin embargo, las diferencias en género no solo son observadas en comunidades indígenas, de forma global se manifiesta el rol de las mujeres como las cuidadoras principales de sus familiares enfermos, y continúan teniendo diferencias salariales en un mismo trabajo en comparación a los hombres, condición que ya se ha explicado anteriormente, deteriora la percepción de salud mental.

Recordemos que gran parte, una parte importante de los grupos familiares, son liderados por mujeres solas y además deben enfrentarse a la brecha salarial frente a los hombres. (Entrevista a profundidad, Bogotá).

Es que... somos nueve hermanos pero ellos quieren que sólo cuide a mi papá y ellos, “no, yo no tengo la responsabilidad, usted que es soltera, usted que

no tiene hijos”; y la verdad es que cuidar a mi papá es bien difícil, cuidarlo es muy difícil y yo pues he caído en depresión, estrés, ansiedad porque yo siempre estoy pendiente de él de noche, casi no duermo y más encima los hermanos en vez de agradecer, ellos me calumnian, me insultan, me van a la casa a pelearme por la casa, por el sueldo de mi papá. (Grupo focal, discapacidad psicosocial).

La cita anterior, es clara en informar no sólo el rol de una mujer en un grupo de hermanos de género masculino, también da cuenta de factores sociales como el estado civil, que son devaluados y en los que se asumen responsabilidades que están codificadas implícitamente en la sociedad.

De forma persistente se encuentra en el hilo conductor del discurso de los participantes, las preocupaciones, como un espectro que va desde las vicisitudes de la cotidianidad hasta problemas que afectan los ciclos biológicos y las relaciones interpersonales, lo cual a su vez desencadena una reacción adversa del entorno social dentro de un ambiente que no brinda oportunidades para solucionar problemas.

Un factor llamativo es la apreciación de las dificultades de movilidad y salud mental de los habitantes y, al mismo tiempo, se convierte en una barrera de acceso a servicios de salud mental, impidiendo de cierta manera el desarrollo de relaciones interpersonales cercanas.

Lo vemos en una ciudad como esta, entonces cantidad de síntomas que tienen que ver con ansiedad, problemas del afecto y que se conectan con la movilidad, por ejemplo. Entonces las intervenciones tendrán que

ser transectoriales, necesariamente. (Entrevista a profundidad, Bogotá).

Colombia es un país que ha vivido la guerra y sus consecuencias devastadoras como el desplazamiento forzado durante muchos años. Las víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento enfrentan situaciones sociales de características negativas en los lugares de refugio, al ser adjudicadas como responsables de abandonar sus hogares, en muchos casos son señaladas como miembros de grupos armados y, por lo tanto, son aisladas socialmente, lo que permite poca inclusión social y laboral, que finalmente termina en que vivan en situaciones de pobreza extrema.

Lo anterior las convierte en víctimas no solo del conflicto armado sino de la discriminación que experimentan en los lugares de refugio lo que ha hecho que en muchos casos estas personas nieguen su situación de desplazamiento y su condición de víctimas, teniendo un impacto sobre todas las esferas de la integridad humana, incluyendo la salud mental (Campo-Arias & Herazo, 2014).

Esto concuerda con exactitud en lo encontrado en este estudio, en donde las víctimas del conflicto armado revelan que su salud mental se ha quebrantado con el desplazamiento forzado a las áreas urbanas, dividiendo las familias e imposibilitando espacios de reunión en los que se sentían pertenecientes a un círculo social y familiar de características similares.

Y resulta que con la llegada de la ciudad nos aislamos, entonces esa salud mental digamos que se vio afectada porque llegó la violencia,

llegó la inseguridad, llegaron las drogas, llegaron muchos aspectos, por lo menos en nuestro territorio. (Grupo focal, víctimas).

Las comunidades afrocolombianas, víctimas del conflicto armado interno, resaltan cambios en su constructo mental como aumento de desconfianza e incertidumbre después de la exposición prolongada a ambientes hostiles, en donde las mujeres, particularmente, vivieron acoso laboral y sexual, lo cual en muchos casos generó cambios crónicos y permanentes en su estado mental.

Vea nosotras como somos lideresas, somos defensoras de derechos y siempre andamos corriendo que nos andan persiguiendo, no vamos a poder tener salud mental. Vieran que tenemos unas compañeras que por la misma situación que estamos viviendo, de las lideresas que estamos siendo correteadas por todas partes hemos notado que se están enloqueciendo, hemos notado que esas mujeres están perdiendo la cordura, o sea salen con unas cosas a veces estando en reunión salen con unas cosas que uno queda como: ¿Qué pasó aquí? A veces salen con unos temas que no van como a lo que estamos haciendo. (Grupo focal, población afrodescendiente).

10.1.3 Percepción del tratamiento

Tener un problema psiquiátrico se asocia automáticamente a ser internado en una unidad de salud mental y esto no genera la solidaridad y compasión de una hospitalización por una causa física sino que está inundada de palabras que estigmatizan, en donde,

paradójicamente, el tabú frente al tratamiento psiquiátrico también prevalece entre las personas que padecen un trastorno mental.

Esta población suele tener constructos imaginarios frente a ciertos tipos de psicofármacos y rechazan el uso de medidas terapéuticas como la terapia electroconvulsiva, al considerarla una opción de manejo para enfermedades graves o que no han sido controladas con medicamentos para algunos de los participantes. Incluso, catalogan esta terapia como un medio de tortura o de vulnerar los derechos humanos, lo cual empeora con la influencia de los medios de comunicación y la teatralización de las patologías mentales.

Los participantes relacionan los cambios en el diagnóstico en el curso de la enfermedad y la formulación continua de fármacos con poca experticia del médico psiquiatra, e igualmente la toma de medicamentos es percibida como insuficiente para solucionar lo que los aflige.

Otra parte de los sujetos de la investigación señala al miedo como la emoción que impide la consulta oportuna, y es esta población en quienes más alivio y tranquilidad se percibe, luego de buscar ayuda profesional y tener un nombre con el cual llamar a su condición.

Al centrarse en el enfoque diferencial, el grupo de víctimas entiende la consulta psicológica como un deber del Estado y un derecho de ellos que está inmerso dentro del repetido concepto de reparación integral; asimismo, exigen que este sea continuo y no simplemente una forma de revictimizar.

psicólogo bajo la concepción de “estar loco” y está implícitamente relacionado con la toma de medicamentos y palabras que estigmatizan.

Una consideración llamativa en este punto es que la pregunta estaba relacionada no únicamente con la percepción de un tratamiento, en el caso de una enfermedad mental, sino que se permitía la expresión de opciones de manejo ante quiebres cotidianos de salud mental en donde las personas vean afectadas sus emociones y conductas. Frente a esto, no se encontró reconocimiento de otras opciones de manejo diferentes a las más temidas y ya mencionadas.

10.1.4 Causas para no consultar

El análisis de esta variable con respecto a los grupos focales y entrevistas, arrojó respuestas similares, la manifestada de forma más frecuente como la causa para no consultar a un profesional fue el temor a la estigmatización o al señalamiento, junto a la distorsión que se tiene sobre la capacidad de solucionar el problema de manera individual.

En este apartado el discurso de los participantes era concreto, similar entre los diferentes grupos y no siempre estuvo relacionado con experiencias adversas en el área psiquiátrica o psicológica, pero para la mayoría tenía una connotación negativa consultar a un profesional del área. En el caso de la población general se encontraron causas relacionadas con el temor a la reacción de la persona afectada asociada a la pérdida de la autonomía y las consecuencias que un diagnóstico podría tener en sus relaciones interpersonales.

No lo hemos diagnosticado porque sabemos que diagnosticar el problema nos pondría en una situación muy difícil con mi madre. Nosotros sabemos y lo entenderíamos y no cambiaría la forma de acompañarla y de velar por ella, pero que ella entienda, que le digan eso a ella o que se llegue a enterar de eso, pues eso le implicaría sentirse menos productiva, entenderse que ella es una carga. (Grupo focal, población general).

Por otro lado, los grupos indígenas cuentan con un médico tradicional dentro de su comunidad, que cada vez y con mayor frecuencia, también tiene conocimiento sobre medicina occidental. Esta figura representa liderazgo y admiración, tiene una connotación emocional de cercanía y refugio, además de ser el vínculo que permite la reconexión con el medio ambiente y la madre tierra. En estos casos la consulta a este profesional es más fácil con oportunidad de acceso inmediata, no solo en situaciones de gravedad sino en condiciones cotidianas que generan di confort. Sin embargo, en pocos casos se considera la consulta a médicos de occidente como la primera opción, cuya causa es la carencia de confianza y la falta de articulación con sus creencias, además de la persistente estigmatización por parte de la comunidad.

Digo que hay muchas falencias y sobre todo en mi comunidad porque bueno, una cosa es que uno dice psicólogo, pero ¿cómo lo está interpretando la comunidad? Y eso yo sí he tenido casos porque están en comunidades, no es lo único, pero sí en otra en donde me decían que la gente, y había muchos problemas, pero la gente no acudía por el mal concepto que tienen. (Grupos indígenas).

En el caso de las comunidades afrocolombianas sigue siendo importante la medicina ancestral, cuya replicación es por medio de la tradición oral. Sin embargo, estas comunidades no cuentan con una figura representativa con un impacto político y social, como sucede en los grupos indígenas, lo cual, en muchos casos, implica la no consulta a ningún profesional. En el caso de los participantes del estudio, se encontró que las mujeres son quienes perpetúan esta práctica trabajando las plantas medicinales y los alimentos; se podría asumir que la ausencia de estas figuras de poder, podría alejar aún más el acceso a los servicios de salud occidentales.

No, no porque o sea tenía en la mente que de qué me podía servir una persona que yo le contara mi historia, mi vida y en qué me podía ayudar o sea siempre estaba con esa parte negativa hacia un psicólogo, o sea que era una persona igual, era una persona 'X' que me iba a escuchar y de pronto iba a pensar cosas de mí que no, entonces yo le decía en qué me va a ayudar, no, no creo, entonces debido a eso pues yo jamás busqué una ayuda psicológica. (Grupo focal, afro).

En los diferentes grupos se resaltan aspectos relacionados con la espiritualidad como cuidadora de la salud mental, un fenómeno protector que protege la vida y fortalece la resiliencia. En el caso de las comunidades indígenas no se consulta porque se conciben los espíritus como una fuente de poder que impide la búsqueda de ayuda externa; mientras tanto, en poblaciones no indígenas, con una formación religiosa, se identifican a sus profetas y deidades como seres omnipotentes capaces de curar afecciones.

Para concluir, este apartado pone en evidencia la necesidad de llevar a cabo acciones articuladas entre las diferentes entidades que disminuyan la estigmatización y que tengan

un objetivo en común en el que las valoraciones por psiquiatría o psicología pierdan la carga social que tienen en este momento.

10.1.5 Momentos de buscar ayuda

En este estudio, los resultados parecen indicar que no se contempla la búsqueda de ayuda dentro de un marco preventivo, por el contrario, se relaciona automáticamente la asistencia médica como necesaria en los episodios de agudización de las enfermedades, cuando se ha interrumpido la funcionalidad habitual, y especialmente cuando se afectan las relaciones interpersonales por las alteraciones en el comportamiento o en los cambios del estado de ánimo de una persona. En el caso de padres de familia, se señala continuamente cómo existe una magnificación sobre el daño que puedan causar a sus hijos, lo cual se convierte en el momento de pedir ayuda.

Digamos que el tema es que cuando ya pedí ayuda digamos que yo ya había tocado fondo, siento que a muchas personas les pasa, que el momento en que ya piden ayuda es porque hubo una crisis. (Grupo focal, discapacidad psicosocial).

En el estado depresivo en el que yo llegue, me encerré, era de depresión, de ansiedad, de irritabilidad, entonces yo empecé a pelear mucho con mi hijo, y empecé a desahogar mi frustración en él, entonces esa situación hizo que yo busque ayuda. (Grupo focal, discapacidad psicosocial).

Además se demostró que se vuelve necesaria la ayuda profesional cuando las personas sienten que no pueden manejar una condición por sí mismas, es decir, que está sujeta a una sensación de discapacidad y vulnerabilidad, en primer lugar, en cuyo caso se podría recurrir a un familiar, compañero del trabajo, quienes usualmente son los que recomiendan la búsqueda de asistencia avanzada. Sin embargo, durante los relatos no se encuentran motivos de consulta que hagan parte de adversidades de la cotidianidad o condiciones propias del ciclo vital.

Yo siempre supe cómo arreglármelas para salir bien librado de todas las pruebas que yo he tenido en la vida, tanto a nivel laboral, a nivel de estudios, a nivel social, todo perfecto, pero sobreponerse no es suficiente, viene ya un desgaste y por eso en el 2014 ya me fui pal' piso, ya no me podía levantar, no tuve intentos de suicidios ni nada de eso, tengo un hijo y eso ya me conectaba y me responsabilizaba mucho.(Grupo focal, discapacidad psicosocial).

Al hacer un análisis retrospectivo de sus casos, las víctimas de la violencia, consideran que el momento oportuno para recibir ayuda debería ser al llegar al lugar de refugio posterior al desplazamiento, además enfatizan en la importancia de contar con un grupo interdisciplinario que articule los tratamientos y que tenga un objetivo en común.

Si hubiese sido muy pertinente, pero porque nosotros siempre buscamos, las víctimas... que haya un acompañamiento, pero continuo porque la verdad que se han presentado muchas personas, muchos grupos, muchas veces el gobierno mismo los ha conformado para que nos hagan ese acompañamiento. Pero en vez de hacernos un bien, lo

que hacen es un daño porque vienen y nos sacan ese dolor a flote y se van. (Grupo focal, víctimas)

10.1.6 Trivialización de la salud mental

Los diferentes grupos poblacionales examinados, concuerdan en la importancia que se da a los síntomas físicos, en comparación a los síntomas mentales, lo cual podría ser debido a que las afecciones somáticas son tangibles y fáciles de localizar, mientras que sentirse triste, enojado o tener un sentimiento continuo de soledad, intranquilidad o revivir recuerdos dolorosos requiere la elaboración de un discurso que exprese lo que se tiene.

Nuevamente se evidencia una percepción negativa frente al origen de los problemas en salud mental, cuya causa es entendida como un acto propositivo que demuestra una fragilidad en el carácter asociado a una incapacidad para solucionar problemas cotidianos, incluso si se trata de un duelo por el fallecimiento de un familiar, en donde no tener una queja de dolor o de alguna afección somática, confirma la carencia de voluntad para solucionar el problema o el síntoma mental.

Hay una activista reconocida que hasta estuvo en un proyecto del que yo fui beneficiario y me decía: pero es que yo conozco tus capacidades, yo sé que tú eres bueno, ¿por qué tiene que seguir yendo al psiquiatra?
(Grupo focal, discapacidad psicosocial).

Otra forma de restarle trascendencia a una condición de salud mental es por medio del contenido del lenguaje, el cual está inundado de connotaciones populares negativas con respecto a los trastornos mentales y son usados como insultos o críticas hacia los demás.

Esto afecta las fluctuaciones del estado de ánimo esperadas en el día a día, generando que estos cambios afectivos se vivan en silencio, además de crear un sentimiento de rechazo hacia las personas que tengan la enfermedad, la cual es usada como crítica.

Hoy en día es tan normal que la gente diga que la persona pues hoy amaneció como bipolar, porque amaneció triste o porque amaneció alegre, entonces hoy amaneciste bipolar, entonces uno como que se siente de que no jueguen con eso porque realmente es algo que le pasa a las personas y por desconocimiento la gente lo toma como muy a la ligera. (Grupo focal, discapacidad psicosocial).

10.1.7 Implicaciones del conflicto armado en la salud mental de los colombianos

En un estudio realizado en Colombia, se encontró que el 33% de las víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento en Colombia cumplen criterios para un trastorno mental (Campo-Arias, Oviedo, & Herazo, 2014). En primer lugar, se pueden exacerbar los trastornos psiquiátricos preexistentes, en otros casos, pueden aparecer nuevos problemas causados por la violencia y el desplazamiento; por último, se describen dificultades en la adaptación a las condiciones de vida del país al que llegan con manifestaciones clínicas que abarcan síntomas físicos, emocionales y los relacionados con el trauma.

Los estudios con refugiados han encontrado altos niveles de ansiedad, depresión, pérdida de seguridad y soledad; mientras que en personas que han sido torturadas se ha evidenciado una mayor propensión a tener depresión, reacción de estrés postraumático,

crisis de pánico, dolor crónico, síntomas somáticos no explicados medicamente o conductas suicidas (Hassan, Ventevogel, Jefee-Bahloul, Barkil-Oteo, & Kirmayer, 2016).

A pesar de la literatura existente en relación al impacto del conflicto armado en las víctimas, continúan existiendo vacíos en relación a las estrategias que podrían ser más eficaces para tratar a las víctimas. Por ejemplo, en este estudio se encontró que las víctimas no buscan intervenciones aisladas ni valoraciones en las que se les pregunte un motivo de consulta y se ordene un tratamiento, buscan garantías que restauren la integridad, aunque esa reparación debería empezar por determinar que, si bien todos se identifican como víctimas, la realidad que experimentan es diferente. De allí surge la divergencia de opinión con respecto al territorio, algunas víctimas del conflicto armada anhelan volver a su hogar y en cambio, otras, conservan un vínculo tan fuerte entre la muerte y el territorio que consideran imposible recuperar su vida ahí.

Nos montan y nos mandan a nuestra tierra, nos ponen un negocio y una tienda y que ahí vamos a vivir, porque amamos la tierra. Yo no amo esa tierra, esa tierra se comió a mis hijos, lleva la sangre de mis hijos, yo no voy a sembrar una planta donde la alimente la sangre de mi hijo. (Entrevista a profundidad, Bogotá).

Como un consenso global, la mayoría de los participantes del estudio concuerdan en que la salud mental de los colombianos ha sido afectada por el conflicto armado. Sin embargo, es llamativa la falta de estudios de investigación sobre el impacto de la guerra en la población general o no afectada directamente, pues si bien continúa siendo evidente la diferencia en la proporción de daño entre las víctimas y la población general, todos los grupos focales, incluso los de las víctimas concuerdan en que la guerra ha traído como

consecuencias el aumento de la desconfianza, inseguridad, intranquilidad y miedo de forma globalizada. Por otro lado, a las víctimas se les atribuye condiciones crónicas que conforman trastornos psiquiátricos que pueden estar de forma concomitante.

Tengo diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, tengo depresión y bueno otros que no recuerdo porque en las fuerzas militares fui muy discriminado. (Grupo focal, víctimas).

No, porque en primer lugar ha afectado a las personas que viven el conflicto. (Grupo focal, víctimas).

El espectro de las consecuencias en salud mental producto de la guerra abarca desde la dificultad para enfrentar situaciones de la vida diaria, duelos, lidiar con el estigma social en los lugares de refugio, hasta patología mental enmascarada por la falta de apoyo social y la desintegración familiar. Hasta el momento los esfuerzos se han enfocado en un extremo del espectro y se han hecho invisibles las consecuencias “menores” que la violencia ha dejado en sus víctimas. El constructo “apoyo” del que se habla en estos grupos se enfoca no solo en la enfermedad, sino en el refuerzo de las actitudes y aptitudes que han sido relegadas y que podrían ser una fuente de trabajo que mejore la calidad de vida de estas personas.

Igualmente la asistencia médica debería contemplar programas de psicoeducación a la población general, con el fin de disminuir el estigma, causante de deterioro de salud mental y ser más inclusivo en las oportunidades socioeconómicas que se brindan en los lugares de refugio.

Yo creo que en nuestras comunidades, afectadas directamente por el conflicto, no ha habido un tratamiento dirigido para tratar de entender y brindar apoyo a aquellos que de alguna manera tienen unos síntomas mucho más visibles o se le pueden detectar. (Entrevista a profundidad, Bogotá).

