

*Representaciones Sociales sobre la Intervención  
Comunitaria en Salud Mental de actores comunitarios  
pertenecientes a la Comuna 13 y al Corregimiento de la  
Buitrera de la Ciudad de Santiago de Cali*



**Autoras**

Angélica Peña

Lina Valderrama

**Directora**

Alejandra Gutiérrez



Escuela de Trabajo Social y  
Desarrollo Humano

Representaciones Sociales sobre la Intervención Comunitaria en Salud Mental de actores comunitarios pertenecientes a la Comuna 13 y al Corregimiento de la Buitrera de la Ciudad de Santiago de Cali

ANGÉLICA PEÑA ROJAS

LINA MARCELA VALDERRAMA GARCÉS

Trabajo de grado para optar al título de Trabajadora Social

Directora:

ALEJANDRA MARÍA GUTIÉRREZ CÁRDENAS

UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

SANTIAGO DE CALI

2018

*A mis padres, que día a día sin dudarlo ni un momento me han apoyado para convertirme en la mujer que soy.*

*A Juan, el hermano al que siempre veré como un niño, con el que crecí viviendo aventuras y que hoy me ha dado el regalo de ser tía. Los amo y les dedico este esfuerzo a ustedes.*

### Agradecimientos

*Mi gratitud con la vida, con el Universo, con esta energía creadora que me ha dotado en abundancia para construirme en este camino.*

*Padre, hombre de ojos nobles, trabajador, comprometido y de buen humor. Gracias porque siempre has sido una persona determinada, con un corazón abundante para todo el que lo necesita, muchas veces sin medirte. Me has enseñado que “quien no vive para servir, no sirve para vivir”.*

*Madre, mi dadora de vida, mujer fuerte, perseverante y firme. Gracias por mostrarme que el amor y la firmeza van de la mano, que debemos ser mujeres valientes en un mundo como este y tener el carácter para tomar las decisiones necesarias, luchando por lo que creemos justo.*

*Padres, ustedes que son mis cimientos, siempre me han dado oportunidades y esperanza, por eso este logro también es producto de su ejemplo y amor incondicional. Familia, los llevo en mi corazón, siempre me recuerdan de dónde vengo y las razones de mis luchas.*

*Sharon, hermana de corazón, compañera de locuras, de lágrimas, de amores y de alegrías. Gracias por tu amistad, por ser una motivadora incansable, por todos estos años y muchos años más de triunfos juntas.*

*Ever, el hombre con quien hoy estoy construyendo caminos y sueños, gracias por tu paciencia, tu serenidad y tu aliento. Que el camino este lleno de aventuras compartidas, tolerancia y amor.*

*A la profesora Alejandra Gutiérrez y a mi compañera Angélica, gracias por ser mis coequiperas, este producto es el resultado de nuestras reflexiones, esfuerzos y convicciones. Gracias por tantos aprendizajes, por permitirme construir con ustedes y conocerlas en tantos aspectos más.*

*Barreto, Martha, Felipe, Leidy, Alexander, Ruby, sus voces están aquí, sus acciones y pensamientos siempre serán valiosos para la comunidad. Gracias por permitirnos conocer de viva voz una pequeña parte de sus vidas.*

*Gracias a esta Universidad, que desde su primer mensaje de bienvenida hizo que mi corazón saltara de felicidad. Recordaré con alegría el tiempo vivido en esta etapa y en este espacio que me acogió, me brindó la posibilidad de conocer a personas que se han convertido en amigos(as) de vida, expandir mis conocimientos con excelentes profesores y profesoras, que día a día me llevaron a enamorarme más de mi profesión, sabiendo que por más difícil que se puedan mostrar las situaciones, escogí lo correcto. Hoy, aunque el panorama se pinte un poco oscuro para la educación pública solo puedo agradecer y decir que seguiré siendo una orgullosa estudiante Univalluna,*

*Lina M. Valderrama Garcés*

*A Dios, quien me dio la fortaleza para no desfallecer en los momentos difíciles.*

*A mi madre, a mi padre, a mis familias, por ustedes soy quien soy.*

### *Agradecimientos*

Al llegar a este punto de mi vida académica, me percibo llena de sentimientos encontrados. Debo decir que mi paso por la universidad, no fue fácil, pero si de algo estoy segura, es que es la mejor experiencia que he tenido en mi vida y esa experiencia no hubiese sido igual sin la presencia de todos aquellos que han pasado y permanecen en mi vida, apoyándome, acompañándome, brindándome su mano.

Quiero agradecer en principio a Esays, Alexander, Ruby, Lina, Martha, Carlos, Blanca, Leidy y Felipe, hombres y mujeres que día a día luchan por hacer de sus comunidades, un mundo mejor. Gracias por sus saberes, por habernos permitido capturar el sentido de sus vivencias desde el trabajo que realizan con los demás, sin sus valiosos aportes, esta investigación, no hubiese sido posible.

Gracias a la profesora Alejandra María Gutiérrez, nuestra tutora, por su acompañamiento en este proceso, por su direccionamiento en este camino investigativo, gracias por querer sacar lo mejor de nosotras, pero por sobre todo, gracias por su complicidad, por su amistad. Gracias a mi compañera Lina Valderrama, por la perseverancia, por la tenacidad, por la motivación y la dedicación para que lográramos juntas un gran trabajo.

Gracias a la Universidad del Valle y en especial a la Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano, a sus directivos y docentes por formar profesionales íntegros, críticos, valiosos y dispuestos a dejarlo todo por la defensa de la vida y los derechos de los seres humanos. En especial, gracias al profesor Jesús Sánchez y a la profesora Martha Lucía Echeverry por enseñarme del amor por el trabajo comunitario y la gestión social, profesor Jesús, gracias a usted sé que para el Trabajador Social todo es posible, lo más importante es juntarse con otros y hacer que pase. Gracias profesoras Leidy Betancourt, María Cénide, Olga Lucía Moreno y Amparo Micolta, nunca olvidaré que ustedes me acompañaron cuando atravesaba el momento más álgido de mi carrera.

