



Revista Facultad Nacional de Salud Pública
ISSN: 0120-386X
revistasaludpublica@udea.edu.co
Universidad de Antioquia
Colombia

Ruiz E., Luisa F.

Salud mental en tiempos de guerra: una reflexión sobre la relación salud mental - conflicto armado en pueblos indígenas en situación de desplazamiento en Bogotá

Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 30, 2012, pp. 17-20
Universidad de Antioquia
.png, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12025811003>

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

Salud mental en tiempos de guerra: una reflexión sobre la relación salud mental - conflicto armado en pueblos indígenas en situación de desplazamiento en Bogotá

Mental health during wartime: on the relationship between mental health and armed conflict among the indigenous communities of Bogotá undergoing forced displacement

Luisa F. Ruiz E.¹

¹ Universidad Nacional, Programa Interfacultades, Facultad de Medicina, Doctorado en Salud Pública. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: lruizeslava@gmail.com

Introducción

En la actualidad, las políticas y la oferta de servicios en salud mental para los pueblos indígenas en situación de desplazamiento están trazadas por la mirada hegemónica occidental de salud mental vista como ausencia de la enfermedad mental, de la práctica unidireccional de intervención, y de políticas que no tienen en cuenta la realidad del indígena y sus colectividades. La particularidad de lo indígena se excluye y se pierde dentro de la norma, afectando directamente la calidad de vida de la población.

Las construcciones en salud mental de las poblaciones indígenas son fundamentalmente diferentes de las formas no-indígenas que se estructuran en los países desarrollados. De esta forma, la atención a los pueblos indígenas desde una perspectiva occidental puede ser, en algunos casos, una forma de perpetuar la opresión, desconociendo características situacionales e identitarias de las poblaciones. La identidad es un requisito previo necesario para la salud mental. Los altos niveles de estrés emocional, depresión, ansiedad, abuso de sustancias y suicidio en poblaciones indígenas, están estrechamente relacionados con cuestiones de la identidad individual y la autoestima [1].

El proyecto de investigación propone una comprensión en salud mental que se aleja del signo esencialista impuesto por el diagnóstico y de posturas lineales para

la intervención, y se acerca a la diversidad inherente y llena de matices de las realidades y significados construidos por las colectividades indígenas, que son complejas, históricas, culturales y políticas.

“La salud mental, más que un estado individual, constituye una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos. La salud mental no reside tanto en el funcionamiento abstracto de un organismo individual sino en el carácter de las relaciones sociales donde se asientan, construyen y desarrollan las vidas de cada persona” [2].

Es una realidad que en Colombia las condiciones de vida son precarias para muchos. Algunos autores señalan cómo las actuales condiciones de vida^{*} [3] (el capitalismo, la globalización, la guerra, entre otras) han causado el deterioro en la construcción de vida del sujeto.

Estudios sobre salud mental sugieren que las personas que viven un estilo de vida moderno en las sociedades contemporáneas pagan un precio psicológico en términos de ansiedad y estrés. Estos síntomas surgen como respuesta al mundo capitalista contemporáneo, caracterizado por diversidad de conflictos individuales y colectivos, donde las ansias de poder llevan al desconocimiento del otro, donde impera el nerviosismo y una permanente crisis de identidad. Se identifica el mundo actual como individualista, narcisista (del individuo en relación consigo mismo y con el mundo). De esta manera, se señala el estilo de vida de la sociedad contemporánea como factor desencadenante de enfermedades men-

* Las condiciones de vida pueden verse como un conjunto de factores determinantes que interactúan para proteger o deteriorar el desarrollo humano y social; asimismo reflejan la capacidad de la sociedad de resolver satisfactoriamente el conjunto de necesidades humanas. Vistas ampliamente, las condiciones de vida tienen dos grandes dimensiones: la pobreza —abstracción de orden económico y político— y la desigualdad social, que es consecuencia de la diferenciación social e involucra conceptos estructurales como equidad y ciudadanía. Organización Panamericana de la Salud, OPS - Organización Mundial de la Salud, OMS.

tales a través del desenraizamiento, una discontinuidad cultural generada por el mundo globalizado y siempre competitivo que nos hace desechar lo que no tenemos [4].