Pero nuestras comunidades resuelven sus problemas como bien puedan, sin ningún tipo de apoyo externo, sin ningún tipo de conocimiento profesional en esto. (Entrevista a profundidad, Bogotá).

Si anteriormente se ha mencionado que la salud mental es colectiva, cultural y pública, ser víctima del conflicto ha generado quiebres en la salud mental colombiana, pues se ha propiciado un ambiente de exclusión y marginalización que se continúa manifestando incluso en el territorio de refugio, en donde, adicionalmente, se dificulta la continuidad de tradiciones que han sido llevadas a cabo durante años y que son necesarias para equilibrar el ambiente interno/externo de quienes las practican.

La salud mental lo dice todo, el entorno donde la persona vive, pues yo soy desplazado, me ha dejado muchas marcas, la unidad de víctimas dice que el desplazamiento, o sea que las cosas no se vuelvan a repetir, pero yo veo que se siguen repitiendo, o sea en lo personal yo estoy viviendo prácticamente el terrorismo, el terror psicológico, todo eso lo estoy volviendo a vivir acá. (Entrevista a profundidad, Bogotá).

El discurso incluye la vulnerabilidad de las mujeres en la guerra con una mayor desventaja con respecto a los hombres debido al uso de su cuerpo como “motín de guerra”.

Adicionalmente, son las mujeres quienes hablan sobre los efectos de la guerra en sus hijos a pesar de no haber sido víctimas directas del conflicto.

Hay actitudes de compasión y solidaridad entre las víctimas, con una capacidad de ponerse en el lugar de los actores del conflicto. De esta manera, se formula una hipótesis con respecto a la relación entre el estado mental y el inicio del conflicto armado, comprendido como una relación bidireccional y no únicamente de la forma en la que usualmente se ha considerado, como una consecuencia de la guerra.

También es cómo la salud mental ha afectado o influido para que ese conflicto siga porque toca preguntarse porque me imagino yo que, si uno hace un estudio frente a diferentes grupos armados sobre la salud mental de ellos, muchos no están bien. (Grupo focal, comunidad afro).

10.2 Estigma y salud mental

La mayoría de las personas que participaron en esta investigación al ser consultadas sobre el significado de la palabra estigma, se refieren a conceptos como aislamiento, marca, señalamiento, prejuicio, un sello social, rechazo, rótulo, discriminación, encasillar, clasificación con una connotación negativa, categorización y segregación; principalmente, conceptos todos negativos, sinónimos y dirigidos a resaltar una diferencia. Ahora bien, al relacionarse con la salud mental, ésta se transformó específicamente en enfermedad o patología mental, el estigma se relaciona directamente con aquellos que tienen una enfermedad mental o la posibilidad de una.

Este capítulo busca indagar sobre el nivel o estado de estigmatización en el que se encuentra la salud mental en general, pero también, qué tan estigmatizadas son las

personas con una enfermedad mental en las diferentes culturas del territorio nacional y en las personas víctimas del conflicto armado.

A través de la revisión de la literatura podría decirse que el estigma está compuesto por dos procesos: el primero, el reconocimiento de una diferencia y, el segundo, la consecuente devaluación del individuo o grupo debido a esa diferencia (Gibson, Abel, White, & Hickling, 2008). El estigma se refiere no solamente a una marca física, sino a una característica que aparta a un individuo o grupo de la sociedad mayoritaria. En teoría, esta diferencia o marca justifica su descalificación y para algunos autores se refiere tanto a la característica como a las creencias de los individuos frente a esa característica (Neuberg, Smith, & Asher, 2000).

Es así como podría decirse que una persona estigmatizada es un ser devaluado por la sociedad, pero cuya diferencia puede mantenerse oculta como, por ejemplo, una persona con una enfermedad mental. Una de las características de estas enfermedades es que no son perceptibles a primera vista ni siquiera después de mucho tiempo, a no ser que la persona que sufre la enfermedad lo exteriorice.

Esto concluye en un gran problema cultural y social, pues el miedo a ser estigmatizado por ser “diferente” (tener una enfermedad mental) se vuelve un arma en contra de los posibles tratamientos, debido a que el hecho de ocultarlo genera o la falta de consulta o la normalización de síntomas y condiciones mentales y emocionales, que no deberían estar presentes en una persona.

La evidencia muestra que, al ser más abiertos socialmente con este tipo de enfermedades, pueden tenerse mejores desenlaces en salud, pues parece haber un vínculo entre la

externalización de una enfermedad mental y su mejoría, dada muy posiblemente por el apoyo social y el afrontamiento de la condición (Weisz, Quinn, & Williams, 2015).

En el marco de esta investigación y como mencionamos al inicio de este capítulo, el estigma se relaciona con una etiqueta, una marca, una marca negativa, un atributo que degrada y no un atributo que resalta una cualidad o característica. Se relaciona con encasillar a una persona con características negativas, señalarla, siempre con una connotación dañina o que implica aislamiento. En algunos casos se denota que es una manera peyorativa de describir a una persona. Bajo esta descripción, se consulta a las personas sobre su definición y cómo lo han percibido a lo largo de sus vidas y encontramos algunas definiciones, como por ejemplo:

Es imposible zafarse de las definiciones que ya están dadas con respecto al estigma, el autoestigma, o sea los prejuicios, los imaginarios, las representaciones, todo eso como que se mezcla, pero digamos que el estigma, volviendo a su origen, el estigma es una marca y esa marca plantea algo que es muy importante y que es la diferencia, o sea, quién tiene una marca y esa marca qué características tiene. (Entrevista a profundidad, Bogotá).

Esta definición resalta la marca, la diferencia y el aislamiento característicos del estigma per se. Muestra cómo, además, esta percepción se vuelca en un prejuicio también, entendido como preconcepciones de carácter negativo, que se mantienen en el tiempo gracias a las prácticas culturales y al desconocimiento y enfrentamiento de la condición denominada como diferente.

Relacionado con la salud mental y las patologías o problemas que pueden derivarse, más del 50% de las personas con un trastorno mental han percibido alguna clase de actitud o efecto negativo asociado a su condición proveniente de otras personas (Thornicorft, Brohann y Rose, 2009). Esta clase de estereotipos y prejuicios distancian a la sociedad y familias de sus enfermos mentales al ser estigmatizados y percibidos como incapaces de controlar sus emociones, peligrosos e inclusive incapaces todas preconcepciones generadas por la falta de información (Dziurkowski, Dziurkowska, & Zbyszkowicz, 2017).

El fenómeno de estigmatización es más común en áreas donde el conocimiento en temas de salud mental es bajo y, como se menciona anteriormente, la estigmatización y sus secuelas negativas se relacionan con el rechazo a buscar ayuda profesional apropiada por el miedo a ser etiquetado negativamente y, por ende, excluido. También se presentan dificultades para mantener el empleo y las relaciones personales cercanas, no por la enfermedad mental en sí, sino por las consecuencias negativas de la estigmatización, la falta de cuidado y atención profesional, las escasas redes de apoyo para el manejo de estas patologías, y la desinformación que conlleva al miedo infundado.

En un estudio hecho en Jamaica, el 43% de los familiares de personas con enfermedad mental respondieron sentir miedo de sus familiares enfermos, miedos muchas veces infundados por la cultura y no por información veraz (Gibson et al., 2008).

Durante la investigación se comprueba, gracias a los testimonios, que efectivamente existe relación entre la estigmatización y la salud mental, especialmente sobre las enfermedades mentales, pero también mitos y tabús que sobre todo han llevado a los prejuicios, los cuales se vuelven alertas frente a la manera en la que la sociedad puede estar asumiendo o distorsionando la realidad de los problemas o enfermedades mentales.

Yo digo que estigma pues es una marca o cicatriz, pero teniendo en cuenta la parte de salud mental, es muy probable que esa marca o cicatriz no se vea, sin embargo, existen muchos prejuicios y eso hace que se nos estigmaticen. (Grupo Focal, Bogotá)

A lo largo del documento hemos mencionado que el estigma se relaciona con el aislamiento y la discriminación. La discriminación y el estigma son dos conceptos que están directamente amarrados, algunos autores describen un enfoque dimensional para referirse al complejo estigma-discriminación, en donde el último es la materialización del estigma por medio de comportamientos que llevan a la segregación (Campo-Arias & Herazo, 2014). Es por esto que algunos de los entrevistados se refieren a palabras como rechazo o aislamiento al referirse al estigma, así mismo la segregación, todos sinónimos de la exclusión y discriminación.

Específicamente con respecto a la salud mental, un diagnóstico puede adquirir una etiqueta que degrada y debilita la integridad; en muchos casos, deja de ser una característica de la persona y se convierte en una definición de su identidad (Rose & Thornicroft, 2010). En este sentido la percepción que el estigma llevará a la discriminación está completamente avalado y en la práctica diaria ocurre de la misma manera.

Estigma para mí sería decir como el rechazo, como la discriminación de que esa persona por ser así pues no, yo lo tengo como a un lado ya que pareciera que fuera una persona que no se reconociera en la familia, en la sociedad, sino que es una persona porque tiene inconveniente

entonces debe ser aislado, debe ser hallado, se desconoce sus derechos. (Grupo Focal, Bogotá).

En conclusión, la estigmatización se convierte en una condición debilitante para las personas con enfermedad mental, limita sus opciones de vida, modifica las creencias sobre sí mismos y el curso de la enfermedad, en su mayoría de manera negativa (Overton & Medina, 2008). El estigma para las enfermedades mentales parece ser una condición tan inherente a nuestro medio que incluso los profesionales de la salud decidieron no tener abordajes de ningún tipo, ya que temen un aumento de síntomas o recaídas al abordar las adversidades relacionadas con la participación social. Sin embargo, estudios han mostrado que hablar sobre los impactos de la estigmatización no intensifica los síntomas, por el contrario se ha demostrado que una educación e información apropiada en este campo, permite un mayor conocimiento y entendimiento de la enfermedad tanto para el médico, como para el paciente, e igualmente proporciona herramientas para prevenir o enfrentar riesgos (Albers et al., 2018).

10.2.1 Autoestigma

Reconociendo las percepciones que tiene la población sobre la estigmatización, es importante anotar que esto no sólo ocurre de los otros hacia una persona con características diferentes, pasa de manera individual para cada persona, prejuicios propios que pueden llevar a autoestigmatizarse, cuando es autorreconocida una diferencia o una característica que parece no ser “normal”. Este proceso de autoestigmatización puede causar perjuicios aún más serios a la salud de una persona con una enfermedad mental. El miedo, la presión social, el aislamiento social, la exclusión, la posibilidad de estar “loco”, la

vergüenza, el ser “incapaz”, la negación del problema, son solo algunas de las descripciones que la población consultada en esta investigación tienen sobre autoestigma.

El proceso de autoestigmatización parte de la percepción individual o la manera de juzgarse de acuerdo con lo que está bien o mal, percibido por la cultura en la que se desarrolla. El autoprejuicio juega un papel fundamental en el proceso de autoestigmatización, provocando que las personas con trastornos o problemas mentales tengan respuestas emocionales negativas que generan comportamientos excluyentes o poco adaptativos que terminan aislándolas. Sin embargo, no son sólo estas personas quienes terminan excluidas, sino también sus cuidadores o familiares, quienes para responder ante crisis o recaídas de la persona con patologías o problemas mentales, se alejan de sus actividades sociales y laborales, para dedicarse en exclusiva a las actividades de cuidado (Rodríguez, 2014).

Las personas que son victimizadas, por cualquier tipo de violencia, están en mayor riesgo de tener estigma internalizado o autoestigma, el cual se caracteriza por una percepción desviada de sí mismos y un auto-cuestionamiento continuo (Horsseleben, Van Busschbach, Aleman, & Pijnenborg, 2016). Es por estas razones que el miedo, el desconocimiento real de una enfermedad o trastorno mental, la necesidad de “normalidad” y el miedo al rechazo, según nuestros entrevistados, empieza a generar autoestigma.

La autoestigmatización es más alta en personas con enfermedad mental severa, se ha encontrado que más del 40% de personas con esquizofrenia u otro trastorno psicótico han reportado vivir con autoestigma o estigma internalizado, situación que se hace evidente

en los discursos cargados de miedo y evitación frente a cualquier tipo de problema en la enfermedad mental.

La gente puede llegar a tener desconfianza o miedo y en esa desconfianza y ese miedo empieza a alejarte, a aislarte, y uno también empieza a asumir que es un monstruo, que es una persona que no tiene derecho a convivir con la familia o con la sociedad porque uno empieza a temer que los demás pues siempre lo miren de esa manera. Entonces por eso es que muchas personas que tenemos dificultades de salud mental tendemos a aislarnos por miedo y porque ese aislamiento nos arma como una caparazón y nos permite estar solos, de pronto tener contacto virtual solamente y eso nos hace sentir más seguros. (Grupo Focal, Bogotá).

El autoestigma cuenta con la influencia de factores externos (ambiente) en donde se resalta la victimización, la pérdida de bienes materiales (Hassan et al., 2016) e internos (psíquicos o psicológicos). Igualmente se han descrito fluctuaciones de la experiencia de autoestigma dentro de una misma persona en relación a variaciones en el estado de ánimo, actividades inespecíficas que se encuentre realizado y la severidad de los síntomas (Ben-Zeev, Frounfelker, Morris y Corrigan, 2012; (Horselsen et al., 2016). Esta influencia de factores incluye las percepciones del resto de la población, que según las creencias y cultura tienen percepciones aún más negativas en personas que padecen una enfermedad mental.

Se fueron alejando poco a poco por mi condición, todo se alejaron.
(Grupo Focal, Pasto).

Mi hijo que tiene esquizofrenia me dijo: “Por favor, no le cuentes a nadie, no le cuentes a nadie porque me van a mirar diferente y me van a dejar de tratar”. Y él tiene toda la razón, lo van a mirar diferente, le van a dejar de tratar, así no lo hagan de una forma violenta ni agresiva. (Grupo Focal, Bogotá).

Como mencionamos al inicio de este apartado uno de los factores que influencia y además con el que se describe la presencia del autoestigma es la negación del problema. Esta particular característica en la que la posibilidad de ser o estar “loco” termina siendo negativa y sobre todo mal manejada debido a que “yo lo puedo manejar solo”.

En el grupo de poblacional entrevistado una de las características más difíciles dentro del proceso de diagnóstico de un problema o trastorno mental es la aceptación de la condición, y termina repercutiendo en la búsqueda de ayuda profesional, y así mismo en la rehabilitación y recuperación.

Como la mayoría de personas que tenemos el trastorno afectivo bipolar pues al principio no aceptaba esa condición. Entonces también fue muy difícil pues la recuperación, entonces eso es uno de los problemas que todos tenemos, que la mayoría tenemos de la no aceptación a la condición por el estigma que hay de que la gente lo cataloga a uno como una persona loca, como una persona que no se puede tener en algún trabajo, en alguna empresa, entonces son varios estigmas con

los que uno ha estado luchando y por los que nosotros estamos también trabajando. (Grupo Focal, Bogotá).

Para mí sí fue muy difícil, o sea, fue muy difícil aceptar que yo necesitaba un tratamiento psiquiátrico. Yo recuerdo que cuando la psiquiatra me dijo “bueno, hay dos opciones, o te interno...” yo dije “no, no puede ser que yo me interne, no”. O sea, yo lo primero que hice fue decir no porque, yo decía, “¿Yo cómo llegue hasta aquí?” O sea, yo no lo aceptaba, no lo asimilaba. (Grupo Focal, Pasto).

Hay fenómenos que parecen trascender las culturas y que surgen de niveles de información poco precisa sobre lo que significa tener una enfermedad mental, lo cual suscita la falta de iniciativa de las personas para buscar ayuda. No se sienten capaces de revelar sus problemas, pues prevalecen experiencias de vergüenza hacia ellos mismos y su familia.

Otro fenómeno que parece ser global es la aparición de rechazo y evitación hacia personas con enfermedad mental (Rose & Thornicroft, 2010). Hay un componente relacionado con el proceso de autoestigmatización y es la posibilidad de improductividad, incapacidad de poder realizar las tareas necesarias y así mismo la minusvalía, que termina en autoexclusión y que se ve reforzado por estigmas sin fundamentos. Es aquí cuando la “vida se termina”.

Reconocer una diferencia, especialmente en temas de salud mental, puede ser visto como el fin, o mejor, como el principio del fin, concepción que en ocasiones no es solo reforzada por las familias, sino por la comunidad e inclusive por profesionales de la salud, que con

poca información asumen estos estigmas frente a las enfermedades mentales como una verdad.

He notado en Colombia, particularmente, que las personas con discapacidad pueden llegar a entrar dentro de un existencialismo, de llegar a pensar que no lo puedo hacer, que no lo puedo lograr, que no puedo estudiar, que no puedo trabajar... se autocoloca barreras, se autoestigmatiza y hace que entre a ser como el pobrecito, el que necesita el auxilio del gobierno, el auxilio de la familia, el auxilio de la institución y entonces allí se incrementa un poco el problema por el estigma. (Grupo Focal, Bogotá).

Él sentía que, que no valía nada, que no tenía sentido la vida, porque o sea se creyó todo, lo que estaba viviendo lo que le decían a él, él se lo creyó, y se apropió de eso. (Grupo focal, Bogotá).

Pues yo digamos trato de, trato de vincularme con la sociedad, pero siento un rechazo, eh... cosa que peor me revictimiza, que me... ¿sí? o sea que hace como que yo mantenga encerrado, que no quiera salir. (Grupo Focal, Bogotá).

10.2.2 Estigma social

A lo largo de la investigación se ha recalcado que el estigma y el autoestigma están muy relacionado con las creencias culturales, sociales y muchas veces mitos o leyendas legendarias, fundadas muchas de ellas en el desconocimiento o en la necesidad de

explicar fenómenos atípicos a lo largo de los años. Sin embargo, actualmente son las comunidades desinformadas y el miedo a la consulta los que generan estigmas generalizados que se transmiten en el día a día y que perduran debido a la no necesidad de enfrentar dichas creencias. Estos prejuicios comunitarios son denominados en algunas ocasiones como estigma social, estigmas mantenidos por las comunidades en el voz a voz y que terminan generando estigmatización y autoestigmatización.

El impacto del estigma social en personas con enfermedad mental implica dificultades para comprometerse con las actividades de la vida diaria, asociado a la percepción negativa de sí mismos con una autoimagen y confianza quebrantada, punto en el que empieza el aislamiento y la exclusión a generar mayor deterioro en la condición mental (Overton y Medina, 2008). También mencionan la presión que ejerce vivir bajo las expectativas negativas generadas por el estigma, en donde son vistos como casos y no como personas, personas enfermas, a las que hay que tener, poco predecibles e inclusive peligrosas.

Como consecuencia de lo anterior se obtienen bajos niveles de autoeficacia, entendida como las creencias que tienen las personas sobre su capacidad de desempeñarse en todas las áreas de la vida diaria con el fin de alcanzar metas. El estigma social limita las oportunidades, es una variable que afecta el curso de la enfermedad, sobre todo de manera negativa (Overton & Medina, 2008).

Esos estigmas creados por la desinformación han generado en el país un problema complejo, y es el miedo a la consulta y tratamiento de problemas y trastornos mentales. Así mismo, como su reconocimiento por las personas que tienen ese diagnóstico, este termina siendo uno de los mayores retos de esta investigación, promover la eliminación

de estigmas que eviten que las personas cuiden de su salud mental. El estigma social sobre la salud mental habla de “locos” de “eso es solo falta de estar ocupado”; al no ser una condición visible, los trastornos mentales parece que no existieran.

El tema de salud mental sigue siendo un tema de locos, mi sueño era algún día tener los suficientes recursos para colocar una cantidad de vallas que dijeran “sí, soy esquizofrénico, pero tengo hijos, tengo esposa, tengo familia, tengo sexo, amo, río, sí soy bipolar”. Todo eso sueño de tener los medios más activos, pero no, sigue siendo un tema de locos. (Entrevista a profundidad, Bogotá).