Gracias a mis compañeras de camino, a mis amigas, colegas y hermanas, Diana Paz, Julie Jiménez, Lina Valderrama. Gracias por nuestros viajes, nuestras luchas, nuestra sororidad, por ayudarme a construirme y deconstruirme para convertirme en una mujer nueva.

Por último y más importante, gracias a mi madre Gladys Rojas por su apoyo, su preocupación y acompañamiento constante, por su esfuerzo, por sus ganas de verme ser una profesional y contribuir para ello. Gracias a mi padre Luis Enrique Peña (Q.E.P.D), por su incansable trabajo y compromiso en mi educación. Gracias hermanos María Fernanda Peña y Luis Eduardo Peña por su apoyo y porque aunque sé que somos diferentes, nos tenemos los unos a los otros. Gracias a mis abuelos Laurentino Rojas y María Odilia Guzmán (Q.E.P.D) por su amor genuino, incondicional y apoyo constante. Gracias familias, gracias ancestros, los llevo en mi corazón.

Gracias a quienes hoy no están a mi lado, pero igualmente me acompañaron en este camino, fueron cómplices de trasnochos, risas y lágrimas y contribuyeron con su apoyo en escalar peldaños que me permitieran alcanzar la meta. Dios los bendiga a todos.

¡Por siempre orgullosa de mi universidad pública!

*Angélica Peña Rojas*

## **Resumen**

Hablar de la salud mental, es adentrarse a un mundo de significados que determinan la forma en la que las personas hacen frente a las diferentes situaciones que se presentan en su vida diaria, su relación consigo mismas, con otros y el contexto en el que se desarrollan. De allí, que la salud mental sea un tema que, con el paso del tiempo, cobra cada vez más interés en las agendas gubernamentales de los países de América Latina y el mundo, entendiendo que, si no se trabaja sobre este aspecto, los costos humanos y económicos que conllevan las afectaciones en la salud mental de los ciudadanos, serán cada vez mayores.

En ese sentido se ha desarrollado la investigación “Representaciones Sociales sobre la intervención Comunitaria en la salud mental de líderes comunitarios de la Comuna 13 y el Corregimiento de la Buitrera”, la cual tiene pertinencia en un contexto donde existe la necesidad de reflexionar sobre la forma en la que se entiende la salud mental desde las personas que constantemente están en interacción con otras y que en momentos determinados son a quienes les preocupa las diferentes problemáticas que se viven en los territorios.

Palabras claves: Salud Mental, Representaciones Sociales, Intervención Comunitaria, Líder Comunitario, Comunidad.

## Tabla de Contenido

<i>Introducción</i> .....	1
<i>Capítulo 1 El contexto de la Intervención en Salud Mental</i> .....	6
1.1 Santiago de Cali, ciudad de inmigrantes .....	7
1.2 La Comuna 13, al oriente de la zona urbana de Cali .....	9
1.3 El Corregimiento de La Buitrera, en la ladera de la zona rural de Cali .....	11
1.4. Aproximación histórico / contextual al campo de intervención en salud mental en Cali .....	12
<b>Capítulo 2. Antecedentes y planteamiento de la investigación sobre intervención comunitaria en salud mental</b> .....	18
<i>Capítulo 3. Consideraciones Metodológicas</i> .....	26
3.1 Objetivos de la investigación .....	26
3.2 Enfoque metodológico .....	26
3.3 Tipo de estudio.....	28
3.4 Los informantes .....	28
3.5 Recolección, análisis y síntesis de información .....	29
3.6 Devolución y retroalimentación de los hallazgos con los informantes .....	32
<i>Capítulo 4. Marco de referencia teórico conceptual</i> .....	34
4.1 Sobre las Representaciones Sociales .....	35
4.2 Sobre la Intervención Social Comunitaria.....	41
4.3 Salud Mental: un concepto en construcción y transición.....	42
4.4 De la intervención individual a la intervención comunitaria en Salud Mental. ....	46
<i>Capítulo 5. Hallazgos sobre Información acerca de las Intervenciones Comunitarias en Salud Mental</i> ....	52
<i>Capítulo 6. Hallazgos sobre las actitudes acerca de las Intervenciones Comunitarias en Salud Mental</i> ...	70
<i>Capítulo 7. Campo de Representación sobre la Intervención Comunitaria en Salud Mental: Tejiendo vida, construyendo comunidad</i> .....	90
<i>Capítulo 8. Conclusiones y recomendaciones</i> .....	115
<i>Bibliografía</i> .....	123



## Tablas y esquemas

Tabla 1. Barrios, urbanizaciones y Sectores de la Comuna 13.....	9
Tabla 1. Actores comunitarios incluidos en el estudio.....	29
Tabla 2. Cruce de Categorías conceptuales para la recolección y análisis de información.....	31
Tabla 4. Organizaciones Comunitarias e Instituciones que realizan ICSM, según informantes...	63
Esquema 1. Categorías conceptuales.....	30
Esquema 2. Categoría Información relacionada con SM e ICSM.....	53
Esquema 2. Categoría Actitud hacia las ICSM.....	71
Esquema 4. Categoría Campo de Representación de las ICSM.....	91
Esquema 5. Problemas por territorio que afectan la SM, según actores comunitarios.....	102

## Lista de abreviaturas

**ICSM**-Intervención Comunitaria en Salud Mental

**OMS**-Organización Mundial de la Salud

**RS**-Representaciones Sociales

**SM**-Salud Mental

**SSPM**-Secretaría de Salud Pública Municipal

**ADHI**-Asentamientos de Desarrollo Humano incompleto





## Introducción

Dentro del campo de la Salud Mental (en adelante SM), históricamente se ha venido hablando de trastornos mentales. Sin embargo, es importante comprender que no se puede reducir la SM a la ausencia de estos, pues como plantea la Organización Mundial de la salud (OMS), la SM es un concepto mucho más amplio que abarca otras dimensiones de la vida.

