



## **Estigma y discapacidad psicosocial en el marco de los resultados en salud mental del conflicto armado en Colombia.**

Foco particular en la población indígena  
y afrodescendiente.

(Resumen)



Iconografía: freepik

**Investigadora principal:**

Lina María González B.

**Investigadores:**

Ana María Ortiz Hoyos.

Santiago López.

Alejandro A. Díaz O.

Óscar Gómez.

María del Pilar Otero.

Edgardo Luis Ortega.

# Contenido

<b>1.</b>	<b>Introducción</b>	4
<b>2.</b>	<b>Marco teórico</b>	6
2.1	Salud mental	6
2.2	Discapacidad psicosocial	8
2.3	Estigma	9
2.4	Barreras de acceso a los servicios de salud	10
2.5	Poblaciones étnicas, afrodescendientes y víctimas del conflicto armado	12
<b>3.</b>	<b>Objetivos</b>	16
3.1	Objetivo general	16
3.2	Objetivos específicos	16
<b>4.</b>	<b>Metodología</b>	18
4.1	Diseño de investigación	18
4.2	Definición de poblaciones	20
4.3	Tipo de relación	20
4.4	Diseño de muestreo	21
4.5	Recolección de información	21
<b>5.</b>	<b>Resultados</b>	22
5.1	Concepto de salud mental	22
5.2	Estigma y salud mental	25
5.3	Barreras a la inclusión	28
5.4	Apoyo y cuidado	32
5.5	Observaciones y sugerencias	34
<b>6.</b>	<b>Conclusiones</b>	36
<b>7.</b>	<b>Discusión</b>	42



# Introducción

**La salud mental, la discapacidad psicosocial y el estigma son realidades de interés no sólo para el contexto colombiano de posacuerdos, sino para el mundo en general. Al respecto, sin embargo, hay poca investigación (teórica y empírica), a pesar de haberse encontrado a nivel mundial, y de manera particular en Colombia en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, que la mayor barrera de acceso a su tratamiento es la actitudinal, fuertemente ligada al estigma.**

La presente investigación se propuso incrementar el conocimiento alrededor del estigma, la salud mental y la discapacidad psicosocial, haciendo hincapié en las poblaciones indígenas, afrodescendientes y víctimas del conflicto armado. Es importante recalcar que para el desarrollo de la investigación las poblaciones indígenas que se tomaron en cuenta fueron las emberá-katío, jóvenes del cabildo Obonuco, pastos, wiwas y wayú. Todos ellos participaron a título personal dentro de la investigación y sus opiniones no comprometen a la totalidad de su comunidad.



Luego de una amplia revisión de la literatura disponible, se realizó esta investigación cualitativa de 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 mencionados anteriormente; población sin pertenencia étnica ni víctima del conflicto armado de distintos estratos sociales y económicos, así como actores claves en las temáticas de salud mental y discapacidad psicosocial.

Además, esta investigación tiene un énfasis sensible en la salud mental y su relación con el conflicto armado colombiano. Se indaga por su relación y posibles derivaciones en presencia de discapacidad psicosocial, con su correspondiente estigma y autoestigma. Ello presenta retos importantes a la hora de la atención psicosocial a esta población, así como las posibilidades de su recuperación.



## Marco teórico

### 2.1 Salud mental

---

La salud mental es un concepto complejo que ha sido abordado desde múltiples disciplinas y orientaciones teóricas, culturales y políticas. Esta diversidad de aproximaciones la transformaron en un concepto diverso, amplio y dinámico, con la capacidad de adaptarse a los retos de las sociedades contemporáneas.

Sin embargo, no se puede ejercer política pública con definiciones tan diversas. Para efectos prácticos, 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).



Esto es interesante pues hace énfasis en el desarrollo integral de las personas y en la capacidad de interactuar de manera saludable. Esto perfila el segundo elemento conceptual relevante: la necesidad de diferenciar la salud mental de la enfermedad mental. Ello quiere decir que mantener una salud mental vigorosa no significa no sufrir de enfermedades mentales, sino proteger y enriquecer relacionamientos que permitan a las personas desplegar sus potencialidades. Ello implica que los factores que pueden afectar la salud mental pueden estar relacionados con situaciones de salud de orden emocional (infelicidad, soledad, entre otros), sociorelacionales (problemas intrafamiliares, comunitarios, laborales, discriminación por género, raza o ingresos), socioeconómicos (falta de oportunidades, desempleo) o choques externos (desastres naturales, guerras) (Choudhry et al., 2016).