La gente ve salud mental y enseguida identifica problemas graves, locos, tratamientos complicados, el desahucio, pronósticos gravísimos y que la persona no va a poder cumplir con las funciones que la sociedad espera que cumpla. (Entrevista a profundidad, Bogotá).

Para efectos de esta investigación, la población consultada se refiere al estigma social cuando se habla de las cantidades y calidad de señalamientos que los círculos cercanos y comunitarios generan en una persona con problemas o trastornos de salud mental, y el estigma social se deriva del desconocimiento y algunas mal llamadas tradiciones culturales que buscan que a estas personas se les segregue por su condición, e incluso las hacen ver inservibles y peligrosas frente al resto de la comunidad.

Las enfermedades mentales son las únicas que se castigan y nunca se tratan, se condenan, se castigan y se juzgan, eso ha sido tradicionalmente. (Grupo Focal, Bogotá).

Las supuestamente amigas que yo tenía cuando caminaba y todo, pues era muy diferente, ahoritica yo los encuentro en la calle y es tan raro, tan raro que uno se vuelve invisible. (Grupo focal, Pasto).

Se ha mencionado que la reacción negativa de la comunidad se deriva de dos elementos: la ignorancia y la mala información, las cuales se transforman en etiquetas como violencia, sensación peligro, discapacidad, fracaso, incapacidad para tomar decisiones, desesperanza, comparación con discapacidad intelectual. Son enmarcados como personas con debilidad en su carácter y muchas personas no consideran las enfermedades mentales como patologías médicas, adjudican la condición a la mala educación de los padres, suelen pensar que las personas con depresión pueden eliminar su enfermedad si se esfuerzan, que necesitan estar ocupadas, que es una manera de llamar la atención, entre otras (Rose & Thornicroft, 2010). En muchas ocasiones, incluso se relaciona con la disminución en la capacidad intelectual y en la toma de decisiones, lo cual “es imposible hacerlo bajo una enfermedad mental”.

Porque yo la estaba irrespetando de decirle que era mimada o una pataletosa o cosas de esas porque tiene discapacidad cognitiva, entonces hacía preguntas que yo decía pero tiene 14 años cómo pregunta eso, pero ya cuando sale el diagnóstico, entonces le dicen a usted el nombre del cual entonces usted se siente culpable entonces usted comienza a tratar de cambiar el lenguaje, a entenderla, que aprende despacio, que todo la deprime, o que está muy contenta entonces le da por bailar toda la mañana al otro día ya no me quiero levantar, y hay que aprender a convivir con eso. Entonces es como

aprender el lenguaje del otro, a ponerse en los zapatos del otro para ponerse a hablar. (Grupo focal, Manizales).

La mencionada sensación de peligro suele ser recurrente en cuanto al estigma social, el desconocimiento de síntomas y reacciones, genera en las personas la sensación de inseguridad e incapacidad de predecirlos, sobre todo por la falta de información y la sensación de posibilidad de violencia “porque está mal de cabeza”.

Yo por ejemplo tengo una vecina que tiene un hijo, creo que tiene como 50, 60 años y tiene problemas mentales. Es como que uno no sabe cómo qué actitud tomar con una persona. Al principio digamos que era como con cierto temor, porque uno no sabe si esos problemas mentales puedan derivarse en agresividad o cosas así. (Grupo focal, Bogotá).

La mamá del señor me ha invitado a su apartamento, siempre tiene uno temor a una explosión de agresividad física porque la amiga de mi mamá me decía que a veces se ponía agresivo. O sea, yo nunca lo he visto así, pero como ella me ha comentado ese tipo de cosas, entonces sí tengo miedo y tal vez sí lo haría, o sea, no, sola no, tal vez no así.(Grupo focal, Bogotá).

Uno le tiene miedo a lo desconocido, uno no sabe en qué grado está el juicio de esta persona que tiene una enfermedad mental, sinceramente yo lo rechazo, yo sí lo hago a un lado porque le tendría miedo. (Grupo focal, Pasto).

“Toda persona con un trastorno mental te puede hacer daño”, ese es el mensaje de fondo y ese es el mensaje que perdura, y cuando yo te decía de la discriminación del sector salud, es porque implícitamente está mandando el mismo mensaje. Si vemos cuándo una persona puede acudir a urgencias, una persona acude a urgencias en cualquier enfermedad porque necesita tratamiento, aquí es porque le puede hacer daño al otro. Entonces, ni siquiera se está pensando “ah bueno, en la protección de la persona, sí claro, si se va a tirar del décimo piso ahí mismo va la ambulancia”, pero de resto no. (Entrevista a profundidad, Bogotá).

10.2.3 Estigma institucional

El estigma social y el estigma institucional están directamente relacionados, con la diferencia que el estigma institucional en este caso viene de personas que representan a instituciones diseñadas para apoyar y ayudar a la comunidad. En este caso, especialmente las que hacen parte del sistema de salud colombiano, que desafortunadamente mantienen dichos estigmas e inclusive se vuelven una barrera de acceso a los servicios.

No por ser un profesional de salud necesariamente se conoce a profundidad sobre las implicaciones, retos y desenlaces de los problemas de salud mental. Todo lo contrario, el país se encuentra trabajando en la cultura del uso de servicios de salud mental, del diseño de rutas de atención en zonas dispersas, y sobre la atención a los impactos en la salud mental de la población colombiana en un país con un conflicto armado de más de 60 años y unas condiciones sociales de base reconocidas como adversas.

Todo lo que se llama servicios de salud mental está bastante fragmentado y el estigma institucional o sea, para mí, las estancias gubernamentales y el sistema de salud como una institución, una institución... como tal, son el más grande estigma y uno lo puede evidenciar en la normativa que existe, acerca de cómo, a qué cosas tiene uno derecho. Entonces en salud mental hay unas restricciones en cuanto a números de hospitalizaciones, a números de consultas. Algunas son explícitas en las normas, otras no son explícitas, pero se dan en la práctica y eso se hace: alargando la oportunidad de citas, recortando el tiempo de las citas, aunque no está reglamentado creo que hay un consenso. (Entrevista a profundidad, Bogotá).

Entonces en Colombia, por ejemplo, en el caso concreto estamos trabajando por la reducción del estigma con campañas de medios de comunicación. Obviamente son convenientes, son útiles, pero eso es un pañito de agua tibia porque el estigma institucional tiene que ver con tener unos dispositivos de atención adecuados de promoción de la salud, de prevención de los trastornos y que, cuando ya se exprese el trastorno, vengan otra serie de procesos preventivos y de atención y rehabilitación que en el momento no los tenemos. Y hay una serie de barreras de acceso que hace que se cronifiquen [sic] las personas y que se aumente la sintomatología. Entonces la verdadera reducción del estigma viene por reducir el estigma institucionalizado en las distintas, los distintos estamentos del Estado. (Entrevista a profundidad, Bogotá).

10.2.4 Estigma y su relación con el conflicto armado en Colombia

Las personas que han sufrido una experiencia traumática suelen ser sujetas a varias formas de estigma que, cuando se suman a la presencia de condiciones con trascendencia en su salud mental, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), los sitúan tácitamente en una posición de discapacidad psicosocial. La imposición de este estigma por parte de quienes rodean a las víctimas puede provenir de varias fuentes, como no tener entendimiento del estrés psicosocial que sufre quien ha vivido una experiencia traumática, falta de empatía y la necesidad, consciente o inconsciente, de alejarse de aquellas personas con problemas de salud mental.

Este estigma se suma a las consecuencias del trauma, aumentando la carga emocional sobre la condición psicológica de estas personas, en las que se ha observado que la exposición a escenarios de exclusión social aumenta las manifestaciones relacionadas con la presencia de ansiedad, depresión y psicosis. Por ejemplo, al comparar la reacción a escenarios simulados de exclusión social, las personas con TEPT se sienten peor que en controles sanos tras la experiencia, resaltando que ambos grupos se ven afectados en tres de sus necesidades sociales fundamentales: pertenencia, existencia significativa y control (Nietlisbach, y Maercker, 2009).

El estigma al que son sometidas las víctimas de eventos traumáticos altera no sólo su capacidad para forjar relaciones sociales, sino en la autopercepción de sí mismos, especialmente en lo concerniente a su salud mental, hecho relacionado en sí mismo con la desatención de los trastornos mentales que aquejan esta población.

Las personas que participaron de actos de guerra como combatientes, una vez se ha terminado el conflicto, cuando tienen la posibilidad de regresar a sus hogares, también son expuestos a estigmas que dificultan su proceso de reintegración social, siendo privados de oportunidades académicas, laborales y de reconstrucción. Son puestas en situaciones de aislamiento y exclusión que pueden exacerbar las manifestaciones de cualquier trastorno mental que sufran. En excombatientes que han sido forzados a participar en actos violentos, se ha observado una alta prevalencia de síntomas de PTSD y depresión, siendo este hecho un condicionante en sí mismo de la situación de discapacidad psicosocial que sufren al abandonar las armas, sumado a la imposibilidad, en muchos casos, de retornar a sus propias comunidades al ser rechazados por sus antiguos vecinos debido a los actos violentos que cometieron, dejándolos en situaciones de pobreza y sin una adecuada red de apoyo (Pfeffer y Erdal K, 2015).

10.3 Barreras a la inclusión en salud mental y discapacidad psicosocial

Este capítulo buscará explorar las distintas barreras (en salud, sociales, laborales o educativas) a las que se enfrentan los participantes de la investigación y su relación con la salud mental y con patologías o trastornos mentales. Este se dará desde una doble óptica, ya que se contará con testimonios de personas con discapacidad psicosocial, personas que comentaron haberla sufrido en algún momento de sus vidas y público general. En este sentido, se buscó que la óptica de las barreras tuviera una cobertura de 360 grados.

Es además importante hacer una nota metodológica antes de continuar. La estrategia que se usará para el análisis del material recolectado tratará de extraer los significados de los testimonios, pero también hilarnos en un discurso que responda a la pregunta: ¿por qué se configuran como barreras las barreras? Es decir, que cuando un testimonio sea tomado y diga, por ejemplo, que “el sistema de salud no nos pone atención”, la respuesta del lector no debe ser “pues claro que se la ponemos”, sino que invitamos a tener una lectura que trate de explorar las razones por las cuales esa persona cree eso y las consecuencias que eso tiene a la hora de actuar.

Cuando alguien dice eso actuará *como si fuera verdad* lo que dice, más allá de si lo es o no, y construirá sobre esa base discursos, argumentos y acciones frente al Sistema de Seguridad Social en Salud. Es allí donde es relevante la pregunta por las barreras y es allí donde este subtítulo logra articularse con los demás conceptos de la investigación: ¿cómo nos ven las personas? ¿Cómo nos ven los familiares de pacientes? ¿Qué los incita a consultar o a no consultar? Las barreras son, en última medida, diques contra la inclusión frente a los cuales es importante buscar las razones por las cuales se piensa así. Esta claridad es fundamental para el desarrollo del análisis.

Una vez el material empírico fue codificado emergieron cinco tipos de barreras, cada una con sus lógicas internas, y que serán analizadas una por una. Las barreras son: en salud (tanto por el sistema como por el personal), en los espacios sociales, los laborales, los educativos y los familiares. Finalmente, antes de continuar el análisis hay que tener en cuenta que, aunque estas barreras deban separarse para fines analíticos, en la vida cotidiana de las personas las relaciones entre las barreras son fluidas y una misma acción puede expresar varias de ellas.

10.3.1 Barreras en salud

Es importante concebir lo psicosocial y la salud mental más allá de su componente exclusivamente clínico, pero se debe reconocer que es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el lugar frente al cual las personas con enfermedades y trastornos de salud mental acuden en primer lugar. De cierta manera el SGSSS es la puerta de entrada al Estado y al bienestar de las personas con alguno de estos problemas. En este sentido, así como puede ser una puerta de entrada, puede convertirse en una barrera:

Entonces eso ha sido muy duro, o sea yo pienso que la barrera médica ha dificultado mucho o viene dificultando mucho mi recuperación mental y emocional. (Grupo focal, discapacidad psicosocial, Bogotá).

Las barreras a la inclusión en el SGSSS tienen una relación bidireccional con las demás barreras que *hace parecer como si todas se movieran alrededor de ésta*. El *hace parecer* en cursiva es a propósito, pues, aunque en los testimonios se reconoce la centralidad de las estas barreras, esta aparente centralidad es mucho más plástica y dinámica de lo que se sugiere a simple vista. Estamos acostumbrados a que el sector salud sea el rector de los temas de salud mental, tanto así que asociamos todo a él. Esto ocurre tanto con ellos, los participantes de la investigación, como con nosotros, los investigadores.

10.3.2 Barreras actitudinales

Las barreras actitudinales son transversales a los diferentes ejes de exclusión que se están evaluando. Por ello es importante partir de una definición que permita tener claridad en el uso de los conceptos:

Corresponden a las actitudes, ideas y prejuicios de las personas, con o sin discapacidad, cuyos efectos son los de excluir directamente o los de impedir, por omisión, el acceso real y en condiciones de igualdad a los derechos, a los servicios públicos y a las oportunidades sociales.(Ministerio de Comercio, 2017).

Es decir, la actitud es bidireccional y puede venir de la persona con discapacidad, pero también de su entorno, de su familia o de los servicios del Estado. Esta definición es útil para abrir la discusión sobre los actores en el SGSSS que se relacionan con las personas con discapacidad psicosocial y con aquellas que requieren servicios del Sistema en salud mental. Estas falencias suelen replicar el esquema argumentativo del estudio citado, que caracteriza las barreras actitudinales (González et al., 2016).

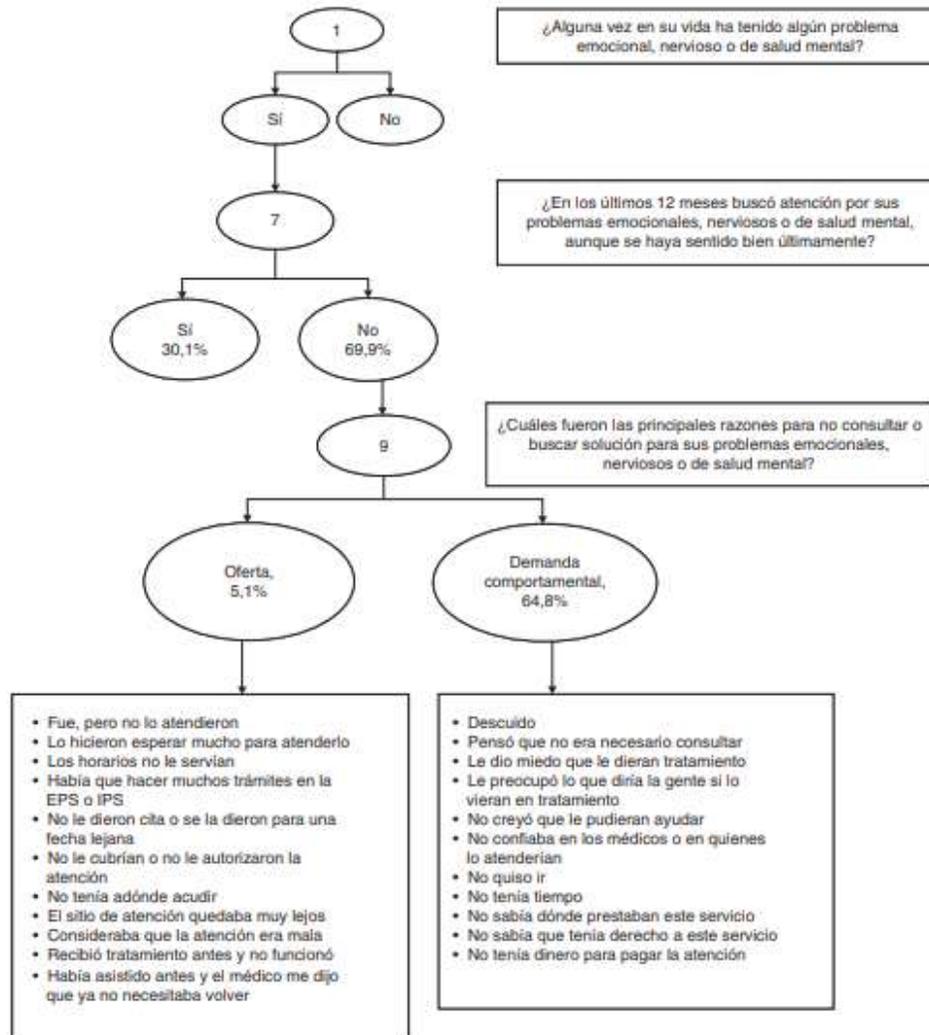


Figura 1 – Esquema que determina la población objeto de análisis y la clasificación de las barreras de acceso.

Parte de las figuras que resaltan en la investigación realizada sobre la base de la Encuesta Nacional de Salud Mental son elementos que se repiten durante el desarrollo del texto. Hay de tipo de autocuidado (descuido, pensó que no era necesario consultar), como de estigma (le dio miedo que le dieran tratamiento o lo que debía decirle a las personas cuando preguntaran por su medicación), como de corte más estructural (no confiaba en médicos o no sabía dónde lo prestaban, si tenía ese derecho o dinero para pagarlo).

Como se mencionó en el inicio del presente texto, las barreras actitudinales hacen parte importante de la forma en la que los pacientes se relacionan con los sistemas de salud. El 81% de los participantes señala que la barrera actitudinal que aparece con mayor frecuencia es la incomodidad para hablar de sus emociones, sentimientos o pensamientos (Salaheddin & Mason, 2016). Esta dificultad para hablar de sentimientos o emociones y de cohibirse de atender a los servicios de salud tiene muchos elementos importantes, el primero de ellos tiene que ver precisamente con el personal médico. Las actitudes del capital humano del sector dificultan que las personas accedan a los servicios de salud mental:

Entonces pedí una consulta con el director de la clínica y toda esa vaina, y el man me mamó gallo y me trató feo (...) me trató como un imbécil. (Entrevista, Bogotá).

Yo tengo que conozco en Barranquilla, todos los lugares psiquiátricos, he estado en alcohólicos anónimos, fui a la Alcaldía que tienen un programa y nunca conseguí, nunca conseguí que me ayudaran en el problema de mi esposo, jamás, porque siempre me decían que todavía yo no lo podía internar en ningún lado porque él no estaba del todo loco. (Grupo focal, familiares y cuidadores, Barranquilla).

Esta exclusión es un híbrido con dimensiones de capital humano y de barreras administrativas. En las segundas se ahondará después, en este momento se pondrá de relieve únicamente el componente actitudinal. La primera cita arroja luces sobre la actitud del personal médico frente a la salud mental y la reacción que se genera desde las

personas que fueron entrevistadas. Si bien no se ahonda en las razones por las cuales se le “mamó gallo” al entrevistado, es interesante la parte del final de la frase, donde dice enérgicamente que lo trató de una mala manera y que de allí deviene una distancia entre paciente y servicios médicos. Parte de la incomodidad de expresar sentimientos y emociones deviene de falta de empatía del personal médico.

El segundo testimonio ilustra otro componente transversal en el material, y que será recurrente en este análisis: menospreciar la salud mental y los problemas de salud mental. En este caso es doblemente relevante, ya que no sólo se reduce la relevancia de los problemas de salud mental del paciente, sino que se le reclama que “debe estar peor” para poder acceder a estos servicios. Esto segundo deviene en concepciones por parte del paciente de los servicios médicos como *una tragedia* a la que sólo se acude en momentos críticos. Por otra parte, reducir la relevancia también es un factor importante a la hora de sentir incomodidad por hablar de sentimientos. Banalizar, en última instancia, es una posición que sea del paciente o del personal médico se transforma en una barrera con mucho peso a la hora de expresar sentimientos y pedir ayuda.