La salud mental implica el Ser (biológico, político, social, cultural, histórico, etc.), pero también implica los contextos donde se desenvuelve el sujeto, las relaciones, las emociones, la seguridad, la economía, la vida cotidiana, la historia como sujeto, la integralidad.

Sullivan [5], concibe el trastorno mental como un proceso interactivo. Como punto de partida de la investigación cultural, se requiere que el trastorno mental sea comprendido en el ámbito de la vida social cotidiana y no en el escáner cerebral o la clínica.

En la actualidad se reconoce que la vida cotidiana y los escenarios en los que se desenvuelven los sujetos, marcan la salud mental, la construcción del ser, las relaciones, la capacidad de actuar, narrar e interactuar con el otro y con lo social. Muchos de los sujetos, hoy, se encuentran incompletos y alienados, y la construcción socio-histórica está marcada por la carencia, la falta de oportunidades, de comida, de vivienda, de estudio, de familia, de afectos.

De esta forma, el proyecto de investigación se desarrolla desde una perspectiva de salud mental que debe verse, entenderse y ser intervenida como parte de la vida colectiva de los indígenas y no como un evento externo de la historia de ese sujeto. La salud mental es un elemento de la vida, es una construcción social cambiante, donde estamos inmersos todos con nuestros aconteceres.

Materiales y métodos

Enfoque y triangulación de métodos

“...la investigación en salud tiene necesariamente que dirigirse a ayudar la emergencia del sujeto fortaleciendo la voluntad y la capacidad de los individuos para ser actores de su propia vida” [6].

El método en esta investigación será comprendido desde el pensamiento crítico, donde la naturaleza y dinámica en la relación salud mental - conflicto armado serán estudiadas desde la relación existente entre las realidades y las subjetividades de los individuos y sus colectividades. Los sujetos de estudio son los pueblos indígenas en situación de desplazamiento. Se pretende reconocer las complejidades existentes en la relación objeto - sujeto y como éstas se interrelacionan. Para esto, la investigación se desarrollará desde un enfoque

multimodal — también llamado mixto complejo—, fundamentado en la triangulación de métodos.

Se entiende la triangulación de métodos como la combinación o integración de los métodos cualitativos y cuantitativos, “...entendiendo que el mundo objetivo y el conocimiento que lo refleja no son ni solo cuantitativos ni solo cualitativos; la realidad se caracteriza por un movimiento de calidad en cantidad y viceversa. Son las técnicas las diferentes; las cuantitativas utilizan procedimientos extensivos y las cualitativas se centran en el registro intensivo individualizado” [7], siendo éstos (Jick 1983, citado por Flick 2004) “...complementarios más que (...) campos rivales” [8].

El diseño mixto complejo abarca un alto grado de integración entre las metodologías cualitativa y cuantitativa, las cuales se entremezclan a lo largo del proceso de investigación logrando una complementariedad entre ellas e integrando análisis, estructuras, procesos y resultados [9]. De esta forma, el diseño de triangulación es un enfoque de integración entre los métodos cualitativos y cuantitativos, conformando así un solo método, que permite la descripción y comprensión de los fenómenos humanos.

Conclusiones

El proyecto de investigación tiene como objetivo general lograr una comprensión integral sobre la naturaleza y dinámica de la relación salud mental - conflicto armado en pueblos indígenas en situación de desplazamiento en la ciudad de Bogotá, con el fin de contribuir a la formulación de políticas, planes, programas y proyectos relacionados con salud mental, con salud pública y con el abordaje a víctimas del conflicto armado. Se busca realizar un acercamiento a la relación salud mental - conflicto armado tomando como marco la medicina social latinoamericana, el sujeto como protagonista de la vida relacional - colectiva y la salud mental positiva.