## 2.2 Discapacidad psicosocial

---

La relación entre la salud mental, enfermedad mental y discapacidad psicosocial es compleja. Es importante hacer énfasis en que son conceptos distintos y que uno no deriva del otro de manera directa. La discapacidad psicosocial se entiende como 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). Reconocida en los instrumentos internacionales, la discapacidad psicosocial puede aparecer cuando personas con trastornos mentales están pasando por un episodio (crisis psicótica, depresión, estrés postraumático) y esto interfiere en sus relaciones de toda índole y en particular en la posibilidad de ser incluido socialmente. La discapacidad psicosocial se asocia a dificultades y/o limitaciones en el autocuidado, la autonomía, el autocontrol, las relaciones interpersonales y el tiempo libre y ocio (2016, pp. 252–253), las cuales limitan al individuo en su desarrollo y vínculo consigo mismo y con el entorno.

Aunque parece haber diagnósticos más aceptados culturalmente que otros, en general 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 hacia quienes la padecen (Rose & Thornicroft, 2010) y acentuando aún más la discapacidad del individuo e incluso la de su familia. Asociado a lo anterior, se hace necesario vincular a las áreas de las ciencias sociales y humanas a la reflexión sobre el estigma frente a la salud mental, la discapacidad psicosocial y la enfermedad mental, procurando por diálogos entre la comunidad médica y fuera de ella.



## 2.3 Estigma

---

Este tipo de socialización cultural de la enfermedad mental tiene asociados creencias, sentimientos y significados que suelen ser relacionados al rechazo y al no reconocimiento. En este proceso juega un proceso central la estigmatización que sufren las personas con una discapacidad psicosocial o con un trastorno mental.

El estigma es una marca que se le imprime a una persona que permite identificarla con ciertos rasgos que son asociados culturalmente a la marca. 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).

Esta marca, como fue mencionado anteriormente, detona actitudes semiautomáticas que suelen tener consecuencias negativas en la persona que porta la “marca”. Es en este sentido en que es importante la reflexión social y cultural alrededor del estigma. 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 o 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.

Se considera que buena parte de esta caracterización negativa está asociada sobre todo a falta de información. Se tienen etiquetas frente a la enfermedad mental 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).

Una característica importante del estigma y la salud mental es el autoestigma que se caracteriza por ser el estigma que se aplica la persona con discapacidad psicosocial o trastorno mental sobre sí misma. La persona estigmatizada no es un agente pasivo en la relación de estigmatización, y suele tejer relaciones con él de cara a ocultarlo, disfrazarlo o negarlo. Allí reside el autoestigma, la persona teme ser identificada en el grupo estigmatizado y sufrir discriminación, generando mayores dificultades para relacionarse con su entorno.

## 2.4 Barreras de acceso a los servicios de salud

---

Parte de la presente investigación indaga sobre las razones por las cuales las personas con trastornos mentales y/o discapacidad psicosocial no acceden a servicios de salud. Un estudio llevado a cabo en Inglaterra en 2016 señaló que las barreras en la búsqueda de ayuda involucran la preocupación sobre la confidencialidad y confianza, y la preferencia por fuentes informales de ayuda para el estigma (Salaheddin & Mason, 2016). Las barreras pueden tener características asociadas al estigma, a la enfermedad mental o a la posición socioeconómica de la familia o la persona.

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”, la 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.



El estudio realizado por González, Peñalosa y cols (2016), 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”, “descuido” o “no querían asistir”, todas estas respuestas asociadas a causas de orden actitudinal relacionadas con posible estigma y miedo, entre otros.

## 2.5 Poblaciones étnicas, afrodescendientes y víctimas del conflicto armado

---

La presente investigación hace énfasis en tres poblaciones en particular, motivado por la discriminación histórica que han sufrido y la necesidad de ampliar el conocimiento sobre su salud mental. Por ello, fueron priorizadas tres poblaciones que, como veremos más adelante, se trasponen unas con otras. Estos son: la población víctima del conflicto armado, los participantes de las comunidades indígenas consultados, y la población afrodescendiente.

### Víctimas

El conflicto armado ha tenido consecuencias sobre la salud mental de los colombianos. 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 afectación 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).