Hay que tener claridades frente a los tipos de barreras a los que se enfrentan las personas en el aspecto de servicios de salud. En una investigación conducida por los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia (2015), se llegaron a las siguientes conclusiones:

“El adecuado acceso a los servicios de salud mental requiere, además de las instalaciones propias, la disponibilidad de espacios y servicios que disminuyan las barreras, las cuales pueden ir desde el miedo a solicitar el servicio por el estigma de la enfermedad mental hasta la

adherencia a los medicamentos y las actividades del seguimiento continuo necesario para el tratamiento oportuno de las afecciones”.(González et al., 2016, p. 91).

Es importante antes de pasar por el análisis de lo intrínseco resaltar que las barreras son, como lo dice la cita, de carácter transversal y durante el texto se irán encontrando de diferentes tipos, incluso la del medicamento, de manera explícita. Sin embargo, para este momento se debe hacer relieve en la parte donde se acusa al miedo para no pedir ayuda. Sobre su relación con el estigma se ahondará más adelante.

Por el momento interesa ahondar en el personal. No darle la relevancia que requiere a la salud mental es causa y consecuencia de una falta de preparación del talento humano y de un desconocimiento de este:

Al desconocimiento y la falta de información generales básico, pero lo más triste es que ese desconocimiento parte desde el mismo sistema de salud (...). Los mismos profesionales de la salud tienen un desconocimiento total, de lo que es salud mental, y no tienen ningún manejo, ni ningún conocimiento. (Grupo focal, familiares y cuidadores, Bogotá).

Es decir, esta arista del problema tiene una particularidad y es que tiene carácter cíclico, es decir: se alimenta a sí mismo y se alimenta de sí mismo. Poco conocimiento y difusión de los temas de salud mental puede devenir en que el personal médico no tenga en cuenta la relevancia de la salud mental, y, por el contrario, la poca relevancia que se le otorga dificulta que el capital humano se capacite en salud mental.

Además de estas actitudes de los profesionales de la salud en general, también se esgrimen críticas de los participantes frente al capital humano especializado, es decir, psicólogos y psiquiatras.

Le decía a la comunidad que le está dando esa charla, ustedes son brutos, ustedes son montunos, ustedes no saben vivir en la ciudad, ustedes vienen es a lidiar el caballo, el burro, el cerdo, el no sé qué, un día me tocó pararla y decirle, ¿usted es psicóloga? Porque es que usted de psicóloga no tiene nada porque es que a usted no la pusieron aquí para que nos venga a insultar, usted la pusieron aquí para que de una charla de convivencia. (Grupo focal, víctimas, Barranquilla).

Una médica, muy mal, una médica laboral, perdóneme la expresión pero de ética no tenía nada, entonces en eso yo ya estaba con depresión, pero yo no me había internado acá, sino que había venido a una valoración por psiquiatría pero yo estaba en psicología, y entonces ella me dijo a mí, así como me escuchan que yo debía decidir si iba a seguir llorando y si iba seguir deprimida y que si me iba a echar a morir porque yo tenía que entender que yo tenía un hijo adolescente y que los adolescentes ahora son muy rebeldes y que yo no podía a él volverlo depresivo incluso llevarlo a suicidio. (Grupo focal, discapacidad psicosocial, Pasto).

Si bien no es posible generalizar estos comportamientos carentes de conocimiento y humanización, enlazado con los comentarios previos sobre la aparente hostilidad del

personal médico con los problemas de salud mental, esto amerita una alarma. Más allá de cuestionar los conocimientos y la actitud humanizada del capital humano, que es necesario, con estos testimonios buscamos más hacer énfasis en las condiciones de exclusión que esto propicia en los pacientes. El testimonio anterior, de una víctima, evidencia poco respeto de los profesionales hacia los pacientes, acto al cual la paciente en cuestión responde con confrontación.

Estos casos, más allá de si son aislados o no, pueden generar dinámicas que dificulten la empatía con los servicios de salud frente a las problemáticas de salud mental, provocando que estos espacios no logren posicionarse como una alternativa para las personas. De esta misma manera, se establecen críticas al saber psiquiátrico por parte de las personas entrevistadas, sobre todo en el apartado farmacológico.

Yo llego a las reuniones de la asociación que hoy en día nos ayudan psiquiatras y llega la gente y cuenta, ¿cómo le fue en esta semana? No, que tuve una recaída, que tengo esta maluquera, la primera pregunta del psiquiatra cuál es ¿qué pepas está metiendo? No doctor, la pregunta no es qué pepas está metiendo, pregúntele: ¿qué le causó la recaída? (Entrevista, Bogotá).

No hay rehabilitaciones en ningún lado, no hay, a ti te mandan con un poco de medicamentos y lo que diga el psiquiatra es ley, entonces, cada vez que hay crisis te aumentan más el medicamento, pero no hay ninguna intervención psicosocial donde la persona pueda tener un acompañamiento. (Grupo focal, familiares y cuidadores, Bogotá).

Pero la mayoría de psiquiatras están formados por la academia y es solamente farmacoterapia, hermano usted venga tiene esto, tómese esto, tiene esto tómese esto, no olvídense de esa vaina, usted tiene esto, ah ok, tómese esto, pero también tiene que hacer esto y esto.
(Entrevista, Bogotá).

De nuevo, es importante tener en cuenta que el énfasis de esta investigación es en barreras a la inclusión y en estigma, no en una discusión sobre si los medicamentos son o no adecuados para los tratamientos psiquiátricos. Sin embargo, tanto la medicación en sí como la “medicación y ya” se establecen como barreras a la hora de una persona acceder a los servicios de salud mental. Se les demanda a los psiquiatras y al personal especializado que los atiende de utilizar otras estrategias de su repertorio de acción. En la primera y la segunda cita se puede evidenciar ello claramente, sin embargo, la última tiene un componente extra de formación. Se les demanda más que dejar los medicamentos, hacerlos con un acompañamiento más integral, tanto en consulta como en la realización de las actividades de la vida diaria.

Las barreras actitudinales también pueden ser responsabilidad de los pacientes, las que denominaremos barreras actitudinales “intrínsecas”, para diferenciarlas de las barreras del entorno que las denominaremos “extrínsecas”. En este sentido, aunque las referencias son pocas, es importante ponerlas de relieve.

Entonces, cuando van a conseguir puesto les preguntan: ¿usted ha ido al psicólogo? No, no, no, yo jamás, eso para qué si yo soy equilibrado.
(Grupo focal, público general, Bogotá).

Si bien este *verbatim* puede hacer parte de la concepción de salud mental, es importante traerlo a colación. Las barreras actitudinales intrínsecas tienen un componente de considerar a la salud mental como poco importante (de nuevo, el leitmotiv de esta sección), pero también de oponerla al estado de enfermedad. Es decir: si uno es una persona “equilibrada” no requiere de salud mental, ni de preocuparse de ella, ni de prevención. Esto se traspasa a la exigibilidad al Estado:

Los servicios, si las personas los llegan a poder acceder, no son aceptables, digamos culturalmente, no hay proceso de adecuación técnica cultural de los servicios a estas visiones y a estas realidades. Y bueno, pues digamos que, generalmente, las intervenciones que hay son episodios agudos si es que llega a haber una intervención y, de ahí para adelante, pues nada, no hay acompañamiento. (Entrevista, Bogotá).

Esta poca identidad con la salud mental en las comunidades y de la intervención en casos agudos podrían prevenirse con mayor adaptabilidad cultural de los modelos y con más sensibilización en los temas de salud mental. Hay aquí una apreciación necesaria que está por fuera del material. Hubo durante los grupos focales cierta sensación para los participantes de que ir al psiquiatra era “ser derrotado”. Ese tipo de concepción de la salud mental se entrelaza con estas actitudes como barrera: no se asiste porque no hay reconocimiento con ellos, pero también porque se dice que “yo no necesito eso”, “yo soy fuerte” o simplemente “yo para qué”. En este sentido, es un tipo de barrera porque “muchas personas también creen que el problema se resolverá a sí mismo e intentan manejarlo sin ayuda externa”.(Vicente, Saldivia, & Pihán, 2016, p. 58).

Esto muestra un tipo de actitud frente a los servicios de salud caracterizada por ser reticente y poco abierta. Es decir, la actitud desde la que parten las personas y las experiencias con las que se han encontrado han hecho que no haya una buena reputación del medio médico entre pacientes y familiares/cuidadores. Esto produce y reproduce estereotipos que pueden ser nocivos para las personas que requieren de servicios de salud y no los han usado.

10.3.3 Barreras administrativas

Muy de la mano de las barreras actitudinales, las personas participantes de la investigación encontraron barreras de tipo administrativo y burocrático en su inclusión en salud mental. El actor principal de esta barrera continúa siendo el SGSSS, dadas sus características de herramienta reguladora de la administración en salud, como se menciona en el texto de González, et al, citado anteriormente (2016). Frente a él los testimonios sugieren que hay falencias que sufre el Sistema en general, pero que es importante mencionar de cara a que se articulan de nuevas maneras con el tema de salud mental.

La primera de ellas es la oportunidad en la atención. Esta se presenta de varias maneras, la primera de ellas es la más común al sistema, y es la demora de las citas:

Hoy en día usted va a pedir las pinches citas y las citas se las dan cada tres meses, usted va y pide los medicamentos y le maman gallo que no tienen, no, (...), la ley de salud mental la hicimos y no la han implementado en nada. (Entrevista, discapacidad psicosocial, Bogotá).

Además, en algunos casos la complejidad del manejo del sistema y posibles malos manejos dificultan el acceso a la salud mental y la oportunidad en las citas:

*Necesitaba una cita, no me dieron citas, a pesar de que yo me afilié en el seguro social desde 1977 y en el año 99 me decían que yo no estaba afiliado, entonces la EPS⁵ me negó la consulta. Del 99 a julio 3 del 2000 en este tiempo me negó, 10 veces me negó, íbamos y pedíamos ayuda médica, me daban la certificación de que sí estaba afiliado, iba a pedir la cita y no, “no le podemos dar cita, porque usted no está afiliado”. “Pero, señorita ahí está la certificación de ustedes mismos que dice que yo estoy afiliado”. “Ah no, usted no aparece como afiliado”. Un drama horroroso, cuando me encerraron por segunda vez ahí si mi mujer puso una tutela y ahí la EPS⁶ empezó a hacerse cargo mío.
(Entrevista, Bogotá)*

Finalmente, la oportunidad para las citas también es afectada por la falta de información frente al acceso en salud:

Barreras en la relación de orientación de los especialistas hacia lo que pasaba, o sea sí, una muy buena atención especializada, pero eso no llegaba por ejemplo a mí o al resto de los familiares de qué hacer, o cómo era el proceso.

⁵ Modificado para preservar anonimato

⁶ Modificado para preservar anonimato

Estos retos en oportunidad de citas son transversales al Sistema de Salud, sin embargo, es importante mencionarlas. Otra dificultad en general a la que se enfrenta el SGSS y que se replica en el campo de la salud mental tiene que ver con la corta duración de las citas. En especial para estos casos, donde se requiere de un acompañamiento constante. Los cortos tiempos de la cita le hacen sentir a las personas que no es suficiente para entender la profundidad de las situaciones a las que se ven arrojados.

Si uno habla con psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, etcétera, que es muy difícil de que una atención adecuada se pueda brindar en un tiempo tan escaso como 15 o 20 minutos o 30 minutos dado que es una interacción humana y que el método diagnóstico prevalece todavía en lo que tiene que ver con salud mental en la entrevista. Y el proceso de entrevista requiere un tiempo ¿no? (Entrevista, Bogotá).

Otra razón por la cual las personas sienten barreras en el SGSSS tiene que ver con el concepto de salud mental que se maneja. Si bien esto puede parecer quisquilloso o excesivamente teórico, conceptos distintos generan prácticas y acciones en las instituciones del Estado que pueden ser propicias para la exclusión. Hay un abanico diverso de opiniones frente a falencias en la conceptualización de la salud mental en el material. Es primero es la separación entre la mente y el cuerpo:

La principal barrera es que el sistema de salud no tiene incorporado el concepto de salud mental, aunque el mismo sistema de salud ha proferido la separación, la segmentación entre salud física y salud

mental. Todo lo que se llama servicios de salud mental está bastante fragmentado. (Entrevista, Bogotá).

Esta separación tajante entre mente y cuerpo prioriza al segundo, y hace que los profesionales de la salud se enfoquen en resolver los problemas de salud física y no tengan en su repertorio acciones para mejorar la salud mental de los pacientes. Esta división, que no se trata de polemizar acá, tiene también consecuencias en términos de exclusión:

La salud mental realmente ha tenido que separarse, pero es una separación que al inicio es para mí, en mi modo de ver es para excluirlos y estigmatizarlos como grupo, como subgrupo de la salud. (Entrevista, Bogotá).

Las enfermedades mentales son las únicas que se castigan y nunca se tratan, se condenan, se castigan y se juzgan, eso ha sido tradicionalmente y sigue pasando desde el Estado y desde el sistema de salud. (Grupo focal, familiares y cuidadores, Bogotá).

La salud mental carga con una valoración negativa para los entrevistados. Dicha valoración hace que la separación entre mente y cuerpo (salud mental y salud física), que es obvia en el campo médico, tome formas extrañas en el campo de lo social. Se articula como una barrera para el acceso la forma en la que la población percibe que las instituciones de salud trabajan con los temas de salud mental, y que ellos no quieren que dicha marca se les transmita.

Si bien el objetivo del presente texto no es realizar un análisis a profundidad de la discusión mente-cuerpo, es importante enunciarla de cara a situar la presente discusión en un espacio teórico. Para ello es necesario mencionar que la división entre cuerpo y mente, tal como la conocemos, tiene raíces occidentales, y suele darse de la mano de una degradación del mundo del cuerpo y una exaltación de la mente (Stolkiner, 1988). El contexto judeocristiano otorga marco de significado a estas acciones. En este sentido, es difícil comprender la salud mental como un estado que abarca tanto lo físico como lo espiritual y lo emocional, que deben ser tenidos en cuenta. Por ello es importante poner de relieve cuando en el material se niega una separación tan tajante entre los dos puntos. Para una entrevistada experta ello tiene mucho que ver con la forma en la que se concibe, desde el diseño, las estrategias pensadas para abarcar la salud mental desde un espacio multidimensional:

Seguimos pensando que hay psico, hay social, hay biológico, hay una discapacidad física... y esa fragmentación del humano yo personalmente siempre he peleado mucho con eso, porque pienso que todo ese enfoque biopsicosocial es la imposibilidad de unir tres mundos y tres lógicas que son completamente distintas y cuando uno habla de los biopsicosocial entonces se le olvida lo histórico, lo económico, lo político, lo artístico... porque igual eso también está en lo humano. (Entrevista, Bogotá).

Esta necesidad es replicada por una persona con una discapacidad psicosocial, que vuelve a hacer énfasis en la necesidad de la intervención desde todos los flancos:

No solamente buscamos ayuda de la EPS⁷ sino de psiquiatras, aquí son los magos, brujos, exorcistas, bioenergéticos, curas, todas esas cosas⁸, de todo, y aquí ya empezó el sistema médico y los mejores psiquiatras de Bogotá, los mejores, el doctor no sé qué⁹, ninguno me informó que yo era bipolar.

La interacción entre estas tres dimensiones de la vida individual es un claro reto para las personas y la salud mental, ya estén del lado de las instituciones de salud o de los pacientes. Dichas limitaciones se transmiten a la población en la forma de encontrar lejana a la institución o a los servicios de salud mental a las problemáticas locales. Este, el último de los puntos de las barreras administrativas, está en esta dimensión por las características con la que es enunciado en el material:

Yo sí pienso que digamos ni las entidades, ni el Estado, ni las organizaciones, le han dado la importancia que requiere la salud mental, porque la verdad yo pienso que ese un tema tabú, que muchos quieren esconder. Y entonces, por ejemplo, cuando se habla de un sistema de salud, hay actividades de promoción y prevención, pero siempre es promoción y prevención física, nunca enfocan a la salud mental, lo mismo las empresas, las ARL, siempre van a actividades de promoción y prevención que son las vacunas, que son solo esto. (Grupo focal, discapacidad psicosocial, Pasto).

⁷ Modificado para preservar anonimato

⁸ Modificado por uso de lenguaje soez

⁹ Modificado para preservar anonimato

La falta de promoción y prevención en salud mental es una barrera de información, pero también una barrera administrativa, pues se demandan al sistema garantías para la salud mental de la población. Sin embargo, los programas de promoción y prevención, o mejor, su escasez, hacen sentir al sistema y a la salud mental como problemas foráneos, de otras personas.

Dicha distancia que se siente entre las necesidades de la población y las formas en las que ofrece soluciones del SGSSS son más agudas en la población víctima del conflicto armado, pues ya no se siente como un tema tabú o como falta de promoción y prevención, sino como falta de empatía con las víctimas. Los testimonios son muy dicentes y quisiéramos tomar para ejemplificar algunos fragmentos de cuatro entrevistas diferentes:

Los métodos, no cambian, eso no puede ser una consulta “oiga, venga y me cuenta” o “venga a consulta o “¿qué le duele?” no puede decir qué le duele cuando yo llevo 20 años de dolor en mi cuerpo, cuando vivo, usted qué va a saber, usted con un papel y cinco años de universidad, usted qué va a saber que el río que atraviesa por mi casa llevaba las cabezas de los muertos con una motosierra, usted qué va a saber y si yo se lo cuento, usted qué va a hacer. (Entrevista, Bogotá).

Y eso lo encuentra uno cuando atiende personas que han estado, que han sido víctimas del conflicto porque desde las instancias gubernamentales siempre existe la tendencia a ser como un modelo muy de replicar en todas partes y se le olvida la adaptación y la pertinencia cultural. Y eso es una dificultad grandísima que uno encuentra cuando ha tenido la oportunidad de entrar en contacto con

estos grupos, muchos me dicen: ¡No, aquí han venido no sé cuántas organizaciones! Pero se quejan siempre de que no hay un entendimiento de las necesidades de ellos. (Entrevista, Bogotá).

Usted que no conoce la región, usted que no conoce el territorio, usted que no lo ha vivido, que ha estado en un escritorio, ¿me viene a intervenir a mí? (Entrevista, Bogotá).

Nadie está preocupado por la salud mental de las víctimas, todos hablan y ninguno hace nada, solamente pañitos de agua tibia, las víctimas lo necesitan cuando lo del famoso PAPSIVI que es un formato que llega a su casa y les hacen una serie de preguntas y anotan y ya, aquí hay más allá de ese formato, porque es que la persona tiene que tener un tratamiento efectivo. (Entrevista, Bogotá).

En este momento hay que hilar fino, pues no es el objetivo de los investigadores desacreditar las opiniones de las víctimas, sino tratar de ofrecer elementos de análisis con el cual enriquecer sus testimonios. Esta posición mucho más empoderada y demandante puede tener que ver con el ejercicio de exigibilidad de derechos de las víctimas del conflicto armado. A su vez, puede haber aquí un sesgo en la población, pues para la investigación se contactaron grupos de víctimas organizadas. Las víctimas organizadas reclaman en los testimonios un acompañamiento por parte del Estado y los servicios de salud mental que sea empático con sus experiencias.

Para otro tipo de población, es preocupante que la relación que se tiene en los estratos socioeconómicos altos frente a la salud mental no pasa por el SGSSS. Esta práctica resultó

interesante en las discusiones del equipo de investigación luego de la realización de los grupos focales, donde se encontraba una clara diferenciación entre dichos espacios:

Porque si bien el psiquiatra fue muy comprensivo con ella y muy abierto a hablar conmigo, de todas maneras, eso es algo muy limitado, como una consulta, etcétera (...) No, para que, ninguna. Pero ninguna, pero porque yo no utilicé el sistema de salud inicialmente, sino consultas privadas, entonces pues barreras no hubo. (Entrevista, Bogotá).

Este tipo de relaciones turbias con el SGSSS se saldan de distintas maneras dependiendo de las poblaciones, pero siempre se comportan como barreras para el acceso de las poblaciones a los servicios de salud mental. Para recoger, la población se distancia de las instituciones por barreras administrativas asociadas a falencias del sistema en general (oportunidad y duración de las citas), por oportunidades de mejora frente a la salud mental (donde se demanda un concepto más amplio de la misma) y, por último, por un sentimiento de lejanía o de falta de empatía con las poblaciones.