Sin embargo, desde la información epidemiológica que se encuentra a nivel mundial, se puede construir una idea sobre la situación de SM, pero una idea que tiene como base la información sobre trastornos, es como si desde la propia perspectiva de los sistemas de información, la SM se basara más bien en la ausencia o presencia de estos (OMS, 2004).

Hablar de la SM, es adentrarse a un mundo de significados que determinan la forma en la que las personas hacen frente a las diferentes situaciones que se presentan en su vida diaria, su relación consigo mismas, con otros y el contexto en el que se desarrollan (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). De allí, que la SM sea un tema que, con el paso del tiempo, cobra cada vez más interés en las agendas gubernamentales de los países de América Latina y el mundo, entendiendo que si no se trabaja sobre este aspecto, los costos humanos y económicos que conllevan las afectaciones en la SM de los ciudadanos, serán cada vez mayores. En relación a lo anterior, la OMS (2001) menciona, por ejemplo, que la depresión es la quinta causa de carga de enfermedad y uno de los trastornos que genera más discapacidad en el mundo, siendo la población en edad productiva (15 – 44 años) la más afectada. Por otro lado, este tipo de enfermedades, está relacionada a su vez con el intento de suicidio y la violencia familiar, problemáticas que “tienen incidencia de diferentes formas en distintos sectores de la población teniendo en cuenta inequidades de género, etnia, edad y clase” (OMS, 2001).

En Colombia, un país que ha estado atravesado por la violencia, hecho que ha generado pobreza, muertes, desplazamientos, desapariciones, secuestros, entre otros, es inevitable pensar que la SM de sus habitantes no se haya visto afectada por estos y otros hechos victimizantes, situación que se sustenta en que el 80 % de los colombianos ha vivido entre uno y tres síntomas de depresión en algún momento de su vida (Ministerio de Protección Social y Fundación FES, 2005). En relación

a lo anterior, un estudio realizado por Andrade (2011) donde se analizaron los “*Efectos psicopatológicos del conflicto armado Colombiano en familias en situación de desplazamiento forzado reasentadas en el municipio del Cairo en el año 2008*”, se encontró que en el 100% de los casos se presentaron diagnósticos de trastornos por estrés postraumático (TEPT), encontrando también, que este hecho y sus síntomas interfirieron en el desempeño laboral, familiar y comunitario de las personas.

Es importante mencionar que, aunque hasta aquí se haya hecho visible la SM desde aspectos “individuales” relacionados con enfermedad mental, el alcance de la SM va mucho más allá. En ese sentido, se debe comprender que dichas situaciones consideradas como individuales, son creadas a partir de condiciones que se dan en relación con otros, a partir de la creación de símbolos, significados, formas de entender y vivir la vida y la realidad. De igual forma, como respuesta a condiciones propias del contexto en el que se desarrollan las personas, en ese caso, situaciones como la violencia social, la pobreza, la desigualdad, determinan la salud mental de los sujetos que en una comunidad habitan.

Entendiendo todo lo anterior, la importancia del estudio de las Representaciones Sociales (RS) sobre las intervenciones comunitarias en SM, radica, en principio, en la comprensión histórica de un concepto que ha estado continuamente en transición como lo es el concepto de SM, lo que implica tener en cuenta las múltiples dimensiones de la vida y ampliar las posibilidades de intervención desde un enfoque de lo comunitario.

Los estudios consultados sobre RS en relación a la SM y de la intervención social en general, centran su análisis desde la perspectiva de los actores que intervienen desde la institucionalidad, ya sean profesionales del área de la salud o de otras áreas. Como se ilustrará más adelante, varios de estos estudios se han realizado en contextos urbanos y en un porcentaje menor, en contextos rurales, sin embargo, pocos indagan la relación entre las condiciones sociales del entorno y su influencia con las fuentes de malestar colectivo y padecimientos mentales.

Si bien, los anteriores elementos han aportado al campo de conocimiento relacionado con la SM, se identifica un vacío de investigación que permita explorar y comprender las RS de las personas sobre la ICSM, más allá de los conceptos salud/enfermedad. Cabe señalar que al parecer, poco se

ha explorado la posición (desde sus significados, experiencias, representaciones) de quienes habitan el territorio y ejercen su liderazgo comunitario agenciando y promoviendo acciones encaminadas al bienestar colectivo, desde el cuidado, el arte y la cultura, los deportes, la educación etc., reconociendo que todas estas, podrían considerarse acciones de promoción de la SM que aportan a los procesos que se impulsan desde las intervenciones comunitarias que los actores realizan. Aunque esto no se haga explícito en sus discursos.

En ese sentido, la pertinencia de una investigación como esta se ve reflejada en la necesidad de reflexionar sobre la forma en la que se entiende la SM desde la perspectiva de líderes comunitarios que constantemente están en interacción con muchas personas, y que en momentos determinados pueden movilizar acciones frente a las problemáticas que se viven en los territorios. Es importante hacer un estudio en la Comuna 13 (zona urbana) y el Corregimiento de La Buitrera (zona rural), porque son territorios que, aunque distantes entre sí, han tenido una larga tradición de intervención social dado que comparten parte de la historia de recepción de fuertes inmigraciones que se han dado hacia la ciudad de Cali (Urrea, 2012), y por lo tanto, también comparten problemáticas comunitarias que afectan la SM de sus habitantes.

En el marco de la acción profesional desde Trabajo Social se hace imprescindible dar lugar a la participación para la construcción de la intervención social, por consiguiente, la presente investigación tiene lugar en cuanto busca explorar las voces de los actores comunitarios pertenecientes a contextos urbanos y rurales que expresan desde sus experiencias y conocimientos cotidianos sus representaciones acerca de las intervenciones comunitarias en SM.