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. 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).

Los principales trastornos de salud mental que se presentan en las víctimas del conflicto armado son: sentimientos de persecución; 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).

## Indígenas

La segunda población para tener en cuenta es la indígena. Las comunidades indígenas en Colombia se estiman en 102 pueblos y representan el 3,4% de la población. La diversidad de estas comunidades debe ser tenida en cuenta, ya que es imposible formular una noción de salud mental que las abarque a todas. Sin embargo, hay elementos comunes: el carácter holístico, vinculado al territorio y al bienestar colectivo e individual de la salud mental (Gómez-Restrepo, Rincón, & Urrego-Mendoza, 2016; Urrego-Mendoza et al., 2017).

Sin embargo, hay una deuda académica con las comunidades indígenas, a la hora de explorar de manera más profunda sus nociones sobre la salud mental o los “padecimientos del alma”, en palabras de las comunidades indígenas del sur del país. El ecosistema de nociones de salud mental, procedimientos para la atención de los trastornos y mantenimiento de la salud mental es poco valorado y es un conocimiento que hace falta reconstruir.

Como se mencionó antes, la distinción entre las tres poblaciones no es una línea visible y clara, y se trastoca de forma permanente. Las comunidades indígenas han sido especialmente afectadas por el conflicto armado, y el desplazamiento forzado es un factor importante de los problemas de salud mental de esta población. Además, la posición que ocupan las comunidades indígenas en el cuerpo social y la marginación que sufren es una dificultad más en estos términos: “estado marginal de discriminación social y económica que ha traído efectos devastadores para la salud mental” (Gómez-Restrepo, Rincón, & Urrego-Mendoza, 2016).

Finalmente, el trastorno más común en las comunidades y pueblos indígenas es el suicidio. En la literatura es reconocida como una realidad preocupante. Aquí se unen elementos como el desplazamiento forzado, la aculturación y la separación del territorio, los cuales dificultan las condiciones para tener una adecuada salud mental de las comunidades indígenas (Valle & Jiménez, 2012).

## **Afrodescendientes**

Finalmente, la última población a la cual se le hará énfasis es la afrocolombiana. La comprensión de la salud mental para estas comunidades es difícil de rastrear debido a la poca información (Gallo Restrepo, Meneses Copete, & Minotta Valencia, 2014), agravado por el estigma asociado a la salud mental, que la cubre de un velo de oscuridad (Osorio-Cuellar, Pacichana-Quinayáz, Bonilla-Escobar, Fandiño-Losada, & Gutiérrez-Martínez, 2017).

De igual manera que con las comunidades indígenas, las poblaciones afrodescendientes sufren de la violencia de manera más aguda. Es alarmante evidenciar que la población afroco-

lombiana 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 la Consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento (CODHES, 2018), entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2018, se presentaron en Colombia 126 eventos de desplazamiento, con un total de 38.490 personas afectadas, siendo 8.376 de ellas afrodescendientes.

---



# Objetivos

## 3.1 Objetivo general

---

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

## 3.2 Objetivos específicos

---

1. Describir y dar cuenta de las limitaciones frente al acceso a servicios en salud mental, relacionados con barreras actitu-





dinales –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.



## 4.1 Diseño de investigación

---

Este es un estudio cualitativo de carácter interpretativo y explicativo. En este se buscó dar cuenta de las causas y consecuencias del fenómeno del estigma que sufren las personas con discapacidad psicosocial o trastornos mentales. Además, teniendo en cuenta que estas personas tejen relaciones sociales mediadas por el cuidado, familia, comunidad o etnia, el estudio buscó tener una perspectiva individual y social sobre el estigma. En este sentido, se buscó información sobre los eventos, las creencias, las actitudes y las posiciones políticas que conforman, potencian o contienen el fenómeno de la estigmatización, buscando la manera en la cual estos se entrelazan e interactúan actores y acciones.



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.

## 4.2 Definición de poblaciones

---

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

- Personas con discapacidad psicosocial y sus familiares.
- Víctimas del conflicto armado.
- Familiares, cuidadores principales o acompañantes principales de víctimas del conflicto armado y de personas con discapacidad psicosocial.
- Afrocolombianos víctimas con o sin discapacidad psicosocial.
- Indígenas víctimas con o sin discapacidad psicosocial.