Finalmente, una barrera administrativa que es transversal y frente a la cual sólo hay un testimonio, que es muy diciente, denuncia las falencias del personal médico al enfrentarse a este tipo de situaciones. Concretamente, con la falta de un servicio de urgencias psiquiátricas y poca sensibilidad frente al tema en las salas de urgencia no-psiquiátricas:

En Colombia no existen las urgencias psiquiátricas, algo tan elemental como eso, yo he salido con mi mamá a las 3 de la mañana, mi mamá pegándome, mi mamá tirando cosas en la casa, mi mamá en una crisis terrible y tú llegas a unas urgencias

y te dicen váyase pa' su casa (...). O sea, como te digo eso es del sistema de salud de Colombia, estamos tan poco preparados para las enfermedades psiquiátricas que no existen las urgencias psiquiátricas. (Grupo focal, familiares y cuidadores, Barranquilla).

10.3.4 Barreras económicas y geográficas

Esta última sección es cercana a las sensaciones del subtítulo anterior donde son barreras que son del sistema en general y no de acceso a servicios de salud mental. Sin embargo, es importante dejarlas explícitas y buscar las maneras en las que se articula con la salud mental en concreto. La primera acaba de ser enunciada, y es el costo de salir del SGSSS para poder acceder a servicios de salud mental de forma privada:

Desde el punto de vista personal, digamos lo que yo hice en el caso de mi hija fue buscarle apoyo de especialistas en el tema justamente de atención psicosocial y fue, yo no puedo decir que no, fue altamente exitoso. Ahora qué barrera había ahí, que eso fue privado, o sea que eso lo pago la familia, y lo sigue pagando y con profesionales psicólogos y psiquiatras altamente competentes. (Grupo focal, familiares y cuidadores, Bogotá).

Cualquier otra cosa que tenga relación con salud mental es procesada de manera distinta y la gente lo asume en forma diferente y la sociedad también, la solidaridad que manifiesta es distinta. Sin embargo, estas personas de acuerdo con tus ingresos económicos y tu posición social, entre más elevada sea es más posible que primero,

recibas una atención oportuna, adecuada, pertinente y que puedas recibir algún grado de solidaridad de tu grupo en mejores condiciones.
(Entrevista, Bogotá).

La mandaron a donde el psiquiatra, el psiquiatra apenas habló con ella se dio cuenta que estaba mal, le mandó pastillas para 3 meses, tráiganla dentro de tres meses, eso fue todo el apoyo que tuvimos en Sura, por eso tuvimos que buscar algo afuera porque la EPS aquí no brinda ningún apoyo. (Grupo focal, familiares y cuidadores, Barranquilla).

Como se puede evidenciar, dichas preocupaciones son especialmente agudas entre los grupos de familiares y cuidadores principales de personas con discapacidad psicosocial. Además de ser una consecuencia de las barreras administrativas, se articulan como barreras económicas en la medida en la que exigen pagos que no están al alcance de todas las personas:

En la medida que uno va bajando en esa escala socioeconómica la cosa se va empeorando y al acceso a los servicios se vuelve distinto y además la solidaridad también se va extinguiendo. (Entrevista, Bogotá).

¿Dónde va a recurrir esa gente?, a una EPS, a un SISBEN, o sea que le puedo ofrecer a esa gente para sacar a una niña que han violado, de esa depresión. (Grupo focal, población general, Pasto).

Es interesante cómo esa percepción trasciende de los cuidadores y familiares a la población general, quien considera de cualquier manera que encontrar citas en la EPS (problema de oportunidad) es tan complicado que se ven arrojados a la necesidad de buscar ayuda privada. Este proceso es heredado del Sistema en general, pero se articula de formas preocupantes en el caso de la salud mental.

A su vez, y para finalizar esta barrera, están los problemas de acceso que se derivan de la dispersión de algunas poblaciones del país.

A mi hermana la mandaron a donde la médica laboral en Bogotá, la psiquiatra en Bogotá, la psicóloga en Bogotá, lastimosamente me da pena decirlo, pero muchas veces las persona que han estudiado, yo pienso que la mayoría de las personas que son estudiadas, los médicos, los psicólogos, los laborales, muchas veces pienso que lo hacen no porque les haya gustado la carrera simplemente lo digo yo que lo hacen por la plata porque en esos dos días que estuvimos en Bogotá la trataron de la manera más dura. (Grupo focal, familiares y cuidadores, Pasto).

Fue un lugar muy alejado y... de la cabecera municipal y pues donde ni siquiera nosotros sabíamos, ¿qué función podía cumplir un psicólogo allá? (Grupo focal, afrodescendientes, Manizales).

Estas particularidades son también heredadas del SGSSS en general, y no adquieren formas especiales en el tema de salud mental. Sin embargo, es necesario mencionarlas y no desconocerlas.

10.3.5 Barreras sociales

Además de las barreras con el SGSSS y del acceso a los servicios de salud mental, hay barreras de tipo social que también se configuran como un obstáculo. Se diferencian de las primeras porque no median al SGSSS ni a su personal médico. Es decir, es la interacción social entre personas que se configuran como barreras. Dentro de ellas se encuentran las barreras familiares, sin embargo, por lo específico de este término, será tratado en el siguiente apartado.

10.3.5.1 Discapacidad psicosocial

La primera barrera social tiene mucho que ver con las actitudinales en salud, pero se desprende de la connotación negativa que tiene la discapacidad psicosocial y las enfermedades mentales en el corpus de lo social. Es así como las personas que sufren de alguna enfermedad de este tipo o requieren apoyo psicológico/psiquiátrico deben enfrentarse al estigma que genera rechazo en sus comunidades y ambientes cercanos. El primero es el ambiente educativo, donde es especialmente enfático en los niños y niñas:

Lo rechazaban los compañeros, lo criticaban, y fue tan, tan difícil que estuvo a punto del suicidio, dijo que ya no quería vivir más, que no soportaba tanto, que no soportaba el rechazo, la burla, todo lo que le hacían, y estuve en una situación muy difícil con él y estuvo a punto de quitarse la vida mi hijo. (Grupo focal, familiares y cuidadores, Bogotá).

Y la sociedad es para mí una barrera muy grande, precisamente por lo que ellos desconocen la situación o lo que es mi hijo, entonces siempre ha habido como ese rechazo, siempre lo han rechazado. (Grupo focal, familiares y cuidadores, Bogotá).

Desde muy pequeño ha tenido problemas en el colegio, desde que nació lloraba mucho, la mamá se fue y lo dejó mi hijo lo cogió y no tenía paciencia hombre, tenía que trabajar y al fin lo cogimos mi hija y yo, y el niño desde pequeño siempre tenía un rechazo tanto en el colegio, como con los vecinos, como con la familia porque él tiene trastorno de la conducta y las emociones entonces es muy dado a pelear, a llorar mucho, a gritar. Y esta parte la gente, ni la misma familia la comparte entonces que me han dicho a mí todo el tiempo: “Usted es una alcahueta de él porque no lo levanto a palo o a rejo”. (Grupo focal, víctimas, Barranquilla).

A su vez, para las personas mayores de edad y sus cuidadores el entorno donde se los margina suele ser el comunitario:

Cuando a ti te dicen no es que yo tengo un problema, todo el mundo te hace aparte, no encuentras como ese apoyo en incluso personas muy cercanas y empiezan como a juzgar a decir, usted está como corrida, qué pasó, o haz de cuenta que tú no tienes nada, que no sé qué, que, porque te van a mirar con otros ojos, más bien no digas nada, haz de cuenta que tú estás bien, es esa marca que le colocan a uno y cambias

a los ojos de las otras personas. (Grupo focal, población general, Manizales).

10.3.5.2 Salud mental como relaciones sociales

Esta situación se ve agravada por las características propias de los problemas de salud mental y del relacionamiento en los mismos. En la siguiente entrevista a profundidad, una experta en temas de salud mental describe de manera muy clara la relación entre la salud mental y el relacionamiento.

Los problemas reales de la salud mental son los problemas de las interacciones sociales, o sea, el centro de la salud mental son las relaciones y una ética de las relaciones en las cuales hay un cuidado por los demás, por el entorno (...) pero creo que todavía no hemos llegado a esa concepción de salud mental que haga que las personas piensen en salud mental. O sea, entonces esa barrera diría que la barrera más importante tiene que ver con lo cultural o sea con la concepción que tenemos de salud, de enfermedad, de trastorno, de ayuda, de soporte, de servicios, etcétera. (Entrevista, Bogotá).

Esta dificultad para el interrelacionamiento dificulta la interacción de las personas con alguna enfermedad mental y se convierte en una espiral que puede generar exclusión.

Pues sobre todo interrelacionarme con demás personas para mejorar como el psiquiatra me dice: tienes que hablar, tienes que tener amigos, tienes que... pero digamos cuando uno a veces intenta compartir como

su historia de vida a veces se toma como una burla y eso es como que a uno peor le frustra. (Grupo focal, víctimas, Bogotá).

Pues yo, digamos, trato de, trato de vincularme con la sociedad, pero siento un rechazo, eh... cosa que peor me revictimiza, que me... ¿sí? o sea que hace como que yo mantenga encerrado, que no quiera salir. (Grupo focal, víctimas, Bogotá).

10.3.5.3 La marca

El aislamiento puede tener muchas razones, sin embargo, la principal es la marca con la que deben cargar las personas con discapacidad psicosocial y las pocas herramientas que tienen sus allegados para abordar estas problemáticas. Esto es, en parte, porque en el escenario público la discapacidad psicosocial y la enfermedad mental no figuran. En el siguiente testimonio, del público en general, se puede ver cómo tampoco comunitaria e individualmente se tienen estrategias para apoyar a familiares, amigos o conocidos que tengan esta clase de problemáticas:

Su energía era muy negativa, o sea, me transmitía tristeza. Entonces cada vez que yo compartía con él, me ponía triste a mí; entonces, a pesar de que yo lo quise ayudar, de contarme todas sus cosas, todo detalladamente, o sea llegaba un paso que uno también tiene sus cargas y eso o sea creo que de cierta manera afecta también a uno. (Grupo focal, público general, Pasto).

A estos procesos se suman la discriminación por estigma que sufren las personas con discapacidad. Si bien esta no es la sección de la investigación que se encarga del estigma, hay una arista en particular que es importante tocar. El estigma se convierte en una barrera social para el acceso a servicios de salud mental y para la inclusión de las personas con discapacidad psicosocial en la medida en la que construye una narrativa de quién es el loco y cómo él o ella actúa.

Hay una particularidad, y es que la salud mental es un ámbito del que no se habla, que no ocupa el espacio público y que por ende está rodeado de mitos que pueden dificultar que las personas se acerquen o pidan ayuda. Es este sentido en el cual el estigma y las barreras sociales a la inclusión se intersecan, y el que pretendemos desarrollar.

En primera medida, se tomarán los casos en los cuales las personas problemas de salud mental sufren de discriminación y las razones.

Cuando a ti te dicen no es que yo tengo un problema, todo el mundo te hace aparte, no encuentras como ese apoyo en incluso personas muy cercanas y empiezan como a juzgar a decir, usted está como corrida, qué pasó, o haz de cuenta que tú no tienes nada, que no sé qué, que, porque te van a mirar con otros ojos, más bien no digas nada, haz de cuenta que tú estás bien, es esa marca que le colocan a uno y cambias a los ojos de las otras personas. (Grupo focal, público general, Manizales).

Aunque todo mundo podría decir que le dio un infarto, que sufre de hipertensión, que tiene diabetes o que le diagnosticaron un cáncer y

eso genera solidaridad. Cualquier otra cosa que tenga relación con salud mental es procesada de manera distinta y la gente lo asume en forma diferente y la sociedad también, la solidaridad que manifiesta es distinta. (Entrevista, Bogotá).

La primera cita referencia un claro caso donde el estigma se estructura como una barrera social para la inclusión. El juicio y el rechazo parecen ser las primeras opciones para el círculo cercano del primer testimonio. La persona opta, frente a este panorama, por ocultar lo que le pasa, por tratar de no dejarse afectar por ello y por esconder dicha “marca”. Esta “marca” es precisamente la que hace distinto, para el segundo testimonio, el tener una hipertensión a sufrir de una enfermedad mental. Cuando dice que puede hablar libremente de problemas de salud física y, lamentablemente, no se puede hablar con tal libertad de la salud mental.

La marca – la barrera estigma

El “estigma” es calificado por su nombre en algunos testimonios. A continuación, se reproducirán dos de ellos:

Hay partes que a ella la rechazan, hay vecinos que rechazan eso y creo que no debe ser así, con una persona como esa uno tiene que apoyarla más (...) A ella en la casa siempre me la trataban mal, me le decían que era loca, me le decían de cuantas cosas, ella a veces salía para donde la prima, para donde la amiga y ahí se ponían a ponerle cebo. (Grupo focal víctimas, Barranquilla).

Como 2 o 3 niños que se metieron conmigo, fue en los meses pasados, quien se metió conmigo, que me estaba arremedando como yo hablo, entonces yo de la rabia le metí una cachetada porque a mí me choca que se burlen de mí, a mí me da mucha rabia es y pienso muchas cosas muy feas, voy a matarme, a cortarme a todo eso, porque eso es muy feo que se burlen a uno, porque como habla, porque como aquello, que como lo otro y me siento muy mal. (Grupo focal, discapacidad psicosocial, Bogotá).

La estigmatización y el señalamiento (tanto a nivel social-comunitario como a nivel individual) representan una fuerte barrera para las personas que participaron de los grupos focales. En el primero se evidencia una clara limitación de la inclusión. En el segundo hay una clara frustración, por parte del participante, de no poder borrar su marca. La estigmatización hace que por rasgos físicos o de comportamiento sea etiquetada una persona en una categoría. Cuando el participante refiere rabia e ira al no poder ocultar sus dificultades para hablar (y la mofa que le hacen sus compañeros), hay un rechazo a la marca que le es impresa por parte de ellos. No es que hablar mal esté mal, es que considerar que está mal permitía a sus compañeros de colegio discriminarla y reírse de ella.

La barrera estigma – estar loco

Sí, a nivel de las sociedades sí. La sociedad estigmatiza, sea que este diagnosticado con una enfermedad mental grave o no, y lo mismo los habitantes de calle. Para la gente en sí, en su mayoría pasa alguien y

¡ah ahí va ese loco! O ¡va un loco! O es loco. (Grupo focal, público general, Manizales).

En este último testimonio donde se ve una asociación de la estigmatización con la palabra “loco”. Frente a este punto, algunos testimonios tratan directamente de las consecuencias que puede traer para la inclusión la asociación con la palabra “loco”. Ya que son varios testimonios importantes al respecto, se procederá con un análisis uno por uno:

Estuve hablando con un vecino, luego, me hablo y tal, “estabas loco, ¿no?” me dijo, yo le dije “no pues obvio, si, no”, me dice “claro, pues acá todo el barrio decía que vos estabas loco” y yo “uy que trinca”, pero pues yo me relajo, yo no digo nada, desde que uno esté bien ahorita, pues mejor para uno. Y pues me dijo “pero ahorita ya te ves bien, antes yo estoy más loco que vos” me decía, así como por quedar bien y eso.

Aquí hay una clara estigmatización social por parte los vecinos, que trata de ser barnizada en empatía con el “yo estoy más loco que vos”. Al parecer a la persona que participó en el grupo focal esto no le agradó. La categoría “loco” requiere que haya, en la estructura de pensamiento occidental, una noción de “no-loco” o “cuerdo”, que es el que “está bien”. Es decir, esta dicotomía normativa significa que lo malo se asocia con el loco y lo bueno con el cuerdo. Además, a la persona en cuestión le molesta que se banalice con su enfermedad. Tema que se aborda en el siguiente testimonio:

Entonces esa barrera surge ahí, o sea la parte de que la persona no comprenda cuál es el sufrimiento que uno ha sufrido. Entonces la parte

de la comprensión, la parte de la educación, la parte de cómo el trato a la persona con discapacidad y la parte del conflicto es como la barrera que hemos tenido que ir superando y pues aún seguimos con esa...
(Grupo focal, víctimas, Pasto).

La dificultad para generar empatía, y que cuando se hace es por vía de la banalización, es especialmente agudo en grupos de víctimas. Aquí también hay, sembrado, un concepto al que se volverá más adelante, y son las causas que las personas participantes de la investigación consideran como las más incisivas en la discriminación y estigmatización. Por el momento, hay que resaltar cómo las propias personas participantes de los grupos focales tratan de desmarcarse de esta etiqueta “loco”, por lo menos cuando una persona de afuera es quien se las imprime.

A veces me dicen loca, sabiendo que no soy loca.

Cuando estoy rabiosa, cuando yo lloro, me falta alguien, y me dicen que estoy loca, loca, loca, loca psiquiátrica, loca, verdad, es así.

El psiquiatra – el loquero

En este último testimonio es un puente entre la noción de locura y las referencias a las ciencias de la salud y, en especial, a la psiquiatría. En el material prima un relacionamiento confuso y antagónico con la psiquiatría, en primer lugar, porque desplaza del lugar tradicional de cuidado a la familia.

La principal barrera que tiene uno es que uno no está acostumbrado a internar al familiar en un hogar, uno no está acostumbrado a eso, uno está acostumbrado porque uno antes tenía la facilidad que siempre tenía una empleada, una tía, una prima, y todo se lidiaba en casa, entonces los paños sucios se lavan en casa, entonces cuando yo dije voy a internarlo, yo me imagino todo lo que habrán dicho mis amigas, tú vives feliz en un apartamento y el pobre Jaime está metido allá. (Grupo focal, familiares y cuidadores, Barranquilla).

Este testimonio trata un tema, hacia el final, que se entrelaza con la estigmatización y la marca. Antes, cuando los “paños sucios se lavan en casa”, cuando las familias podían aislar a las personas con dificultades psicosociales, no había peligro de que la marca se extendiera a la familia. Esto le preocupa al familiar o cuidador del testimonio anterior, el comúnmente denominado “qué dirán” pesa a la hora de llevar a un cercano a consulta.

El entorno puede articularse con los conceptos asociados a menospreciar la enfermedad mental para establecer barreras para que los familiares acudan por ayuda:

En el entorno, por ejemplo, yendo a recién, el diagnóstico de mi hija y estaba ya aquí como los amigos le decían que para qué, que ella no tenía nada. Lo que ustedes dicen, y que para qué se tomaba los medicamentos. (Grupo focal, familiares y cuidadores, Bogotá).

Esta discriminación no es exclusiva de las familias. Al cargarse al psiquiatra y a la ayuda en términos de salud mental de nociones tan negativas, el asistir a un profesional se asume como una derrota, como el lugar a donde no se puede llegar. Esto, sumado a la (también)

mala reputación de los medicamentos en el material hace que las personas se alejen de estas alternativas:

Y pues uno entra también en la ansiedad de demostrarles que yo no necesito psiquiatra, yo no necesito medicación para ver si me aceptan. (Grupo focal, discapacidad psicosocial, Bogotá).

Del respeto y de no asignar responsabilidad, no es que tiene que poner de su parte, es que como así que... si yo lo veo fuerte, conversador, cómo es que va donde el psiquiatra. Son una serie de responsabilidades y de sobrecargas, que es lo que afirmaba Catalina, que terminan agobiando más a la persona y limitándola en su proceso de sanación. (Grupo focal, discapacidad psicosocial, Bogotá).

Esto, que parecería un capricho sociológico, tiene fuertes implicaciones a la hora de hacer uso de los servicios de atención psicosocial o de salud mental. Es decir, todas estas barreras se articulan para que sólo se consulte al psiquiatra luego de una crisis, pero también a que ésta se oculte durante todo el tiempo que sea posible. Esto implica que la consulta se hace sólo en el momento de crisis, que es el momento de la derrota, se acude a ayuda. Esto dificultado por todas las barreras de significados que hemos enunciado, dificulta mucho la labor de promoción y prevención en salud mental.