Para ello, se realiza un estudio tipo exploratorio – descriptivo de metodología cualitativa. Los actores participantes fueron identificados previamente durante el desarrollo del proceso de la práctica académica en Trabajo Social de las investigadoras en la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali (SSPM), a través de la implementación de la estrategia de la Red del Buen Trato. Las personas que participaron en el estudio pertenecen a grupos u organizaciones comunitarias en áreas como la salud, arte, cultura, protección, deporte, entre otros. Las conversaciones con algunos de los líderes comunitarios sobre temas de SM, permitió comprender la imperante necesidad de estudiar más a fondo el tema en dichos territorios, pero desde un ámbito

de lo comunitario, de allí que ello fuera la primera motivación para pensar en la realización de la presente investigación. Fue así como se estableció contacto con nueve personas, cinco de Buitrera y cuatro de comuna 13, entre los 17 y 70 años.

Para la recolección de la información, se priorizó la realización de entrevistas semi estructuradas, puesto que es un instrumento que permite la indagación y conversación con los actores claves a partir de un guion base que recogiera los temas a tratar. Todo lo anterior, para responder al interrogante formulado de *¿Cuáles son las Representaciones Sociales sobre Intervención Comunitaria en Salud Mental que tienen actores comunitarios de la Comuna 13 y el Corregimiento de La Buitrera de la ciudad de Santiago de Cali?*

Para responder a este interrogante, se presenta este informe de investigación, organizado de la siguiente manera: En el capítulo 1 se expone de forma sintética las condiciones sociohistóricas que determinan la intervención en SM en Colombia y en Cali y que delimitan esta investigación a nivel local en la Comuna 13 y el Corregimiento de La Buitrera. Enseguida, en el capítulo 2 se presentan algunos estudios antecedentes similares tanto a nivel nacional como internacional, que, en el marco del contexto anteriormente descrito, permiten plantear la necesidad de investigar sobre ICSM. En el capítulo 3 se describen las consideraciones metodológicas del estudio, como el enfoque, el tipo de estudio, los objetivos, las características de las personas que colaboraron como informantes, la forma en la que se hizo el tratamiento, análisis, síntesis de la información recolectada, y el proceso de devolución de los hallazgos a los actores comunitarios. Para este capítulo se tuvieron en cuenta 2 ejes: uno, que responde a estudios sobre RS e intervención social; y otro sobre RS sobre la SM. En el capítulo 4 se encuentra el marco teórico conceptual que se contempló para el presente estudio, el primer apartado explica el trasegar histórico del concepto de las RS, hasta concluir en la exposición de los autores de preferencia para las investigadoras. En el siguiente apartado, se desarrolla el concepto de intervención social comunitaria, seguido del desarrollo del concepto de SM desde sus múltiples cambios y transformaciones. Este capítulo cierra con la exposición de otros conceptos importantes para la presente investigación.

Del Capítulo 5 al Capítulo 8, se exponen los hallazgos encontrados en el proceso de investigación. Así, el capítulo 5 muestra los hallazgos sobre *la información* que da origen a las representaciones

sociales de los actores comunitarios sobre las intervenciones comunitarias en SM. El capítulo 6, presenta los hallazgos sobre *las actitudes* que tienen los actores en relación con el objeto de representación. A partir de los resultados obtenidos en cuanto a información y actitudes, el Capítulo 7 expone *el campo de representación social* que los actores han construido sobre las intervenciones comunitarias en SM, cerrando con algunas propuestas de ICSM desde la voz de los actores. Finalmente, el capítulo 8, sintetiza unas conclusiones y recomendaciones para tener en cuenta en futuras intervenciones en este campo.

---

## *Capítulo 1 El contexto de la Intervención en Salud Mental*

---

Colombia es un país que cuenta con aproximadamente 49 millones de habitantes, de los cuales 80% viven en las ciudades y 20% en zonas rurales (DANE, 2018). Es uno de los países más biodiversos del mundo, con condiciones geográficas que les dan salida a los océanos Pacífico y Atlántico, aunque gran parte de la población se concentre en las principales ciudades ubicadas alrededor de la zona montañosa de la cordillera de los Andes (Bogotá, Medellín y Cali), separada por los valles de los ríos más importantes: el Magdalena y el Cauca (Red Colombia, Sf).

Su biodiversidad hace que la economía se base principalmente en la explotación de sus recursos naturales, en especial, el petróleo, carbón, oro y la agroindustria de monocultivos como la palma africana, la caña de azúcar, el banano, café, además de la ganadería extensiva; y asimismo exista una economía paralela alrededor de cultivos ilícitos (coca, marihuana y amapola) y minería ilegal. Por otro lado, la economía informal propia del sistema económico neoliberal determina que la mayoría de la población en unas condiciones de incertidumbre y extrema pobreza (Red Colombia, Sf).

En este contexto, la concentración de la tierra se ha determinado como la causa histórica del conflicto armado que ha perdurado por más de 60 años. Este conflicto, al año 2012, había dejado como resultado, la muerte de aproximadamente “220.000 personas, 25.007 desaparecidas, 5.712.506 desplazados, 16.340 asesinatos selectivos, 1.982 masacres, 27.023 secuestrados, 1.754 víctimas de violencia sexual y 6.421 casos de reclutamiento forzado” (El País, 2013: p. 2). Lo anterior, ha generado brechas de desigualdad y pobreza que afectan el bienestar físico y emocional principalmente de las personas que sufren la guerra directamente.

En 2016 se dio la firma del Acuerdo de Paz con la guerrilla de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - FARC, una de las guerrillas más antiguas de Latinoamérica; sin embargo, la guerra continúa puesto que en los territorios rurales predominantemente, se sigue

encontrando la presencia de antiguos y nuevos actores armados que continúan generando violencia y perturbando la SM de los colombianos.