## 4.3 Tipo de relación

---

Investigador-objeto de estudio

El tipo de relación entre investigador e investigados fue horizontal y dialógico, y estuvo 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.

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.

## 4.4 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 la información recogida se torne circular), como indicador de un proceso de muestreo exhaustivo de la información de los actores.

## 4.5 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 cómo, las diferentes matrices donde el estigma, el trastorno de estrés postraumático (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, indígenas y mujeres (de ambos grupos mezclados).



## 5.1 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. Los resultados en general fueron diversos, con un elemento común en todos los grupos focales y fue la dificultad para llegar a una primera aproximación del término, de la mano de actitudes de sorpresa, inquietud e incluso miedo con respecto al término.

La salud mental es definida por parte de muchos participantes en relación a la presencia o no de un trastorno mental, o vinculada de manera directa a la salud física, a la posibilidad de comer y dormir bien, es decir, con aquello que se puede



hacer visible o evidente para la persona.

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.

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 que hay un vínculo inseparable 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).*

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.

Además de la definición de salud mental, se presentaron varias categorías emergentes como el cuidado de la salud mental, las causas que generan problemas en la salud mental, la percepción del tratamiento, las causas para no consultar, los momentos de buscar ayuda, la trivialización de la salud mental y las Implicaciones del conflicto armado en la salud mental de los colombianos. Todas estas categorías reflejan



cómo el concepto de salud mental, si bien es poco claro, denota posiciones y acciones en relación a cómo se vive, cómo se cuida intuitivamente y cuánto afecta cuando se ve lesionado.

## 5.2 Estigma y salud mental

---

Cuando a las personas que participaron de la investigación se les preguntó por la palabra estigma y su significado, las respuestas más referidas fueron aislamiento, marca, señalamiento, prejuicio, un sello social, rechazo, rótulo, discriminación, encasillamiento, clasificación con una connotación negativa, categorización y segregación. Todos esos significados están asociados a cargas negativas, y además hacen énfasis en el carácter segregacional del estigma, un concepto que está relacionado de forma cercana con la enfermedad mental y que además tiene una gran conexión con la discriminación y la discapacidad psicosocial.

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).

*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).*

La marca es preocupante, en la medida en que condiciona la forma en la que las personas con enfermedades o trastornos mentales se relacionan con su entorno (Dziurkowski, Dziurkowska, & Zbyszkowicz, 2017). 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). En el material cualitativo, los participantes refieren que es muy difícil explicar su enfermedad pues no es visible, sin embargo, el estigma sí lo es.

*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).*

Una de las principales características encontradas es que buena parte de los estigmas en salud mental se desprenden de la falta de información sobre el tema. La apuesta por aumentar los niveles de información tiene que ver con el ejercicio de informar a la comunidad, desmitificar los trastornos mentales y promover el cuidado de la salud mental como un ejercicio regular.

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 ex-



ternalización de una enfermedad mental y su mejoría, dada muy posiblemente por el apoyo social y el afrontamiento de la condición (Weisz, Quinn, & Williams, 2015). A su vez, ambientes cerrados y poco propensos a la comunicación alrededor de la salud mental pueden incrementar las consecuencias de la enfermedad sobre las personas y empeorar una discapacidad psicosocial.

El autoestigma, por otra parte, son las etiquetas, prejuicios, discriminación, estereotipos negativos que ejerce la persona a sí misma y que son incorporados a la identidad de la persona con un trastorno mental. Se relaciona con el miedo que sienten las personas con una discapacidad psicosocial o un trastorno mental de ser catalogadas dentro de las categorías que produce el estigma. El autoestigma provoca comportamientos evitativos y de disminución de la autoeficacia.

*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 un caparazón y nos permite estar solos, de pronto tener contacto virtual solamente y eso nos hace sentir más seguros (Grupo focal, Bogotá).*



Ello implica que uno de los elementos más problemáticos sea aceptar el diagnóstico y enfrentarse frente a la realidad del estigma y de los significados que se le asocian, el estigma y el autoestigma se convierten entonces es una barrera para la búsqueda de ayuda.