10.3.6 Barreras por etnia o género

Estas barreras hacen parte conceptual y orgánicamente de las barreras sociales, sin embargo, debido a su especificidad se considera que deben ser tratadas de forma individual. Sin embargo, para ello se requiere de una claridad conceptual previa. Este subtítulo tiene una historia particular. Durante el desarrollo del trabajo de campo el equipo de investigación se reunió periódicamente. Parte de las reuniones se utilizaban para comentar lo ocurrido en grupos focales o entrevistas a profundidad. El trabajo se realizaba con diferentes poblaciones (afrocolombianos, indígenas, víctimas) y de allí, del material, surge la pregunta: ¿por qué los diferentes modos de exclusión parecen articularse?

La razón por la cual es importante esta historia antes de emprender el desarrollo del concepto interseccionalidad es ese, no era un concepto en el cual se hubiera pensado a la hora de formular el proyecto, fue el trabajo de campo el que nos dio luces y nos mostró esta oportunidad. La salud mental, los trastornos de salud mental y la forma en la que éstos se relacionan con las poblaciones en cuestión de esta investigación es aún un campo poco explorado. Para ello tomamos la herramienta de la interseccionalidad. No sin antes referirnos a una entrevista que puede resumir muy bien el espíritu del subtítulo:

(...) Lo vemos con la población afrocolombiana en donde les toca más difícil. Si vemos las comunidades indígenas también, es la gente más vulnerable económicamente, les toca más difícil, además tienen que aguantar una serie de procesos discriminatorios severos, que se suman a todos los demás. Entonces yo sí creo que el estigma y las barreras son más notorias, más evidentes en estos grupos poblacionales por lo que tú me preguntabas. (...) Y eso lo encuentra uno cuando atiende personas que han estado, que han sido víctimas del conflicto porque

desde las instancias gubernamentales siempre existe la tendencia a ser como un modelo muy, eh de replicar en todas partes y se le olvida la adaptación y la pertinencia cultural. Y eso es una dificultad grandísima que uno encuentra cuando ha tenido la oportunidad de entrar en contacto con estos grupos, muchos me dicen: “¡No, aquí han venido no sé cuántas organizaciones!” Pero se quejan siempre de que no ha hay un entendimiento de las necesidades de ellos. (Entrevista, Bogotá).

10.3.6.1 Diferencias culturales

Finalmente, es posible continuar con las barreras debidas a etnia o género que se encuentran en el material empírico. En primer lugar, es importante considerar que las diferencias culturales se traducen en diferentes aproximaciones al problema de salud mental, lo que requiere de soluciones nuevas.

Sí, porque evidentemente si estamos hablando de las creencias, las costumbres, pues sí hay algunas diferencias, lo cual no quiere decir que tampoco podamos hoy hablar de que los grupos afrodescendientes o los indígenas están completamente aislados y no son parte de las mismas creencias, pero también mantienen unas particularidades. Digamos que hay una mentalidad de larga duración que se mantiene, pero hay otras en las que también han asumido formas de comportamiento y también maneras de pensar que son similares. (Entrevista, Bogotá).

Las víctimas, los afrodescendientes y los indígenas están atravesados por la marca de esta diferencia que suele representarles problemas para la inclusión. En otras palabras, la gran similitud entre los tres grupos poblacionales es la discriminación, y la forma en la que se articula con cada una de ellas.

Las alternativas desde los participantes

Finalmente, desde las propias voces de las personas que participaron de la investigación se sugieren causas de este entramado de problemas. El más citado es el desconocimiento como motor de las barreras sociales para la inclusión.

La barrera se presenta también en educación y el desconocimiento de la comunidad, o sea yo, nosotros como familia sentíamos que éramos los únicos que teníamos un hijo con autismo. (Grupo focal, familiares y cuidadores, Bogotá).

Lo comunitario incluso marca muchísimo impacto para la familia, mire yo siempre les pongo un ejemplo ¿qué es lo que le duele a una persona cuando nace un niño con Síndrome de Down? Lo primero, papá y mamá “mis hermanas, todo el mundo me va a...” su relación comunitaria, su señalamiento. (Entrevista a profundidad, Bogotá).

Trabajar en aras de expandir (en la familia y en la comunidad) nuevas nociones frente a la salud mental, a los problemas psicosociales (y la discapacidad) y a la psiquiatría y psicología son factores claves para lograr potenciar las intervenciones de salud mental. Este es tal vez el único momento propositivo de las personas entrevistadas (junto con la

demanda de urgencias psiquiátricas) en donde son ellas las que ofrecen soluciones. Es por esta razón que no podía dejarse este aporte por fuera de la discusión.

10.4 Apoyo y cuidado

El apoyo puede ser entendido desde diferentes perspectivas según la condición de la persona que lo recibe y el rol de la persona que lo brinda. Para efectos de este documento el apoyo se define como acompañamiento, cuidado, comprensión o respaldo, provisto por una persona o institución a una persona con un problema o trastorno de salud mental.

10.4.1 Apoyo familiar - padres

La calidad de los vínculos afectivos juega un papel determinante en el desarrollo saludable de los seres humanos y es el núcleo familiar el espacio en el que por excelencia se desarrollan dichos vínculos, aunque estos pueden no resultar efectivos en todas las situaciones. En los casos de personas con trastornos o problemas mentales, su núcleo familiar constituye la primera red de apoyo –y en ocasiones la única- a la que la persona puede recurrir.

En consecuencia, la calidad de los vínculos afectivos que existan entre los miembros del grupo familiar determina si el apoyo que se brinda es el adecuado (Canetti, et al., 1997; Arnaiz e Iriarte, 2006). Para el caso de este estudio el apoyo familiar se refiere a todo tipo de soporte emocional, financiero y terapéutico que el grupo familiar puede proveer a una persona con problemas de salud mental.

Los datos cualitativos revelan el papel importante que juega la familia en el apoyo a las personas con discapacidad psicosocial. Independiente de la manera en la que esté constituida, la familia es mencionada por las personas consultadas como el principal apoyo frente al diagnóstico de un problema o trastorno de salud mental, expresando que *“la familia es la columna vertebral en este tipo de situaciones”*, y que *“el primer apoyo viene siempre de la familia”*.

Los datos muestran referencias sobre la manera en la que sus familiares han servido de guías y han sido quienes en ocasiones acompañan y sugieren procesos terapéuticos relacionados con los problemas de salud mental, según se evidencia en la respuesta de algunos participantes, quienes perciben que:

El primer apoyo que recibe siempre es de la familia. La familia es, digamos ese engranaje tan importante que cuando una pieza no funciona pues permite que ninguna otra siga funcionando. Y aquí en el caso nuestro siempre la familia es el apoyo fundamental para cualquier situación y avanzar. (Entrevista a profundidad, Bogotá).

Es en la familia, o es en el hogar más bien, donde se resuelven la mayor parte de los problemas de salud, de salud mental, etc., y donde se hace el cuidado. (Grupo focal, Bogotá).

“Las familias son digamos que la columna vertebral para que las personas con una condición tengan apoyo.” (Grupo focal, Bogotá).

10.4.2 Apoyo – pareja

En consecuencia, es en el núcleo familiar donde se debe empezar a enfrentar estigmas y preconcepciones sobre la salud mental. Sin embargo, de manera desagregada, los datos revelan que algunos miembros de la familia en particular ejercen un rol más claro e importante en el apoyo. Por ejemplo, en general las personas casadas identifican a su pareja como la encargada de su cuidado, de brindar apoyo y proveer compañía. Por ejemplo, una participante resaltó que “a veces veo a mi esposo que sólo es él el se queda en el hospital, él es haciendo las vueltas”. (Grupo focal, Pasto).

No obstante, dentro del núcleo familiar los padres figuran como los cuidadores más cercanos y responsables de brindar el cuidado en este ámbito, mientras que los hijos y hermanos son mencionados muy poco como familiares de apoyo. Aun cuando los datos no dan cuenta de las razones claras por las que sobresale el cuidado de padres sobre otros miembros de la familia, la calidad y persistencia de los vínculos afectivos entre los hijos que requieren cuidado y los padres que lo brindan es un factor sobresaliente. Esto se debe a que los vínculos son una base fundacional de la percepción de confianza, en donde los hijos pueden revelar abiertamente ante ellos su condición sin miedo a sentirse estigmatizados. La percepción de comprensión de la enfermedad y de no juzgamiento por parte de los padres parece ser una condición para solicitarles apoyo.

Al tratarse de una dinámica de dos vías, los padres ejercen su rol de cuidado toda vez que perciben la necesidad de hacerlo. Así las cosas, los resultados sugieren que los hijos acuden a los padres por razones de cuidado porque ven en ellos una disposición para hacerlo. Por su parte, los padres se disponen en tanto los hijos lo permiten y se convierten en los principales motivadores, y acompañantes en el cumplimiento de metas, como se evidencia en la respuesta de un participante que afirmó que:

En muchas cosas me sentía inferior a mis hermanos, pero mi padre hacía que aprendiera y yo le llamo a él como mi entrenador, entonces todo era por entrenamiento con listas, con disciplina, me obligo a estudiar en el bachillerato porque yo no quería por el 'bullying' que me venían haciendo en el bachillerato también. (Grupo focal, Bogotá).

Otros factores que parecen dar luces sobre las situaciones de cuidado de padres a hijos es que los padres, en tanto han logrado conocer a sus hijos a lo largo de su crianza -y posiblemente porque los vínculos así lo han permitido- son capaces de identificar cambios actitudinales y comportamentales poco comunes en el hijo que alertan sobre la necesidad de cuidado inmediato, intermitente o de largo plazo. Futuras investigaciones podrían hacerse para comprender con mayor profundidad la calidad y persistencia del cuidado de los padres con hijos con discapacidad psicosocial con relación a la existencia de los vínculos afectivos.

10.4.3 Apoyo - amigos y allegados

La segunda fuente de cuidado prevalente en el discurso son los amigos y allegados: el círculo social más próximo después de la familia. Los apoyos en este caso elevan la importancia de la sensación de confianza que la persona percibe en sus amigos, así como la incondicionalidad del apoyo a pesar de cualquier rechazo esporádico del sujeto ante el miedo a ser estigmatizado por alguien de su círculo cercano.

Así mismo, la sensación de que los amigos y allegados son fuentes confiables de cuidado radica en que éstos no juzgan la condición de discapacidad ni proyectan actitudes o

comportamientos que estigmaticen; una dinámica similar a los casos de cuidado familiar. Los datos cualitativos no dan cuenta las razones por las que el cuidado principal recaiga más en la familia o amigos. Es posible que los amigos, al constituir una red secundaria, sustituyen o complementan a la familia cuando ésta no tiene la capacidad o voluntad de hacerlo.

10.4.4 Apoyo institucional – servicios estatales

El apoyo institucional a través de servicios estatales fue recurrente en los grupos focales y entrevistas con población víctima de la violencia. Ejemplos de lo anterior son los apoyos psicosociales que se brindan en el marco de atenciones a víctimas del conflicto armado en cabeza de la Unidad de Atención y Reparación Integral a Víctimas (UARIV).

Como se evidencia a lo largo del documento, el conflicto armado es una variable transversal a la investigación ya que ha jugado un papel preponderante en la incidencia de discapacidad psicosocial y de la salud mental en el país. Paralelamente, el cuidado que se le brinda a las personas que sufren los flagelos del conflicto es determinante para subsanar emocionalmente a las víctimas, reestablecer su autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria y, en un sentido más amplio, reconstruir el tejido social de las comunidades a través de las actividades basadas en la confianza y la cooperación.

A diferencia del apoyo familiar y de amigos y allegados, el apoyo institucional a través de los servicios estatales es organizado a través de programas y proveído por personal remunerado y sobre todo capacitado para ello. Los datos cualitativos resaltan la importancia de este apoyo por sus cualidades técnicas. Los participantes mencionan que el cuidado –en gran medida psicosocial– a través de los programas del Estado, cumplen

con sus expectativas porque: (1) logran un diagnóstico clínico que esclarece los síntomas que sufren las personas, pero que muchas veces no logran identificar con claridad para su control y rehabilitación; y/o (2) ofrecen terapias e intervenciones a los que las personas difícilmente podrían acceder por sus propios medios, bien sea por desconocimiento o por falta de capacidad económica para pagarlos. Ambas razones explican la recurrencia de los participantes a agradecer estos servicios.

10.4.5 Apoyo institucional – organizaciones no gubernamentales

Por su parte, la mención de apoyo institucional a través de organizaciones no gubernamentales fue más recurrente en situaciones intermedias en las que (1) el diagnóstico clínico o las atenciones médicas no eran satisfactorios para las personas y/o (2) encontraban en estas organizaciones una red de apoyo más recíproca que en los espacios informales como la familia y amigos. En esta categoría se encuentran las asociaciones de pacientes, organizaciones de lucha contra enfermedades raras o de alto costo o bien, organizaciones de incidencia. Así mismo, las organizaciones no gubernamentales parecen conciliar entre las atenciones y apoyos que no puede brindar la familia debido a la complejidad del cuidado que se requiere y que, por otro lado, las instituciones públicas o privadas no logran absorber y atender por falta de capacidad técnica, operativa o física.

Otro elemento importante en las referencias a estos apoyos está relacionado con un aparente cambio en el paradigma de atención a la persona el cual se basa en la persona y su individualidad, sus necesidades especiales y la forma como concibe su condición; y por otro, se aleja del paradigma estrictamente clínico, basado en el diagnóstico y el tratamiento estandarizado, con poco lugar a la construcción de vínculos entre el experto y

el paciente o incluso entre pacientes. Así pues, aun cuando no se identifican detalladamente las razones causales para preferir el cuidado por organizaciones no gubernamentales, los datos evidencian que esta fuente intermedia entre la familia y las instituciones especializadas, y recoge de ambas sus cualidades y limitaciones.

10.4.6 Apoyo espiritual

Existe una relación entre la espiritualidad y la salud. La espiritualidad juega un rol central en los procesos de rehabilitación relacionada con los niveles de aceptación, el manejo de síntomas, el incremento de aceptación social, y la adaptación a los síntomas de la enfermedad, generando mayor sensación de bienestar y mejoras en la calidad de vida, mejorando las relaciones sociales, la proactividad, la sensibilidad comunitaria, y la vinculación a actividades espirituales, productivas y creativas.

En el desarrollo de los grupos focales y las entrevistas a profundidad este componente de salud-espiritualidad fue un elemento recurrente para explicar la comprensión y percepción de recuperación en la salud mental. La mayoría de los consultados afirman que es a Dios a quién le piden ayuda en primer lugar, confiando en que es quién tiene la solución frente a la condición que padecen. También ven en Dios la respuesta a las inquietudes que surgen a lo largo de la condición de discapacidad, tanto para quien recibe como quien provee cuidado. Adicionalmente, existe una sensación de sanación milagrosa y respuesta inmediata más allá de los tratamientos que también es atribuida a un ser superior.

Sin embargo, la espiritualidad también es importante como motivadora de pensamientos positivos, proactivos frente a la enfermedad y resilientes frente al estigma y que los ha guiado a buscar ayuda profesional. Los participantes mencionaron que la religión y la oración en sentido más estricto, son fuentes de paz mental en momentos de crisis o recaídas a causa de su condición, según se evidencia en los comentarios de algunos participantes, los cuales mencionan que:

Yo le pedí ayuda a Dios y le dije hermano si usted me ayuda a salir de este infierno yo ayudo a los que vienen detrás, yo creo que la mejor forma de ayudarlos es ser vocero de lo que me pasó a mí. (Encuesta a profundidad, Bogotá).

Yo soy muy creyente y bueno cuando tengo un momento difícil siempre me refugio espiritualmente con la oración, medito con la oración y sí, me refugio en simplemente a hablar con Dios, dentro pues de mi creencia ¿no?, hablo con Dios y para mí eso es... me saca a flote y todo. (Grupo focal, Pasto).

10.5 Observaciones y sugerencias

En lo que respecta al objetivo de este apartado, el interés se centra en mostrar las observaciones y sugerencias realizadas por los participantes del proyecto *Estigma y discapacidad psicosocial en el marco de los resultados en salud mental del conflicto armado en Colombia, con foco particular en la población indígena y afrodescendiente*. Para ello se han analizado dichas narrativas y agrupado en las subcategorías: estrategia educativa y acciones de sensibilización, cuidado de la salud mental, sistema de salud,

acompañamiento a las víctimas del conflicto armado y rol de las organizaciones de la sociedad civil.

En cuanto a la primera subcategoría, las sugerencias realizadas por los participantes en su mayoría hacen referente a la erradicación del estigma social a través de la formación en el hogar, en la escuela y mediante campañas informativas. En la segunda subcategoría, se pide un servicio de salud integral; es decir, que debe tener en cuenta actores como las familias, las comunidades, el contexto, incluir planes de rehabilitación y una cobertura que llegue a toda la población. La tercera subcategoría (“cuidado de la salud mental”) se podría resumir en la necesidad que las instituciones de salud asuman un papel más protagónico en lo relacionado con la promoción y protección de la salud mental. Es decir, realizar y apoyar acciones que ayuden a la creación de entornos que permitan a las personas mantener modos de vida saludables. Por último, se tiene el “acompañamiento a las víctimas del conflicto armado” y el “rol de las organizaciones de la sociedad civil”. En el acompañamiento de las víctimas se pide apoyo oportuno para éstas, mientras que en lo relacionado al rol de la sociedad civil se sugiere que se dé mayor participación a las asociaciones de ciudadanos en los temas de promoción de la salud mental, prevención y otros asuntos de gran importancia.

10.5.1 Estrategia educativa y acciones de sensibilización

Al analizar lo comentado por los informantes de la investigación, se encontró que son reiterativas las menciones que presentan la educación como el camino para acabar con el estigma social que recae sobre las personas con discapacidad. Los participantes creen que, si se orientaran más esfuerzos personales y desde las instituciones en este sentido,

mejorarían las condiciones de vida de todos, ya que un contexto educado ayudaría a las personas con discapacidad y sin ella, en su desarrollo físico, emocional, intelectual y social.

El trabajar con los niños es un aspecto referenciado en muchas ocasiones, ya que ellos aún no han incorporado a sus repertorios los imaginarios culturales que circulan en sus entornos y que llevan a la discriminación. Uno de los espacios ideales para realizar esta labor educativa es al interior de los hogares, dado que allí es donde se lleva a cabo gran parte de la crianza y socialización de los individuos. Además, en condiciones normales es donde se deben inculcar valores como el respeto, la tolerancia, la igualdad, entre otros, que ayuden a entender que hay otras formas de ser y estar en el mundo, y que las personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad en iguales circunstancias que las demás.

Para nosotros ya es muy complicado cambiar el chip, ya es más de sensibilizar (...) pero desde pequeños sí cambiar el chip (...) Entonces yo creo que uno tiene que empezar a enseñarle a los niños que hay personas diferentes, que uno tiene que crecer con eso y no es tacharlas de gente extraña, sino de gente que uno puede comprender o, puede ser amiga (...) Yo diría que los niños deberían estudiar con niños también con síndrome de Down, que conozcan que hay personas diferentes, pero que son seres humanos porque mucha gente acá lo que hacen es que si alguien es diferente es tachado de malo, de extraño, de extraterrestre. (GFBOGPG, comunicación personal, septiembre de 2018).

La educación inclusiva es otro de las estrategias que sugieren los participantes de la investigación para tener un entorno más comprensivo, haciendo énfasis en que esta educación inclusiva no debe ser sólo para las personas con discapacidad física, cognitiva o sensorial, sino también para las personas con discapacidad psicosocial. No se menciona esta opción por los beneficios que pueda representar en forma directa para los niños con discapacidad y otras necesidades, sino que la sugerencia va orientada a que exista una cultura de respeto y a que se enseñe desde temprana edad a quienes no tienen un diagnóstico de discapacidad a pensar y actuar de manera inclusiva (GFBOGPG, 2018).