### 1.1 Santiago de Cali, ciudad de inmigrantes

Santiago de Cali, es la capital del Departamento del Valle del Cauca y es una de las principales ciudades del país, con una población de 2.700.000 habitantes aproximadamente (DANE, 2018). Limita por el norte con el municipio de Yumbo, por el oriente con Palmira y Candelaria, hacia el Sur con Jamundí y el Departamento del Cauca y por el occidente con Dagua. La zona urbana está dividida en 22 comunas y la zona rural en 15 corregimientos (Navarro, El Hormiguero, Pance, La Buitrera, Villacarmelo, Los Andes, Pichindé, La Leonera, Felidia, El Saladito, La Elvira, La Castilla, La Paz, Montebello, Golondrinas).

Sus condiciones geográficas, en especial contar con 7 ríos, posibilita que sea uno de los principales centros agroindustriales de Colombia, además de ser el principal centro urbano y cultural del suroccidente del país. Históricamente, Cali ha atravesado por varios momentos de expansión territorial que han sido producto de las fuertes inmigraciones que se han venido dando hacia ésta, principalmente desde los años 70's, 80's y principios de los 90's, cuando llegaron personas en su mayoría de bajos recursos económicos, provenientes del Pacífico colombiano, pueblos indígenas del Cauca y Nariño, víctimas de desastres naturales como el maremoto de Tumaco en 1979 y otros vaivenes económicos de la Costa Pacífica como la aparición de “una capa aún reducida para esa época de bachilleres negros (mujeres y hombres) que buscaban iniciar sus estudios post-secundarios en Cali” (Urrea, 2012, p.11). De igual forma, un factor importante que ha propiciado el crecimiento constante de la ciudad, ha sido el crecimiento económico que ha atraído personas desde las cabeceras municipales y las áreas rurales del departamento (Urrea, 2012).



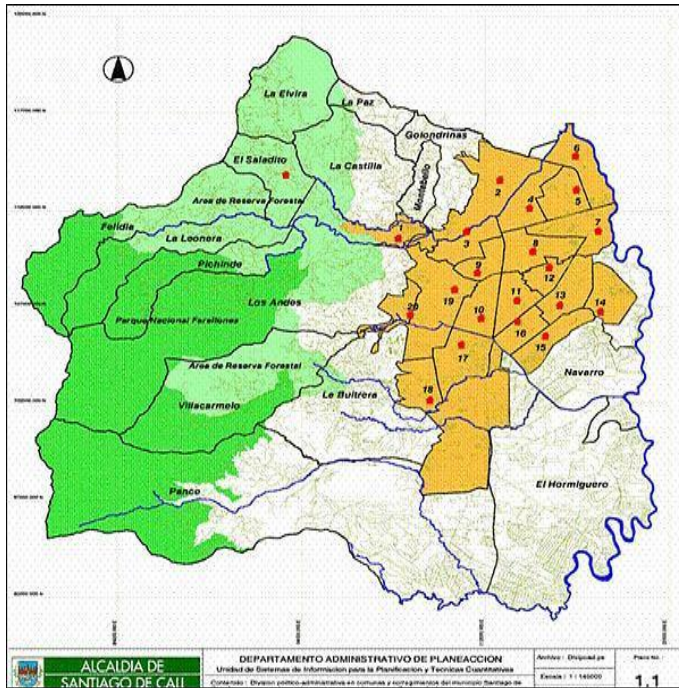


Figura 1. Fuente Departamento Administrativo de Planeación Municipal.

El conflicto armado ha generado el desplazamiento violento de una considerable cantidad de personas que han inmigrado a Cali desde sus territorios de origen en el centro, norte y costa del departamento del Valle del Cauca:

“En las últimas dos décadas la pobreza y la violencia han agudizado el desplazamiento de un gran número de familias que buscan la seguridad en Cali. Estas familias son en su mayoría afrodescendientes e indígenas que llegan

principalmente al Distrito de Aguablanca

y zonas de ladera” (Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, 2008: p. 7).

Es por lo anterior, que también se dan diferentes expresiones culturales al interior de la ciudad, producto de dichos procesos migratorios y de mestizajes, que más allá de lo racial son culturales y sociales, lo que convierte a Cali en un núcleo interracial e intercultural. En cuanto al fenómeno de la pobreza, es importante mencionar que según el informe de Cali en cifras 2016, hasta este año, el 16.5% de la población vivía en condiciones de pobreza económica, es decir, que contaba con necesidades básicas insatisfechas. De igual forma, frente al desempleo se puede decir que hasta el año 2015, la tasa anual de desempleo fue del 11.5 (Cali en Cifras, 2016). Finalmente, dado el fenómeno de la violencia, Cali ocupaba el noveno puesto a nivel mundial y el tercer puesto a nivel nacional por ser una de las ciudades más violentas y peligrosas.

A continuación, se describe el contexto de la Comuna 13 y el Corregimiento de La Buitrera de la ciudad de Cali, como los territorios de donde provienen los participantes de la presente investigación.

## 1.2 La Comuna 13, al oriente de la zona urbana de Cali

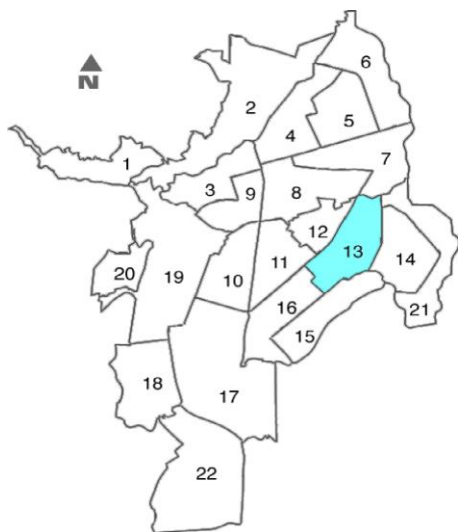


Figura 2. Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Municipal

La comuna 13 hace parte del Distrito de Aguablanca, en la zona de inundación del río Cauca. Representa el 4% del total del territorio del municipio, si bien es una de las comunas más densamente pobladas, con 8,3% de la población total de la ciudad (Plan de desarrollo 2008 – 2011), es decir 178.909 personas aproximadamente (Cali en cifras, 2016).