En Latinoamérica, la *medicina social* y la salud colectiva en Brasil † [10] han venido avanzando en la comprensión de salud, llegando a proponer un cambio de paradigma que esté abierto a las dinámicas sociales y que no se rija por el biologismo clásico causal y la salud puramente asistencialista. De esta forma, la medicina social propone nuevas comprensiones frente a los fenómenos sociales, frente a la relación salud - enfermedad y frente a la relación sujeto - objeto; alejándose de posturas tradicionales, como las expuestas por las políticas

† El nombre de medicina social ha sido adoptado en la mayoría de los países latinoamericanos. “Sin embargo, es oportuno aclarar que en Brasil la corriente ha adoptado el nombre de salud colectiva porque el movimiento sanitario surgido en ese país consideró importante destacar que sus análisis del conjunto de las prácticas y organizaciones de salud, incluida la práctica médica, abandonan la enfermedad y su tratamiento, y el acto médico, como eje central del proceso salud/enfermedad/atención. Asimismo, consideraron que había que resaltar la noción de que es un proceso construido colectivamente, tanto en la forma que adquiere en cada sociedad y momento histórico como en las posibilidades de transformarlo”.

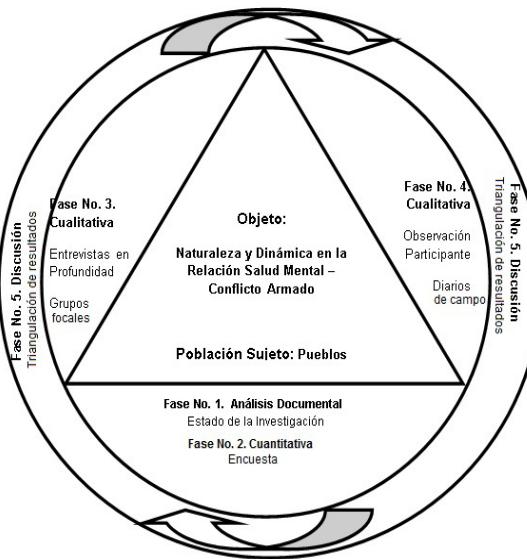


Figura 1. Ruta metodológica - Fases en el proceso de triangulación

del Estado, la salud pública en general y las corrientes epidemiológicas en particular.

En este sentido, se propone una *comprensión de la salud mental* que retorne al sujeto y su acontecer cotidiano, retomando las condiciones sociales, históricas, económicas y culturales; vislumbrando las relaciones, las conexiones y los aconteceres; trascendiendo al individuo, las explicaciones lineales, las rotulaciones y los diagnósticos; fomentando las voces de los colectivos. La salud mental debe verse, entenderse y ser intervenida como parte de la vida social de los sujetos y no como un evento externo de la historia de ese sujeto. La salud mental es un elemento de la vida, es una construcción social, donde estamos inmersos todos con nuestros aconteceres.

La salud es mucho más que la ausencia de la enfermedad, y la salud mental es mucho más que la ausencia de la locura. La salud debe ser abordada desde diversidad de matices, donde estén inmersos las comunidades y sus dinámicas, los sujetos y sus historias. No se puede “intervenir” desconociendo la realidad social del otro.

El anterior planteamiento no implica negar los factores biológicos de los sujetos ni la enfermedad mental, sino que intenta una mirada compleja de la salud mental donde estén presentes las relaciones, interacciones y construcciones sociales de los sujetos.

Por lo tanto, al hablar de *salud mental en tiempos de guerra* me refiero a una realidad social actual que se vislumbra entre periodos, secuencias y contextos específicos de la vida cotidiana de los sujetos y sus comunidades, donde el conflicto armado converge como un mecanismo de dolor y destrucción que busca principalmente

el dominio del Ser, determinando de manera radical la realidad individual y social de una persona o una colectividad y su desarrollo en la vida.