Otras proposiciones que surgieron en el diálogo con las personas de la muestra, se relacionan con las formas de desmontar los estereotipos que se han tejido entorno a las personas con discapacidad psicosocial y buscar que se les reconozca como sujetos de derechos, como individuos que sufren y que aman. Las estrategias para cumplir dichos objetivos serían las campañas en redes sociales, en la televisión, visitas informativas a empresas, visitas domiciliarias, vallas y otros medios que puedan llevar el mensaje a toda la población.

Cabe aclarar que, aunque las campañas estarían dirigidas a la población en general, se concentrarían un poco más en el sector salud y educativo debido a la importante labor que estos realizan (en la escuela se trabaja el desarrollo de habilidades físicas, psicológicas y sociales, mientras que una de las funciones de los centros de salud es informar del estado físico y mental de las personas). Además, también es determinante el impacto que estos sectores pueden tener a la hora de generar un cambio en la sociedad, pues estos son “actores” significativos que tienen la posibilidad y la obligación de promover prácticas inclusivas dentro y fuera de su entorno.

Finalmente, se cree que deberían realizarse campañas en las empresas y los hogares, para hacer consciente a las personas de que todos podemos sufrir una discapacidad psicosocial en cualquier momento de la vida, por motivos tan variados como el trabajo, un accidente, factores genéticos, el conflicto armado, las drogas, entre muchos otros. Por lo tanto, no debemos ser indiferentes frente a la discapacidad, ni pensar en que jamás nos va a tocar.

10.5.2 Cuidado de la salud mental

Sin salud mental no hay salud, eso entienden quienes hoy presentan algún trastorno mental o tienen una persona cercana diagnosticada con ello. Sin embargo, parece que el resto de la sociedad no lo piensa de la misma manera, dice uno de los participantes que:

La gente cree que esa enfermedad no va a matar a la persona, entonces como es una enfermedad que no te va a matar mañana la podemos dejar para después, pero realmente si te puede matar, te puede matar porque puede afectar el resto del sistema por la afección principal que tienes (...) entonces pienso que hay que concientizar del nivel de peligro que tiene la enfermedad mental. (GFBQF, 2018).

Las sugerencias que hicieron los participantes respecto al tema del cuidado se orientaron a que desde las instituciones de salud se enseñe cómo cuidar la salud mental y se inculque que su cuidado es igual de importante que atender las dolencias físicas. Los centros especializados en salud además de ser un medio para tratar los trastornos deberían de funcionar como herramientas de promoción y autoconocimiento.

Puntualmente lo que quieren los participantes de esta investigación es que: del mismo modo que se recomienda ir al odontólogo, hacer mínimos dos exámenes generales en el año, un chequeo anual para el cáncer y otras cosas, se informe a las personas que deben ir donde un psicólogo o un psiquiatra para cuidar su salud mental y que, desde la medicina, se ayude a la creación de ese hábito de visitar al psicólogo. El otro grupo de sugerencias apuntan a que se enseñe a mantener la mente en forma, que se hable en las consultas médicas de todas esas acciones que se pueden hacer en el día a día para cuidar la salud mental.

Así como a ti te dicen del cáncer que uno debe hacerse un chequeo anual, por lo menos un electro, eso deben decirte de las enfermedades mentales, que tú debes hacerte un chequeo mental también como te hacen un chequeo físico del resto de tu cuerpo, pero si tú no sabes, si tú no crees en eso, porque uno no cree en eso ni uno sabe de eso, porque la verdad nadie le enseña a uno de eso, tú no ves nada en los consultorios médicos. (GFBQF, 2018).

Es hora de quitarle espacio al estigma y comenzar a ver el tema de los trastornos mentales y el cuidado de la salud mental como algo normal y sobre lo cual todos debemos estar informados y siempre dispuestos a buscar apoyo oportuno o preventivo. Entre más se demore una persona en ponerse en manos de los expertos, más se puede afectar su calidad de vida, sus relaciones sociales, su rendimiento laboral y puede empeorar su condición médica. El sistema de salud colombiano debe adaptarse para ofrecer servicios preventivos, de diagnóstico y de tratamiento.

10.5.3 Sistema de salud

Contar con un servicio de salud que sea cercano y accesible a las personas es lo ideal, desafortunadamente, esto no sucede en Colombia. Como quedó demostrado en los capítulos anteriores, actualmente se presentan muchos obstáculos o barreras en el país que entorpecen la relación sistema de salud-personas con discapacidad; obstáculos geográficos, actitudinales, por cómo funcionan las Entidades Promotoras de Salud, por excesivos trámites, por falta de voluntad política, etc. De ahí que algunas de las sugerencias de los entrevistados se orienten a dar soluciones a estos problemas de acceso a la salud.

Una de las sugerencias realizadas es que debería establecerse un año rural para los psicólogos, esto para tratar todas esas heridas que ha dejado el conflicto armado en las personas que habitan el mundo rural (EPBOGALP, 2018). Se puede inferir a partir de esta indicación que en las zonas rurales de Colombia no existe un servicio apropiado para satisfacer las necesidades psicológicas y psiquiátricas que pueda tener la población, de ahí que se proponga esta medida de enviar a los recién egresados a trabajar en estas regiones.

Así mismo, preocupa que en muchos centros de salud no se cuenta o no se presta un servicio de urgencias psiquiátricas, como si estas situaciones no fuesen igual de frecuentes que las urgencias médicas y quirúrgicas.

Por último, se demanda un servicio de calidad, más humano, que trabaje la rehabilitación, abierto a otras interpretaciones de salud-enfermedad, donde las intervenciones sean consideradas en el contexto social en las que se producen, se tenga en cuenta las familias,

las comunidades y otras instituciones que se requieran. Lo anterior, pues la discapacidad no sólo afecta al individuo, sino también a quienes lo rodean, no sólo es producto de un trastorno mental y no es entendido de la misma manera en todos los grupos poblacionales.

10.5.4 Acompañamiento a las víctimas del conflicto armado

Se sugiere para las poblaciones víctimas del conflicto armado más acompañamiento, que desde el momento mismo que las personas se reportan como víctimas, el Estado y demás instituciones que trabajan en este sentido les brinden el apoyo, pues el conflicto armado no sólo deja víctimas mortales, desplazamiento y heridas físicas, sino también psíquicas en niños, jóvenes y adultos.

Y, como si esto fuese poco, muchas veces ellas se encuentran en una doble o triple condición de vulnerabilidad: pueden presentar un trastorno, ser desplazados y ser discriminados por su color de piel, pertenencia étnica u orientación sexual, lo que puede significar que van a necesitar más atención para superar sus dificultades.

Por otra parte, se sugiere que debe haber instituciones para que las personas que sufren trastornos mentales puedan ir a recrearse y a formarse en algún arte que luego les permita ingresar o mantenerse activos en el mundo laboral.

10.5.5 Rol de las organizaciones de la sociedad civil

Otro punto que se señala en las intervenciones de los participantes es que desde el Estado debería haber mayor apoyo hacia las asociaciones ciudadanas, no sólo en forma de financiación, sino de permitirles mayor participación en los temas de promoción de la

salud mental y a la hora de tomar decisiones que puedan afectar a las personas con discapacidad. También se cree que se debe impulsar su desarrollo y expansión a lo largo y ancho del territorio nacional, ya que, en palabras de los participantes, el pertenecer a una entidad de éstas les da mejores herramientas para enfrentar los sufrimientos que genera la vida, y les permite tener mejor contacto con las personas y el entorno.

Se puede decir que las asociaciones ciudadanas son un gran apoyo para las personas con discapacidad y para sus familias, pues en ellas encuentran orientación, ayudan a crear redes de apoyo, son un espacio para la socialización, capacitación y algunas brindan ayuda psicológica. Del mismo modo, trabajan por el fortalecimiento, la promoción y la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad.

11. Conclusiones

Las definiciones de salud mental, enfermedad mental y aún más discapacidad psicosocial fueron difíciles de conceptualizar a lo largo de la investigación. Finalmente, la salud mental es un concepto ligado a la diferencia con respecto a la enfermedad mental y va inmerso en el bienestar físico, no es un constructo claro en general para las poblaciones y se encuentra una más amplia conceptualización del mismo en las poblaciones que presentan una discapacidad psicosocial y en los familiares, particularmente en aquellos que tienen un trabajo establecido como asociaciones o en el caso particular en el denominado nodo comunitario. Las poblaciones indígenas entrevistadas vinculan el concepto de salud mental con el equilibrio entre lo físico, lo nutricional y la relación con la

denominada “madre tierra”, y al igual que los otros grupos el concepto lo encuentran en tanto hay una diferencia con lo que es enfermedad mental.

A medida que se fue logrando una conceptualización de salud mental, se encuentra que en general todos los participantes de la investigación presentan de manera intuitiva una búsqueda por proteger su salud mental y, para ello, se buscan diferentes vías en donde el objetivo es la tranquilidad y la sensación de bienestar. Estas diferentes vías van desde el ejercicio físico, la espiritualidad, el ocio, las relaciones sociales, el contacto con el medio ambiente y la búsqueda de ayuda especializada, que incluye desde la medicina occidental hasta las prácticas ancestrales. Otro de los elementos que se ponen de presente es la relación que se encuentra entre la salud mental y sus actividades cotidianas como fuente o no de salud mental, incluyendo el trabajo, la alimentación y el ejercicio físico.

El hablar de salud mental se vive en ocasiones de manera temerosa, casi como un acercamiento a algo que se conoce que existe, pero que acercarse puede volverlo casi que un riesgo, siendo paradójico encontrar que hay una necesidad inmensa de poder hablar de los sentimientos y las emociones que se viven día a día, y de un interés para poder entenderlos.

La trivialización de la salud mental es uno de los puntos que más impacta la decisión de poder conversar y entender las emociones, de la mano de lograr pensar en requerir ayuda. La salud mental no tiene un referente físico, por lo tanto se considera algo intangible, por lo tanto invisible, difícil de comprender y mucho más de tener un discurso alrededor de él. Además, se asocia a fragilidad y falta de voluntad para solucionar el problema.

Con respecto a aquellas situaciones que pueden generar dificultades en la salud mental se encuentra que el desempleo y las dificultades económicas son vividos como causas importantes en la generación de problemas en salud mental y, paralelo a ello, los escenarios laborales con alta carga de trabajo, inequidad salarial y las dificultades en las relaciones en este entorno. Se hace además presente anotaciones con respecto a la relación de los problemas mentales asociados a enfermedades de orden físico.

Ser víctima de conflicto, fue una característica frecuente en los diferentes grupos focales, en donde el reconocimiento de esta situación no se dio ni se busca dar de manera formal, sino que se prefiere el anonimato por fines de seguridad, por evitar la revictimización, entre otros. Esta situación asociada al desplazamiento forzado pone en un mayor grado de vulnerabilidad a esta población, la cual revela cómo su salud mental se ha lesionado y cómo esto va de la mano a la ruptura sistemática de sus redes de apoyo.

En las poblaciones indígenas, en particular en las mujeres emberá, la carga emocional está ligada al rol de cuidado de los hijos y la enfermedad mental se relaciona a la incapacidad para el cuidado. En otros grupos indígenas la enfermedad mental está relacionada con la presencia previa de un espíritu maligno en territorio o con un desequilibrio con la naturaleza, o una inadecuada alimentación.

La población afrodescendiente evidencia que sus problemas de salud mental están ligadas en gran medida a la exposición persistente en áreas de conflicto armado que se ha asociado con acoso laboral y sexual, llevándolas, entre otros, a un aumento de desconfianza frente a los demás y al silencio como manera de protegerse. El ser “fuerte”, tal como ellos lo enuncian, es un elemento transversal del discurso alrededor de lo mental, que les confiere una meta frente a los dolores emocionales que ellos viven.

El tratamiento frente a la enfermedad mental está asociado a la internación en unidades de salud mental que, a diferencia de una hospitalización por causa física, no genera compasión, sino por el contrario, está relacionada con vergüenza y múltiples palabras que estigmatizan. Éstas, al relacionarse con cierto tipo de terapéuticas, construyen los imaginarios en muchos casos de origen cinematográfico o influenciados por los medios de comunicación, y convierten estos espacios en escenarios que generan gran aversión. Ligado a esto y a la relación que se da con el médico psiquiatra, el consultar a estos especialistas no sólo atrasa, sino que favorece el empeoramiento de la enfermedad, pero cuando logran darle paso es percibida como reconfortante y de gran impacto frente a su situación.

En este estudio se encontró que las víctimas no buscan intervenciones aisladas ni valoraciones en las que se les pregunte un motivo de consulta y se ordene un tratamiento, buscan garantías que restauren la integridad, aunque esa reparación debería empezar por determinar que si bien todos se identifican como víctimas, la realidad que experimentan es diferente. De allí surge la divergencia de opinión con respecto al territorio, algunas víctimas del conflicto armado anhelan volver a su hogar y en cambio, otras, conservan un vínculo tan fuerte entre la muerte y el territorio que consideran imposible recuperar su vida ahí.

La causa más frecuentemente referida para no consultar fue el temor a la estigmatización y/o al señalamiento así como con la idea de pérdida de autonomía y las consecuencias de tener un diagnóstico. Situación parcialmente distinta en las comunidades indígenas en donde el médico tradicional se valora como figura de liderazgo y admiración y que los logra vincular con la madre tierra. En el caso de tener que consultar a un médico alopático, la estigmatización por parte de la comunidad se vuelve inquietante.

En las comunidades afro la medicina ancestral es de alto valor, pero no hay una figura representativa que les dé una orientación y la percepción hacia los profesionales en salud mental está ligada al cuestionamiento frente que otro desconocido pueda conocer lo que se vive como absolutamente íntimo y que debe ser callado.

Esta investigación pone de presente como el estigma se vive en el entorno común de la población general y va desde el sólo hecho o posibilidad de pensar en la salud mental, hasta en la presencia de la enfermedad mental, siendo sin duda en los discursos de los participantes el elemento primordial para no sólo no solicitar ayuda a un profesional, sino que además a no querer en ocasiones siquiera “pensar en su salud mental y mucho menos en aquellos que están a su alrededor”.

El mantenimiento en el tiempo de estigmas relacionados con la salud mental y específicamente con las enfermedades mentales, está relacionado con la falta de información y la minimización de importancia de tener una salud mental adecuada. Esto ocurre no solo frente a las enfermedades mentales, sino a los síntomas, a factores protectores y de riesgo, y a las posibilidades de tratamiento y rehabilitación, que en la gente del común parecen inexistentes.

Una de las grandes conclusiones de esta investigación es que el estigma y el autoestigma son una barrera de acceso a los servicios especializados de atención en salud mental, desde diferentes puntos de vista: desde quienes necesitan la atención y tienen miedo de asumir su enfermedad, hasta los familiares de estas personas con enfermedades mentales, quienes consideran manejable en casa o no relevantes estas condiciones e inclusive desde los mismos profesionales de la salud, quienes desconocen las rutas de

atención en salud mental o igualmente minimizan su importancia por falta de información.

Hay una gran necesidad de mantener a la familia y a las comunidades informadas, e iniciar procesos de sensibilización que empiecen a eliminar y debatir estigmas frente a los problemas de salud mental. La investigación nos muestra que la familia al ser la red de apoyo primaria necesariamente debe contar con los elementos que apoyen al mejoramiento de los síntomas, y no a su empeoramiento.

El reto de las instituciones es combatir el estigma, lo cual más que un reto es una responsabilidad. Las personas consultadas consideran que gran parte de la responsabilidad está en quienes son los “dueños” del tema, en desmitificar las enfermedades mentales, en la promoción del cuidado en la salud mental, en promover el acceso a servicios especializados y, sobre todo, en que toda la comunidad esté atenta y alerta, tanto como si fueran enfermedades visibles y contagiosas.

Pedir ayuda o buscar apoyo en el marco de una situación mental va de la mano a la presencia evidente de estar haciendo daño a otros y/o cuando la situación los lleva a una situación en donde perciben una gran vulnerabilidad y una sensación de discapacidad frente a su quehacer diario.

Son diversas las barreras para las personas que presentan una discapacidad psicosocial, en la investigación se reflejaron cinco tipos de barreras, cada una de ellas con lógicas internas, pero a la vez enlazadas en el día a día de las personas y sus familias.

De estas barreras, la que tiene mayor peso es la barrera actitudinal, que tiene un vínculo directo con el estigma que atraviesa todas las barreras a las que las personas con discapacidad psicosocial y sus familias se ven expuestas. Las barreras actitudinales del individuo o intrínsecas que van de la mano al autoestigma son la primera y gran limitación para acceder a cualquier servicio, y van de la mano de las barreras actitudinales o extrínsecas que le muestran a este individuo desde el desconocimiento cómo el padecer un problema en la salud mental es fuertemente “castigado”, acompañando de la percepción general de “derrota” frente a la necesidad de asistir, particularmente a un psiquiatra.

El psiquiatra—a quien se llega después de un largo y tortuoso recorrido que pasa desde el reconocimiento (barrera actitudinal “intrínseca”), en algunas ocasiones de un problema de salud mental, hasta el acceso luego de las diversas barreras previamente mencionadas— se percibe como un formulador de medicamentos que pasa por alto las situaciones y los contextos en los que vive la persona con discapacidad psicosocial y/o con una enfermedad o un problema en su salud mental, lo cual demanda a los psiquiatras y al personal especializado que los atiende de utilizar otras estrategias de su repertorio de acción.

La enfermedad mental es percibida tanto por el individuo como por el entorno como una “incapacidad para superar problemas”, y la gran tarea se convierte más que en lograr superar la enfermedad, en lograr evitar el manejo especializado y aún más dejar rápidamente el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

El sistema de salud se percibe lejano, abstraído de lo mental, involucrado y enfocado meramente a lo físico, desde la salud mental hasta la discapacidad psicosocial son

percibidos como algo que no se entiende y que, al no entenderlo, pareciera ser que lo mejor es hacerlo invisible.

Se anota también que los problemas reales de la salud mental son los problemas de las interacciones sociales; o sea, el centro de la salud mental son las relaciones y una ética de las relaciones en las cuales hay un cuidado por los demás, pero la salud mental es un ámbito del que no se habla, que no ocupa el espacio público y que, por ende, está rodeado de mitos que pueden dificultar que las personas se acerquen o pidan ayuda. Es este sentido en el cual el estigma y las barreras sociales a la inclusión se intersecan. Las razones de exclusión se entrelazan. La salud mental, los trastornos de salud mental y la forma en la que éstos se relacionan con las poblaciones en cuestión de esta investigación es aún un campo poco explorado y en donde la herramienta de la interseccionalidad cobra gran importancia.

Dentro de los apoyos, se revelan el papel importante que juega la familia en el apoyo a las personas con discapacidad psicosocial, siendo, en consecuencia, el núcleo familiar donde se debe empezar a enfrentar estigmas y preconcepciones sobre la salud mental. La segunda fuente de cuidado son los amigos y allegados: el círculo social más próximo después de la familia. El apoyo institucional a través de servicios estatales fue recurrente en los grupos focales y entrevistas con población víctima de la violencia. Finalmente, pero no menos importante, la mención de apoyo institucional a través de organizaciones no gubernamentales fue más recurrente en situaciones intermedias en las que (1) el diagnóstico clínico o las atenciones médicas no eran satisfactorios para las personas y/o (2) encontraban en estas organizaciones una red de apoyo más recíproca que en los espacios informales como la familia y amigos.

La espiritualidad juega un rol central en los procesos de rehabilitación relacionada con los niveles de aceptación, el manejo de síntomas, el incremento de aceptación social, y la adaptación a los síntomas de la enfermedad generando mayor sensación de bienestar y mejoras en la calidad de vida, mejorando las relaciones sociales, la proactividad, la sensibilidad comunitaria, y la vinculación a actividades espirituales, productivas y creativas.