Está compuesta por 22 barrios y 11 asentamientos que son: Belisario Betancourt, Brisas de la paz, Jazmincito, La florida, Nueva Florida, Nueva Ilusión, Playa Alta, Playa Baja, Polo, Sardi y Villa Uribe, representando así, la comuna que más AHDI posee, hecho que permite evidenciar que las

condiciones de gran parte de la población son precarias, es decir que viven en extrema pobreza o en la miseria.

**Tabla 1.** “Barrios, urbanizaciones y Sectores de la Comuna 13”

<i>Código</i>	<i>Barrio, urbanización o sector</i>	<i>Código</i>	<i>Barrio, urbanización o sector</i>
1301	Ulpiano Lloreda	1312	Rodrigo Lara Bonilla
1302	El Vergel	1313	Charco Azul
1303	El Poblado	1314	Villablanca
1304	El Poblado II	1315	Calypso
1305	Los Comunereros II Etapa	1390	Yira Castro
1306	Ricardo Balcazar	1393	Lleras Restrepo II Etapa
1307	Omar Torrijos	1394	Marroquín III
1308	El Diamante	1395	Los Lagos
1309	Lleras Restrepo	1397	Sector Laguna del Pondaje
1310	Villa del Lago	1398	El Pondaje
1311	Los Robles	1399	Sect. Asprosocial Diamante

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Municipal.

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Municipal

Es importante anotar que en esta comuna, el 74,9% de la población se concentra en las edades productivas (10 a 64 años) mientras que la población mayor representa el 4,5%. Sin embargo, “el 16,9% de la población económicamente activa se encuentra desempleada, comparado con un promedio de 15,1% en la zona urbana” (Plan de Desarrollo Municipal 2016 – 2019, p.5). La estratificación más común de las viviendas de esta comuna, es el estrato 2.

A nivel educativo, está compuesta en su mayoría por personas cuyo nivel educativo es básica primaria (un 37,1% de la población total de la comuna), de éstas, el 52,8% son mujeres. Por otro lado, las personas con básica secundaria (completa e incompleta) representan el 25,7%. Donde el 51,2% también son mujeres. (Plan de desarrollo 2008 – 2011). Las condiciones económicas y educativas explican en gran parte que las mayores tasas de mortalidad se concentren en la población masculina en edades entre los 15 y 34 años, a causa de la violencia (Plan de desarrollo 2008 - 2011).

Según el Plan de Desarrollo 2008-2011, entre los problemas más relevantes que los habitantes de la Comuna refieren están:

- “Falta de compromiso de la comunidad para participar en las actividades que se organizan al interior de la comuna. Este problema tiene impacto negativo en el desarrollo de la comunidad y además, incrementa la pobreza tanto espiritual como económica y la apatía de sus miembros” (p. 16).
- “Insuficiente atención a los enfermos mentales de la comuna 13. Lo anterior se debe a la falta de un centro de rehabilitación adecuado para los enfermos mentales ubicado en la comuna y a la falta de apoyo de las entidades pertinentes, de recursos destinados a la solución del problema y a la falta de información a los enfermos y familiares para acudir a un tratamiento adecuado. Es por todo lo anterior, que en la comuna hay una alta generación de enfermedades progresivas y suicidios, además de una alta probabilidad de muerte de los enfermos mentales por falta de atención” (p.18).
- “Manejo inadecuado de basuras y escombros, lo cual se debe principalmente a una baja cultura de reciclaje en cada barrio, a la falta de articulación entre la comunidad y los centros de acopio, a la atomización de los recursos y a la falta de campañas educativas a los recicladores. Este problema perjudica principalmente la salud de sus habitantes, el aspecto físico de los barrios y la valorización de sus predios además de que se fomenta la delincuencia e incrementa el riesgo de inundaciones” (p.19).

- “Carencia de infraestructura y dotación adecuada para la participación comunitaria. Problema causado por la falta de apoyo y reconocimiento por parte de la administración municipal, la falta de gestión para generar recursos económicos, la falta de capacitación y formación para los miembros de la comunidad en temas legales” (p.19).

### 1.3 El Corregimiento de La Buitrera, en la ladera de la zona rural de Cali

El corregimiento la Buitrera, está ubicado en el flanco Oriental de la Cordillera Occidental al sur occidente del Municipio de Santiago de Cali en el área de las cuencas de los ríos Lili y Meléndez,



Figura 3. Fuente: Departamento Administrativo de planeación Municipal

tributarios del Río Cauca. Se encuentra ubicado en lo que anteriormente fue el sitio de recreo de la sociedad caleña. Haciendas como Cañas Gordas, Piedra Grande, San Joaquín y Parajes, hoy club Campestre de Cali y los sectores el plan y parte media fueron sitios de balneario y descanso.

En La Buitrera, la mayor concentración de población se encuentra en las veredas Los Cerros, Las Palmas, Pueblo Nuevo, El Plan, Girasoles, y el resto de la población está

dispersa entre las veredas Altos del otoño, Altos del Rosario, Anchicayá, Lomalinda, Alto Meléndez, Alto de los Chorros, Filo de Hambre y Polvorines. Según el Departamento Administrativo de Planeación (DAP), la proyección de la población total La Buitrera para el año 2014 es de 7.452 habitantes (Cali en cifras, 2016), sin embargo, según datos obtenidos a partir de conversaciones con miembros de la Junta administradora local (JAL), se estima que la población real es de aproximadamente 56.000 habitantes. Existe una fuerte crítica por parte de los habitantes al último censo rural realizado en el territorio, pues según este, toda la población rural de Santiago de Cali es de 48.369 habitantes, lo cual no coincide con la información que se ha obtenido desde la JAL.