*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).*

### 5.3 Barreras a la inclusión

---

Este apartado indagó sobre las barreras a la inclusión de las personas con discapacidad psicosocial o de las personas con algún trastorno mental en diferentes espacios: los servicios de salud; actitudinales; administrativas; económicas y geográficas; sociales, y por etnia o género. Para ello se profundizó en el material en dos sentidos: primero, en el de las personas con discapacidad psicosocial, cuestionando por las barreras que sufrieron; y luego, del público en general, para lograr evidenciar prejuicios y barreras que ellas imponen.

Para el presente resumen se resaltan sólo algunos tipos de barreras que fueron los más relevantes dentro del estudio. El análisis exhaustivo de cada una de ellas se encuentra dentro del texto completo, sin embargo, por cuestiones operativas

se hará énfasis en las barreras del sistema general de seguridad social en salud, del personal médico y en las actitudes sociales.

La primera barrera por indagar, sobre las barreras en salud, parte de reconocer que el Sistema General de Seguridad Social en Salud es la puerta de entrada de las personas cuando tienen algún trastorno o discapacidad psicosocial. Al ser el primer lugar al que se acude, puede ser la primera barrera a la que se enfrente una persona que requiera servicios de salud mental.

*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).*

Además, la poca información que se tiene sobre el sistema de salud y su relación con la salud mental dificulta una relación transparente donde las personas sientan que pueden acudir allí a recibir apoyo para resolver sus problemas.

Las barreras actitudinales son transversales, están compuestas de las actitudes que las personas con y sin discapacidad psicosocial tienen frente a la salud mental y sus servicios, a los trastornos mentales y a la propia discapacidad psicosocial. La principal barrera actitudinal encontrada fue menospreciar la salud mental, es decir, considerarla como algo poco relevante. Esto importante, pues 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.

*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).*

Estas actitudes son reforzadas por las posiciones que se encuentran en el personal médico cuando se va a servicios de salud mental. Esta barrera es híbrida entre administrativa, de salud y actitudinal. Articula tres elementos alrededor del estigma sobre la salud mental en el personal médico, lo que puede hacer que personas con problemas se alejen por miedo a recibir discriminación en los servicios médicos.

*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).*

Otra barrera principal se desprende de la medicación, pues implica a actores sociales y administrativos y articula distintos tipos de barrera. El presente texto no quiere hacer una crítica ni una defensa a la medicación psiquiátrica, sin embargo, sí se pretende explorar la dimensión cualitativa (cómo se percibe) del medicamento. 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 a 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.

Finalmente, la última barrera por resaltar es la correspondiente al estigma y la forma en la que se oculta. Buscar escapar del estigma de enfermo o “loco” hace que las personas configuren actitudes frente a su propia salud mental (autoestigma) como frente a la sociedad (estigma) que las alejan de los servicios de salud. Ocultar el estigma y los síntomas se convierte en una prioridad de las personas.

*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).*

## 5.4 Apoyo y cuidado

---

Una parte fundamental de los trastornos mentales y la discapacidad psicosocial son las relaciones de cuidado que se tejen a su alrededor. El cuidado, para efectos de la investigación, será tomado como acompañamiento, cuidado, comprensión o respaldo, provisto por una persona o institución a una persona con un problema o trastorno de salud mental. Es decir, no exclusivamente en su dimensión médica. Además, se indagó sobre el cuidado en espacios familiares, el espacio institucional y el espiritual.

El espacio familiar se reconoce como un lugar de especial importancia para la recuperación.

*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).*

El cuidado es importante porque la calidad de los vínculos afectivos que existan entre los miembros del grupo familiar determina si el apoyo que se brinda es el adecuado, lo que puede promover ambientes propicios para la inclusión social de las personas con discapacidad psicosocial (Canetti, et al., 1997; Arnaiz e Iriarte, 2006).

Dentro del apoyo familiar figuran, de manera especial, el apoyo de los padres y de la pareja. Dentro de las relaciones familiares, que se asumen tensas, estos dos actores juegan en un papel central.



*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).*

*Además, 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: “a veces veo a mi esposo que sólo es él quien se queda en el hospital, él es haciendo las vueltas”. (Grupo focal, Pasto).*

Sumado al círculo familiar, las instituciones del Estado deben tomar parte dentro de las relaciones de apoyo y cuidado de las personas con discapacidad psicosocial, víctimas del conflicto armado, afrodescendientes y comunidades indígenas. 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 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.

En este contexto también participan las organizaciones no gubernamentales, cubriendo las necesidades de apoyo que las instituciones del Estado no pueden suplir.