El *conflicto armado* será comprendido como una forma de violencia política, entendida ésta como:

“aquella ejercida como medio de lucha política social con el fin de mantener, modificar, substituir o destruir un modelo de Estado o de sociedad, o también, para destruir o reprimir a un grupo humano por su afinidad social, política, gremial, racial, ideológica o cultural, esté o no organizado. Esta violencia se expresa, en una sociedad como la colombiana, a través de violaciones de los derechos humanos, infracciones graves al derecho internacional humanitario, acciones bélicas y violencia política - social” [11].

En relación con lo anterior, el marco comprensivo propuesto en el proyecto de investigación convoca a: 1) retornar al sujeto como protagonista de la vida relacional - colectiva, recogiendo sus voces, teniendo en cuenta la realidad humana y sus matices, el sujeto y sus incertidumbres, el conocimiento y el cambio. Es imperioso trascender la forma como se comprende la relación salud mental - conflicto armado y cómo ésta determina la vida de los sujetos y su comunidad; 2) reconocer las inequidades que resultan del conflicto armado y cómo éstas determinan la salud mental de los pueblos indígenas en situación de desplazamiento. Es necesario dar cuenta de las causas estructurales de las divergencias humanas; y 3) trascender la manera de comprender la relación salud - enfermedad por medio de los siguientes principios: a) reconociendo el campo de lo social, de lo comunitario y de lo político; b) integrando al sujeto investigador en el

campo de investigación. Ser parte del contexto observado[‡] [12]; c) iniciando una comprensión y praxis compleja y dinámica; y d) comprendiendo esta relación como una construcción social.

Referencias

- 1 King M, Smith A, Gracey M. Indigenous Health Part 2: The Underlying causes of the Health Gap. *The Lancet*. 2009; 374: 76.
- 2 Martin-Baro I. Guerra y salud mental. En: Poder, ideología y violencia. Editorial Trotta; 2003.
- 3 Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Entornos saludables en función de las condiciones de vida. En: Gente sana en entornos saludables; 1997. p. 9.
- 4 Moreira Virginia & Sloan Tod. Personalidad, ideología y psicopatología crítica. Editorial Escuta; 2003. p. 135-155.
- 5 Jenkins JH. Schizophrenia as a paradigm case for understanding fundamental human processes. En: Hunter y Barret, editores. Schizophrenia, culture and subjectivity. Cambridge: Cambridge University Press; 2004. p. 47.
- 6 Granda E. Investigación y salud pública: una mirada hacia el futuro. En: La salud y la vida 2009; 2: 77.
- 7 Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1997. p. 49.
- 8 Flick U. Combining Methods - Lack of Methodology: Discussion of Sotirakopoulou & Breakwell. *Representations Socials* 1992; 1(1): 43-48.
- 9 Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. McGraw-Hill; 2006. p. 784-785.
- 10 Martí C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2002; 12(2): 128.
- 11 Revista Noche y Niebla No. 28 de 2004. Banco de Datos del Centro de Investigación y Educación Popular - CINEP, Justicia & Paz, Bogotá. Citado por: Villa W y Houghton J. En: Violencia política contra los pueblos indígenas en Colombia 1974-2004; 2005. p. 14.
- 12 Foerster Heinz Von. Cibernético de la Cibernética. En: Las semillas de las ciberneticas Obras Escogidas. 2^a ed. Editorial Gedisa; 1996. p. 92.

‡ "...la cibernetica social debiera ser una cibernetica de segundo orden —una cibernetica de la cibernetica— (es la cibernetica de los sistemas observantes) de modo tal que el observador que entre en el sistema puede estipular su propio propósito: él es autónomo... Los pilares conceptuales esenciales para una teoría del observador (son): cálculo de las recursiones infinitas, el otro es un cálculo de la autorreferencia. Con ayuda de estos cálculos somos ahora capaces de introducir rigurosamente un marco conceptual que se ocupa del observador y no sólo del observado".