Entre los aspectos más referenciados por habitantes del territorio se encuentra el abandono o ausencia estatal que han sentido por años, dada la “exclusión espacial” a la que se encuentran sometidos en términos de la lejanía de la urbe, donde se concentran la mayor parte de los servicios estatales. Asimismo es necesario mencionar que dentro de este territorio existen subterritorios donde las dinámicas de vida son totalmente opuestas en muchos casos. Así mientras en el eje sur de la Buitrera se encuentran viviendas clasificadas hasta en estrato 5, en el eje central se pueden observar viviendas y barrios completos que son producto de ADHI posicionados hace algunos años. Asimismo se encuentran viviendas en condiciones precarias y poblaciones en un estado de alta vulnerabilidad y exclusión social, dado su nivel de pobreza extrema. Algunas cifras que lo evidencian son las siguientes:

La tasa de desempleo es de 22,6%, superior al promedio de 20% en la zona rural de Cali. En el corregimiento el 8,3% de la población económicamente activa se encuentra desempleada. Adicionalmente, 43,1% de los hogares de este corregimiento percibe que sus ingresos no alcanzan para cubrir los gastos mínimos y el 52,9% percibe que solo alcanzan para cubrirlos, en tanto que el 3,9% de los habitantes considera que sus ingresos cubren más que los gastos mínimos. (Plan de Desarrollo 2016 – 2019 Corregimiento La Buitrera. p.4).

#### 1.4. Aproximación histórico / contextual al campo de intervención en salud mental en Cali

Comprendiendo todas las dinámicas territoriales que se mencionan en los apartados anteriores, es evidente que el país, la ciudad y el territorio local, han atravesado procesos de transformación social, política y económica que hacen que “los referentes y costumbres que orientan el curso de vida de los ciudadanos también hayan ido cambiando” (p.5). En ese sentido, es importante comprender que el campo de intervención de la SM es sensible a este tipo de transiciones y por ello busca reinventarse y crear nuevos marcos de referencia para comprender nuevos sentidos de la vida, aunque ello no emerge con la misma rapidez con la que se dan dichos cambios e incertidumbres que se convierten en fenómenos que amenaza el bienestar psicológico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014. p.5).

En Colombia, aproximadamente 40,1 % de la población entre 18 y 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno psiquiátrico diagnosticado” (Posada, 2013. p.1). En un estudio comparativo entre Colombia y otros 14 estudios homólogos en diferentes países desarrollados y en desarrollo sobre la prevalencia de los trastornos mentales. Se refleja que el país ocupa:

Los cinco primeros puestos en algunas enfermedades mentales, segundo puesto en el trastorno por control de impulsos, cuarto puesto en los trastornos de ansiedad y en los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas como en cualquier otro trastorno (trastorno de ansiedad de separación en la infancia, trastorno por déficit atención, trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante, trastorno de ansiedad de separación del adulto y bulimia nerviosa) y el quinto puesto en los trastornos del estado de ánimo. (Posada, 2013, p.1)

Los trastornos mentales en Colombia afectan a niños, adolescentes y adultos jóvenes, factor que empeora en gran medida el pronóstico, la productividad académica y económica de la población y en últimas, el capital global que incluye los factores personales, simbólicos, culturales y relacionales (Posada, 2013).

La pobreza, el empleo, el género, y la violencia se constituyen en los determinantes más importantes de la SM de los colombianos. Es por eso que se considera que “los problemas de SM en la población no ocurren al azar, por lo que existe interacción entre SM y condiciones socioeconómicas” Según Harpham, Grant y Rodríguez (2004) en Ministerio de Salud y Protección Social (2014). En ese sentido:

Las personas más pobres y aquellas sometidas a condiciones de exclusión y desventaja social, son más propensas a vivir experiencias que impactan negativamente la salud mental y su vez, son también quienes tienen mayores dificultades en el acceso a la atención en salud. (p. 11)

Para comprender el campo de intervención en SM es importante reconocer sus transformaciones en Colombia y en la ciudad de Cali en particular (Gutiérrez, 2015), distinguiendo por lo menos 3 etapas que se usaron en un análisis similar a nivel nacional, que van de 1950 a 1990; de 1990 a 2000; y de 2000 en adelante (Urrego, 2007).

En la primera etapa, a pocos años de la creación de la OMS en 1948, en la década de 1950, cuando la Universidad del Valle asumió el compromiso de convertir el denominado *asilo de locos San Isidro*, fundado en 1944, en un hospital psiquiátrico universitario, la naciente psiquiatría en Colombia ya contextualizaba la relación enfermedad mental y violencia (Rosselli, 1968). Durante las décadas de 1960 y 1970 Colombia no fue ajena al movimiento internacional de crítica al modelo biomédico para el abordaje de los fenómenos de salud en general, y a la psiquiatría y el higienismo mental, en particular. Precisamente en la Universidad del Valle, pionera en la atención psiquiátrica clínica en la región, se comenzó a gestar un movimiento por la psiquiatría comunitaria, eclipsado o latente hasta hoy. En 1974 se realizó el primer estudio nacional de SM, del cual derivó la creación de la División de SM en el Ministerio de Salud y el fortalecimiento del movimiento por la desinstitucionalización de los enfermos mentales (Urrego, 2007).

La Declaración de Caracas de 1990 marca el inicio de la segunda etapa, alrededor de la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, legitimó los esfuerzos por ampliar la atención más allá del ámbito clínico y del sector salud hacia una intervención intersectorial y comunitaria que asumiera la SM como expresión del bienestar o malestar social. Para esta época en Colombia, la violencia en sus distintas expresiones y el consumo de sustancias psicoactivas comenzaron a ser prioridades en salud pública dada la agudización y entremezcla de los fenómenos del conflicto político armado y el narcoterrorismo. Con las negociaciones de paz con grupos guerrilleros y la promulgación de la nueva constitución de 1991, emergieron iniciativas de intervención sobre la violencia desde una perspectiva de paz y democracia. Así, en el discurso y la práctica, las violencias como objeto de conocimiento e intervención, restaron importancia a la *salud mental*, y el consumo de sustancias psicoactivas emergió entonces como un objeto *bisagra* entre los dos anteriores. En 1993 se realizó el Estudio Nacional de SM y Consumo de Sustancias, con un enfoque epidemiológico más definido. En 1997 se actualizó este estudio como insumo para la formulación de la Política Nacional de SM de 1998 (Ministerio de Salud, 1998).