Finalmente, el apoyo espiritual es reconocido por los participantes como importante en la relación con su salud mental. Se reconoce la importancia de la religión a la hora de pasar por los momentos más difíciles de la vida.

*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).*

## 5.5 Observaciones y sugerencias

---

Este apartado busca recoger las observaciones y sugerencias de los participantes de la investigación sobre la salud mental y la aproximación del Estado a ella. Para ello se enumerarán las propuestas.

- Una estrategia educativa para llevar la salud mental a los colegios y acciones de sensibilización.
- Se sugieren acciones afirmativas frente al cuidado de la salud mental, un tema que se encuentra subvalorado por la sociedad. La principal propuesta son servicios de salud mental que funcionen de forma preventiva y con promoción de la salud mental.
- Acompañamiento a las víctimas del conflicto armado en el apartado psicosocial, que se concentra sobre todo en ampliar la cobertura del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI).

- Se reclama mayor apoyo a las organizaciones de la sociedad civil por parte del Estado, no sólo en financiación, sino en permitirles acceder a espacios decisorios y mantener con ellas lazos de comunicación fluidos.

---



## 6 Conclusiones

- 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 sus familiares.
- El cuidado de la salud mental está relacionado, para la población de la investigación, con la búsqueda de tranquilidad y sensación de bienestar, en actividades como el ejercicio, la espiritualidad, el relacionamiento social y el ocio, entre otros.
- Los participantes indígenas entrevistados 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 enfermedad mental. Sin embargo,



dada la diversidad de concepciones de salud mental en las poblaciones indígenas y la forma en la que participaron las personas entrevistadas, a título personal, estas conclusiones no pueden extrapolarse ni a sus comunidades ni a los pueblos indígenas en general.

- Hablar de salud mental en ocasiones se hace de manera temerosa, se considera un riesgo reconocer su existencia y sus trastornos, sin embargo, hay una búsqueda permanente para hablar sobre las emociones propias y las de otros.
- La trivialización de la salud mental, al no tener una evidencia física de un padecimiento, se hace menor, menos importante y se relaciona con la fragilidad y la falta de voluntad para solucionar el problema.
- Algunos factores identificados por la población como deto-

nantes de problemas de salud mental se refieren al desempleo, a las dificultades económicas, a la alta carga laboral, a la inequidad salarial y las dificultades de relacionarse de manera adecuada con su entorno, en ocasiones también se hace una asociación entre enfermedades físicas y los trastornos mentales.

- En los participantes de 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 ligados en gran medida a la exposición persistente a las áreas de conflicto armado que se han asociado a acoso laboral y sexual, llevándolas entre otros a un aumento de desconfianza frente a los otros y al silencio como manera de protección.
- El tratamiento frente a la salud mental se identifica con internación en clínicas psiquiátricas, medicinas y –a diferencia de una hospitalización por una enfermedad física– esta no genera compasión sino vergüenza, e incluso se percibe como un empeoramiento de la enfermedad.
- La población con un trastorno mental y discapacidad psicossocial consultada reconoce el diagnóstico y tratamiento como liberador, como un paso hacia la rehabilitación.
- 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.

- La población consultada reconoce el estigma, en general, como una marca, una etiqueta negativa que lleva a la discriminación y a la segregación.
- 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, así como de la importancia y alcance de los tratamientos para trastornos mentales.
- El autoestigma es generado por el estigma social, este autoestigma se reconoce por la población consultada como el miedo, la posibilidad de incapacidad y la vergüenza que produce la posibilidad de tener una enfermedad mental o el diagnóstico de la misma.
- 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.
- Las poblaciones consultadas, las cuales gozan de especial protección constitucional, identifican una serie de condiciones que se suman y se vuelven en su contra: el estigma por ser afrocolombiano o indígena, el estigma por ser víctima del conflicto armado y el estigma por tener una enfermedad mental.
- Esta investigación pone sobre la mesa un constructo fruto de los discursos y los análisis de los mismos y es lo que hemos denominado “triple estigmatización” que se da cuando se encuentran la discapacidad psicosocial, el ser víctima del

conflicto armado y el ser perteneciente a una población afrodescendiente o indígena, generando no sólo una mayor barrera para acceder a los diferentes servicios sino unas mayores limitantes para la inclusión.