En esta investigación se encontraron importantes sugerencias realizadas por los participantes frente a la necesidad de trabajar sobre el estigma social en salud mental a través de la formación en el hogar, en la escuela y mediante campañas informativas. Estas iniciativas deben estar seguidas de un servicio de salud integral; es decir, que debe tener en cuenta actores como las familias, las comunidades, el contexto, incluir planes de rehabilitación y una cobertura que llegue a toda la población. El “cuidado de la salud mental” es visto desde la necesidad de que las instituciones de salud asuman un papel más protagónico en lo relacionado con la promoción y protección de la salud mental por medio de realizar y apoyar acciones que ayuden a la creación de entornos que permitan a las personas mantener modos de vida saludables.

Por último, se tiene el “Acompañamiento a las víctimas del conflicto armado” y “Rol de las organizaciones de la sociedad civil desde un entendimiento de las diferencias culturales”. En el acompañamiento de las víctimas se pide apoyo oportuno para éstas, mientras que en lo relacionado al rol de la sociedad civil se sugiere que se dé mayor participación a las asociaciones de ciudadanos en los temas de promoción de la salud mental, prevención y otros asuntos de gran importancia, como son los enfoques diferenciales para los diferentes grupos étnicos.

12. Discusión

La discapacidad psicosocial es un concepto que si bien está definido y enmarcado tanto en los marcos legales como en las clasificaciones de discapacidad, aún sigue siendo un concepto poco claro e incluso difícil de entender y explicar por aquellos que trabajan y manejan el tema en los diversos escenarios. Esto hace que, a diferencia de las otras discapacidades, esta sea vista meramente desde el trastorno y la enfermedad haciendo que tan sólo en círculos muy especializados y quienes han podido estudiar, entender y vivir este concepto sea mucho más claro para ellos, situación que no sólo limita la rehabilitación de la persona que presenta una discapacidad de este tipo, sino su propia inclusión social, desde su familia, hasta los ambientes laborales.

Esto en parte se evidencia en lo que anotan los relatos, no sólo a los imaginarios de la enfermedad mental que parten de la base de que “depende de la voluntad de quien la vive”, sino también de la invisibilidad que presenta esta discapacidad. Es decir, el hecho de no ser fácilmente visible como ocurre con una discapacidad física, cognitiva o sensorial, la hace por un lado pasar desapercibida y hasta ignorada y malentendida por quienes están en la sociedad. Si miramos aún más a profundidad, esta situación y de la mano a los resultados de esta investigación, todo ello parte del desconocimiento general de la existencia de la salud mental y, por ende, la única evidencia de ella es la presencia de un trastorno que sea tan visible y que lo haga percibir como “loco”.

Si bien se encuentran diferencias en las diferentes comunidades estudiadas, en particular en las poblaciones indígenas, afrodescendientes y las personas víctimas del conflicto

armado en torno a definir salud mental, discapacidad psicosocial y estigma, se encuentran una serie de elementos en común como lo son el desconocimiento general frente a estos conceptos, más allá de la tecnicidad de los mismos, un profundo rechazo a pensar en la cercanía a la enfermedad mental. A su vez, es llamativa la necesidad expresa de hablar de su salud mental, que se acompañó en los grupos focales de un reconocimiento particular de la presencia de alguna persona cercana o conocida con alguna enfermedad mental, y la necesidad verbalizada de querer aprender más sobre ella y sobre cómo trabajar en la salud mental.

Es decir, si bien los grupos focales tenían como objetivo recabar datos cualitativos sobre los conceptos previamente referenciados a su vez y, tal como en algunos estudios se ha mostrado, permitieron un espacio a los participantes para encontrar respuestas a dudas que vivían en silencio y a poner de presente un particular interés frente al tema. Esta situación les brinda una línea de acciones para trabajar con grupos y comunidades en general para entender la enfermedad mental, la discapacidad psicosocial, pero en particular para poder explicarse y cuidar su salud mental.

Si bien tenemos en nuestro país personas reconocidas como víctimas del conflicto armado, llama la atención en los resultados, a través de los diferentes instrumentos de recolección, cómo el impacto del conflicto armado ha golpeado e impactado a las diferentes personas y grupos étnicos. Esto va más allá de una vivencia personal y se convierte en una lectura de país pues el conflicto armado es hoy en un marcador para el desarrollo de las particularidades y lecturas de salud mental, que pone de presente la necesidad de abordar este concepto con los matices propios que la guerra ha propiciado en la población.

Este contexto ha generado discursos particulares, no sólo frente a este concepto, sino también frente a la presencia de enfermedad mental. Las víctimas viven una doble victimización que, en el caso de los grupos étnicos, indígenas y afrodescendientes, se convierte casi en una triple victimización y una triple estigmatización, en tanto estos grupos poblacionales presentan condiciones sociales adversas que los convierten en poblaciones más vulnerables.

La prevalencia de enfermedad mental en las poblaciones indígenas y afrodescendientes es mucho más alta en estas poblaciones, situación que requiere de mayores estudios y seguimiento en nuestro país.

Es interesante evidenciar tanto en la literatura como en los resultados arrojados por este estudio y otros realizados en el país como la religión y la iglesia, en general, y en el caso particular de la población indígena, el chamán o los curanderos tradicionales, son figuras que juegan un papel fundamental tanto para el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental, siendo actores claves para el trabajo frente al estigma y la discapacidad psicosocial de estas poblaciones.

El estigma no sólo limita en el reconocimiento de una enfermedad mental sino que a su vez se convierte en el mayor discriminador social frente a la enfermedad mental, llevando consigo una baja adherencia a los tratamientos, al seguimiento y, por ende, una más larga duración de las enfermedades mentales, empeorando el pronóstico de las mismas.

El estigma se define como una marca que degrada al otro, que lo hace ver en una situación negativa, y que le confiere una identidad estigmatizada, un autoestigma que lo limita y lo avergüenza no permitiéndole enfrentarse a la situación que vive y aún más

llevándolo a empeorar esta situación, se convierte entonces en un limitante que presiona aún más las propias limitantes de la persona. Pero es paradójico encontrar que cuando se es capaz de revelar esta identidad que ha sido estigmatizada y evidenciarla frente a otros, ese estigma permite no sólo mejores desenlaces en salud sino un mayor apoyo social.

Es clara la necesidad de crear estrategias de tratamiento psicológico para tratar las consecuencias de la violencia en salud mental. Adicionalmente, se resalta que el Programa de Atención Psicosocial y Salud a Víctimas (PAVSIVI) tiene como debilidad que los profesionales que realizan las intervenciones psicosociales son de ciudades diferentes a las de las víctimas, por lo cual hay una falta de articulación entre el servicio y quienes necesitan de él. Tal como lo anotaba en el año 2002 el analista Arroyave (Arroyave Gómez, 2002), en Colombia es necesario el aumento de financiación en salud mental, lo cual se observa en el déficit de profesionales en comparación a las personas afectadas. Una de las barreras planteadas son las creencias y la prevención de la población frente a la salud y la enfermedad mental así como la persistencia de violencia en comunidades marginadas.

Son necesarias acciones específicas frente a las víctimas, los afrodescendientes y los indígenas, en tanto están atravesados por la marca de esta diferencia que suele representarles problemas para la inclusión. En otras palabras, la gran similitud entre los tres grupos poblacionales es la discriminación, y la forma en la que se articula con cada una de ellas. El estigma “propio” de la enfermedad mental se suma a las diferencias culturales, sociales y económicas de las poblaciones indígenas, afrodescendientes y víctimas del conflicto armado, haciendo que para ellas las barreras actitudinales y sociales sean mucho más fuertes y mucho más evidentes. Esto los lleva a vivir con lo que hemos

denominado una triple estigmatización y convirtiéndolos en poblaciones en donde se requieren acciones mucho más específicas y pensadas desde sus particularidades culturales, étnicas y sociales, de la mano a acciones comunitarias que permitan establecer acciones solidarias frente a ellas.

Hasta el momento los esfuerzos se han enfocado en un extremo del espectro y se han hecho invisible las consecuencias “menores” que la violencia ha dejado en sus víctimas. El constructo “apoyo” del que se habla en estos grupos, se enfoca no solo en la enfermedad, sino en el refuerzo de las actitudes y aptitudes que han sido relegadas y que podrían ser una fuente de trabajo que mejore la calidad de vida de estas personas.

Igualmente la asistencia médica debería contemplar programas de psicoeducación a la población general, con el fin de disminuir el estigma, causante de deterioro de salud mental y ser más inclusivo en las oportunidades socioeconómicas que se brindan en los lugares de refugio.

Como reflexión final se puede decir que si no hay una colaboración de todos los sectores de la sociedad (salud, educación, trabajo, justicia, derecho, política y medios de comunicación), jamás se podrá controlar el fenómeno del estigma, porque ningún intento por separado podrá tener efecto en algo tan complejo.

13. Agradecimientos

Un especial agradecimiento a la Fundación Ford, su apoyo permitió que esta investigación fuera posible.

A todas las personas que nos brindaron sus testimonios y experiencias.

A las organizaciones que fueron el puente para llegar a los diferentes participantes de la investigación, especialmente:

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas

Asociación Afrocolombiana de Manizales Palenque Vivo

Asociación de Afrocolombianos Desplazados (AFRODES)

ASOPAPUDE

Consejería de la mujer – ONIC

Jóvenes Cabildo Indígena de Obonuco - Universidad de Nariño

Nodo Comunitario de Salud Metal y Discapacidad Psicosocial

Liga Colombiana de Autismo

Asociación Colombiana de personas con esquizofrenia y sus familias

Asociación Colombiana contra la depresión y el pánico

Asociación Colombiana de bipolares

CONFA (Caja de Compensación familiar) Manizales

Fundación Reencontrarse

Fundación Granitos de Paz

Hospital San Rafael de Pasto

Instituto Departamental de Salud de Nariño

CDI La Favorita

14. Bibliografía

Albers, W. M. M., Roeg, D. P. K., Nijssen, Y., Bongers, I. M. B., & Weeghel, J. Van. (2018). *Effectiveness of an intervention for managing victimization risks related to societal participation for persons with severe mental illness : a cluster RCT study protocol*, 1–11.

Andrade, L. C., Benito, J. G., & Alonso, M. Á. V. (2008). Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo. *Universitas Psychologica*, 7(2), 384-384.

Andrés, A. I. G., & López, M. M. (2011). Variables asociadas a las necesidades psicosociales de personas con enfermedad mental grave usuarias de servicios comunitarios y de sus cuidadores familiares. *Anuario de psicología clínica y de la salud = Annuary of Clinical and Health Psychology*, (7), 15-24.

Botha, U. A., Koen, L., & Niehaus, D. J. H. (2006). *Perceptions of a South African schizophrenia population with regards to community attitudes towards their illness. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(8), 619–623. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0071-1>

Calle Ospina, C. G. B., & Carmona Gómez, B. (2006). Representaciones sociales de la salud mental en la comunidad indígena embera-chamí de Cristiania, en el municipio de Jardín, Antioquia. Trabajo Final de Licenciatura Universidad Pontificia Bolivariana, Escuela de Ciencias Sociales.

Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2014). Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 712–717. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.004>

Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2014). Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno Colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 712–717. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.004>

Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162–167. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>

Centro Nacional de Memoria Histórica. (2017). La guerra inscrita en el cuerpo. Informe nacional de violencia sexual en el conflicto armado. Bogotá: CNMH. Recuperado de: <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/fr/informes/informes-2017/la-guerra-inscrita-en-el-cuerpo>

Choudhry, F. R., Mani, V., Ming, L. C., & Khan, T. M. (2016). *Beliefs and perception about mental health issues: A meta-synthesis. Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2807–2818. <https://doi.org/10.2147/NDT.S111543>

Colombia, C. de. (2013). Ley de Salud Mental. *Ley de Salud Mental*, 1–17. <https://doi.org/10.1177/0165551512459921>

Coverdale, J., Nairn, R., & Claasen, D. (2002). *Depictions of Mental Illness in Print Media: A Prospective National Sample. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(5), 697-

700. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.00998.x>

De fuentes García-Romero de Tejada, C. (2016). La 'nueva' discapacidad mental. *Revista Española De Discapacidad*, 4, 249–255.

Drake, R. E., & Whitley, R. (2014). *Recovery and severe mental illness: description and analysis. Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(5), 236–242. <https://doi.org/10.1177/070674371405900502>

Dziurkowski, M., Dziurkowska, E., & Zbyszkowicz, M. (2017). *Public perception of a dangerous person in psychotic exacerbation on the example of a court expert judgement case*, 26(1), 36–43.

Dziurkowski, M., Dziurkowska, E., & Zbyszkowicz, M. (2017). *Public perception of a dangerous person in psychotic exacerbation on the example of a court expert judgement case społeczny odbiór niebezpiecznej osoby w zaostrzeniu psychotycznym na przykładzie*, 26(1), 36–43.

El Tiempo, C. E. E. (2018, septiembre 10). Se han registrado 1.396 suicidios en el país en lo que va del 2018. Recuperado 15 de octubre de 2018, de <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/suicidios-en-colombia-en-lo-que-va-del-2018-266792>

El-Batawi, Mostafa A.; Kalimo, Raija; Cooper, C. L. (1988). Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Organización Mundial De La Salud, 243. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37881/1/9243561022_spa.pdf

ELESPECTADOR. (2016). Vaupés y su epidemia de suicidios indígenas. Recuperado 15 de octubre de 2018, de <https://www.elespectador.com/noticias/salud/vaupes-y-su-epidemia-de-suicidios-indigenas-articulo-646414>

Gibson, R. C., Abel, W. D., White, S., & Hickling, F. W. (2008). *Internalizing stigma associated with mental illness: findings from a general population survey in Jamaica*. Revista Panamericana de Salud Pública = *Pan American Journal of Public Health*, 23(1), 26–33. <https://doi.org/10.1590/S1020-4989200800010000>

Gómez-Restrepo, C., Rincón, C. J., & Urrego-Mendoza, Z. (2016). Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Revista Colombiana de Psiquiatría, 45, 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.005>

Hassan, G., Ventevogel, P., Jefee-Bahloul, H., Barkil-Oteo, A., & Kirmayer, L. J. (2016). *Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict*. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(2), 129–141. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000044>

Henao, S., Restrepo, V., Alzate, A. F., & González, C. M. (2004). Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia*, 2004–2006.

Horselenberg, E. M. A., Van Busschbach, J. T., Aleman, A., & Pijnenborg, G. H. M. (2016). *Self-stigma and its relationship with victimization, psychotic symptoms and self-esteem*

among people with schizophrenia spectrum disorders. PLoS ONE, 11(10), 1–13.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149763>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2018). Comportamiento del suicidio. Colombia, 2017 (Forensis 2017: Datos para la vida). Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/262076/Forensis+2017+Interactivo.pdf/0a09fedb-f5e8-11f8-71ed-2d3b475e9b82>

Ley 1616 de 2013. (21 de marzo de 2013). "Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones". Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Lindón Villoria, A. (1997). El trabajo y la vida cotidiana. Un enfoque desde los espacios de vida. *Economía, Sociedad y Territorio*, 1(1), 177–197. Recuperado de: <https://est.cmq.edu.mx/index.php/est/article/view/490/1008>

Memon, A., Taylor, K., Mohebati, L. M., Sundin, J., Cooper, M., Scanlon, T., & De Visser, R. (2016). *Perceived barriers to accessing mental health services among black and minority ethnic (BME) communities: A qualitative study in Southeast England*. *BMJ Open*, 6(11), 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012337>

Mena Jiménez, A. L., Bono del Trigo, Á., López Pardo, A., & Díaz del Peral, D. (2010). Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(4), 597–611.

Mesidor, M., Gidugu, V., Rogers, E. S., Kash-MacDonald, V. M., & Boardman, J. B. (2011). *A qualitative study: Barriers and facilitators to health care access for individuals with psychiatric disabilities*. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(4), 285–294. <https://doi.org/10.2975/34.4.2011.285.294>

Ministerio de Comercio, I. y T. (2017). ¿Qué son las barreras actitudinales? Recuperado el 13 de noviembre de 2018 de http://www.mincit.gov.co/publicaciones/imprimir/39644/que_son_las_barreras_actitudinales

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Recuperado de https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Modelo con enfoque diferencial de etnia e intercultural para las intervenciones en salud mental con énfasis en conducta suicida para grupos y pueblos étnicos indígenas: Propuesta de modelo. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-salud-mental-indigena.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2018). Cifras del aseguramiento en salud con corte noviembre de 2018. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>.

Mora-Ríos, J., & Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. Artículo original *Salud Mental* (Vol. 303). Recuperado de: <http>

Muñoz, M., & Muñoz, M. (2009). Estigma y enfermedad mental análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/id/10344864>

Navarro Bayón, D., García-Heras Delgado, S., Carrasco Ramírez, O., & Casas Toral, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Psychosocial Intervention*, 17(3), 321-336.

OMS. (2018). Suicidio. Recuperado 17 de octubre de 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización de las Naciones Unidas. (2007). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Recuperado de <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de Salud. (Mayo de 2012). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1

Overton, S. L., & Medina, S. L. (2008). *The stigma of mental illness*. *Journal of Counseling & Development*. Vol 86(2), 86, 143–151. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00491.x>

Palacios-Espinosa, X., & Jiménez-Solanilla, K. O. (2008). Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26(2), 195-210.

Pérez Álvarez, C., Bosqued Molina, L., Nebot Macías, M., Guilabert Vidal, M., Pérez Zaera, J., & Quintanilla López, M. Á. (2015). Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 721-730. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000400002>

Pinargote, V., & Cristina, R. (2014). Presencia del “síndrome del cuidador” en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el Instituto de Neurociencias de la JBG. Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/6283>

Ramirez, N. H., Juárez, F., Baños, A. J. P., Luzardo, J. G., Chávez, Y. M. R., Castilla, A. M. S., & Amaya, M. V. V. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125–140. <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.49966>

Ro, E., Watson, D., & Clark, L. A. (2018). *Domains of psychosocial disability and mental disorders*, (April), 1–12. <https://doi.org/10.1002/jclp.22650>

Rose, D., & Thornicroft, G. (2010). *Service user perspectives on the impact of a mental illness diagnosis*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19(02), 140–147. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00000841>

Salaheddin, K., & Mason, B. (2016). *Identifying barriers to mental health help-seeking among young adults in the UK: a cross-sectional survey*. *British Journal of General Practice*, 66(651), e686–e692. <https://doi.org/10.1109/EITech.2016.7519620>

Urrego, Z., Mendoza, N., Cárdenas, Y., Prada, A., & Gómez, M. (2012). Epidemia de Cuerdas”: Caracterización del comportamiento suicida en indígenas del Vaupés y propuesta metodológica para su análisis por determinantes y para el estudio de casos. Bogotá: Sinergia, 44.

Urrego-Mendoza, Z. C., Bastidas-Jacanamijoy, M. A., Coral-Palchucán, G. A., Bastidas-Jacanamijoy, L. O. (2017). Narrativas sobre la conducta suicida en pueblos indígenas colombianos, 1993-2013. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(3), 400–409. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n3a10>

Valle, J. S. L., & Jiménez, S. R. (2012). Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública. *Medicina UPB*, 31(1), 42-52.

Vargas-Espíndola, A., Villamizar-Guerrero, J. C., Puerto-López, J. S., Rojas-Villamizar, M. R., Ramírez-Montes, O. S., Urrego-Mendoza, Z. C., & Urrego-Mendoza, Z. C. (2017). Conducta suicida en pueblos indígenas: una revisión del estado del arte. *Revista de La Facultad de Medicina*, 65(1), 129–135. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.54928>

Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>

Wagner, L. C., Geidel, A. R., Torres-González, F., & King, M. B. (2011). Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2077-2087.

Weisz, B. M., Quinn, D. M., & Williams, M. K. (2015). *Out and healthy: Being more “out” about a concealable stigmatized identity may boost the health benefits of social support.* *Journal of Health Psychology*, 21(12), 2934–2943. <https://doi.org/10.1177/1359105315589392>