- Son diversas las barreras para las personas que presentan una discapacidad psicosocial. 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, y van de la mano al autoestigma. Son la primera y gran limitación para acceder a cualquier servicio y están acompañadas 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 es de los últimos recursos al consultar cuando hay un problema o trastorno en salud mental, se asocia con la medicación y con una persona que desconoce el contexto y condiciones sociales y familiares que rodean a una persona.
- 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 “invisibilizarlo”.



- 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.
- 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, así como la prestación de servicios integrales desde salud, educación y espacios familiares y comunitarios. Especialmente desde el grupo de población víctima del conflicto armado se reconoce la necesidad de un acompañamiento oportuno y duradero.



**La discapacidad psicosocial es un concepto que si bien está definido y enmarcado tanto en lo legal como en las clasificaciones de discapacidad, aún sigue siendo un concepto poco claro y aún 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, ésta sea vista meramente desde el trastorno y la enfermedad, haciendo que tan sólo los círculos muy especializados que lo han estudiado, entendido o vivido lo comprendan.**

Esta situación no sólo limita la rehabilitación de la persona que presenta una discapacidad de este tipo, sino su propia inclusión social, familiar, comunitaria y laboral, lo que en parte se debe, tal como lo 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. Dicho de otra forma, el hecho de no ser fácilmente visible como ocurre con una discapacidad física,



cognitiva o sensorial, hace la discapacidad psicosocial no sólo pasar desapercibida, sino también 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 en tanto la presencia de un trastorno que sea tan visible que haga percibir a quien la padece como “loco”.

Si bien se encuentran diferencias en torno a definir salud mental, discapacidad psicosocial y estigma entre las diferentes comunidades estudiadas, en particular en las poblaciones indígenas, afrodescendientes y las personas víctimas del conflicto armado, 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 y un profundo rechazo a pensar en

la cercanía a la enfermedad mental, aunque de manera llamativa una necesidad expresa de poder hablar de su salud mental. Esto último 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 su 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 que estos permitieron a los participantes encontrar respuestas a dudas que vivían en silencio y a evidenciar un particular interés frente al tema, en tanto había un espacio que le validaba esta posibilidad. Dicha situación da línea a acciones para trabajar con grupos y comunidades en general para entender la enfermedad mental, la discapacidad psicosocial, pero en particular para que puedan explicarse y cuidarse.

A pesar de que 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 y, a la vez, impactado a las diferentes personas y grupos étnicos, más allá de una vivencia personal. El conflicto armado en el país se ha constituido como un marcador para el desarrollo de las particularidades y lecturas de salud mental, que evidencia la necesidad de abordar este concepto con los matices propios que la guerra ha propiciado en la población y que le ha llevado a discursos particulares no sólo frente a este concepto, sino también frente a la presencia de enfermedad mental.

En este contexto, surge la vivencia de una doble victimización para quienes de alguna manera la padecen y 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 tantos realizados por eclesiásticos, que en el caso particular de la población indígena, 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 al 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, a 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, impidiéndole enfrentarse a la situación que vive y empeorándola. Es una limitante externa que presiona aún más las limitantes particulares de la persona. Sin embargo, es paradójico encontrar que cuando se es capaz de revelar esta identidad que ha sido estigmatizada y evidenciar frente a otros ese estigma hay un mejor desenlace en la salud y un mayor apoyo social.

Es clara la necesidad de crear estrategias de tratamiento psicológico para afrontar las consecuencias de la violencia en salud mental; adicionalmente, se señala 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, lo que genera una falta de articulación entre el servicio y quienes necesitan de él.

Tal como lo anotaba en el año 2002 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. Además, otra 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 estas poblaciones víctimas del conflicto armado, haciendo que en ellas las barreras actitudinales y sociales sean mucho más fuertes y mucho más evidentes, haciéndolas vivir lo que hemos denominado una triple estigmatización, y convirtiéndolas en poblaciones en donde se requieren acciones mucho más específicas y pensadas desde sus particularidades culturales, étnicas y sociales, así como actividades 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 ignorado 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 del deterioro de salud mental, y ser más inclusiva 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.

---



[www.saldarriagaconcha.org](http://www.saldarriagaconcha.org)



Con el apoyo de:  
**FORD  
FOUNDATION**

[www.fordfoundation.org](http://www.fordfoundation.org)