En este contexto y bajo este enfoque epidemiológico y con financiamiento internacional, la Alcaldía de Cali creó el programa *Desarrollo, Seguridad y Paz – DESEPAZ* (Guerrero, 1999); el *Observatorio Social* o sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia (Bermúdez, 2008); la *Red de Promoción del Buen Trato*, enfocada en la violencia /convivencia familiar; y la *Estrategia Escuelas Saludables* con el componente de Habilidades para la Vida (Gutiérrez y Gómez, 2007). Así mismo, en 1995 nació

el Centro de Investigaciones y Desarrollo en Prevención de Violencia y Promoción de la Convivencia Social (CISALVA), en la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, importante referente para el diseño de políticas públicas en la ciudad. Por otro lado, desde la perspectiva de la Educación Popular la Alcaldía de Cali también creó el *Programa Interinstitucional de Educación para la Participación y Convivencia Ciudadanas - EDUPAR*, liderado por la Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social y la Universidad del Valle, entre otras instituciones. Como un hito de la ICSM en Cali, en 1996, paralelamente a estas iniciativas gubernamentales, con la financiación y apoyo técnico de una ONG italiana se realizó un *Diagnóstico de Salud Mental en el Distrito de Aguablanca*, producto del cual se inició un programa público de SM comunitaria articulado al Hospital Carlos Holmes Trujillo, que además de la atención clínica, apoyó la creación de la *Asociación de Familiares y Pacientes con Enfermedad Mental - ASFAPEM* (Gómez y Gutiérrez, 2011).

La tercera etapa, a comienzos del siglo XXI esta marcada por el *Informe Mundial de Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* (OMS, 2001) y la *Encuesta Mundial de Salud Mental* (World Mental Health Survey Consortium, 2004), como insumos del *Programa Mundial de Acción de Salud Mental* que contempla el fomento de la investigación, la gestión de políticas públicas, y la protección de los derechos humanos (OMS, 2008). A nivel local estas iniciativas tuvieron sus respectivos correlatos en investigación e intervención, tanto desde la perspectiva de la Educación Popular (proyecto *redes sociales para la convivencia*, del Programa EDUPAR desde 2001), como desde la perspectiva epidemiológica (creación del *Observatorio de Violencia Familiar* en 2002, liderado por la SSPM como precursor del actual Observatorio de Salud Mental).

El *Estudio Nacional de Salud Mental* (Ministerio de Salud y Fundación FES, 2005) posicionó la *brecha de atención en salud mental* como un problema prioritario de salud pública. Así, con el respaldo de la OMS la categoría de SM volvió a recobrar importancia en la investigación e intervención en Colombia. De ello se derivó la reformulación de la política nacional de SM de 1998 y la inclusión en el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010, de la meta de creación de un plan local de SM en cada municipio (Ministerio de la Protección Social, 2007). Para esa meta ya Cali contaba desde 2005 con tres importantes insumos: El Observatorio de Violencia Familiar desde 2002 (Espinoza, sf) ; la *política municipal de convivencia familiar* (Alcaldía de Santiago de Cali, 2005), y la creación de un equipo interdisciplinario de SM en la SSPM, encargado de ampliar a toda la ciudad el programa de SM comunitaria del Distrito de Aguablanca de los años 90's., y que logró posicionar el tema de la SM en



el Plan de Desarrollo Municipal 2008 – 2011 (Alcaldía de Santiago de Cali, 2008). En el seno de este grupo funcional de la SSPM se han gestado importantes avances en investigación local en SM: un *Estado del Arte en Salud Mental* (Centro de Investigaciones Multidisciplinarias para el Desarrollo, 2007); la *Revisión Bibliográfica de Modelos de Atención Primaria en Salud Mental* (Gutiérrez y Gómez, 2008); la inclusión de la vigilancia epidemiológica de violencia autoinfligida en el *Observatorio de Violencia Familiar* (Castillo, 2011), el *Estudio de Prevalencia de Acceso a Servicios de Salud Mental* (Gómez y Gutiérrez, 2011) y la sistematización de la experiencia del Observatorio de Violencia Familiar 2008 – 2015 (Gutiérrez, 2015). Mientras tanto a nivel nacional, apenas hasta 2011 se creó el *Observatorio Nacional de Salud Mental* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). En ese mismo año también se promulgó la Ley 1448 de 2011 o *ley de víctimas*, como fundamento legal de un campo de intervención emergente: *la atención psicosocial a víctimas*, en el contexto del denominado *post conflicto*.

Actualmente, los esfuerzos locales por la ICSM está legitimados por lineamientos internacionales (OMS, 2013), el *Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), la promulgación de la *Ley 1616 de 2013 o ley de salud mental* (Congreso de la República, 2013), la nueva propuesta de *Política Nacional de Salud Mental* de 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social y Universidad Nacional de Colombia, 2014), la última Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), y el Plan de Desarrollo Municipal 2016 – 2019 “Cali Progresa Contigo” (Alcaldía de Santiago de Cali, 2016).

En este marco se posibilitó la vinculación de practicantes de Trabajo Social de la Universidad del Valle a los procesos de intervención adelantados por el grupo de SM de la SSPM. Entre 2015 y 2016 se llevó a cabo un proceso de intervención para crear y/o reactivar las Redes de Promoción del Buen Trato en la ciudad, las cuales estuvieron en una fase de inactividad a principios de la década de 2010, en varias zonas de la ciudad, entre ellas la Comuna 13 en la zona urbana, y el Corregimiento de La Buitrera en la zona rural. Dicha intervención es la experiencia que da origen a esta investigación, buscando comprender el punto de vista de los actores o líderes comunitarios para el replanteamiento de las intervenciones comunitarias en SM en la ciudad de Cali.

Con estos antecedentes histórico – normativos que enmarcan los procesos de investigación e intervención en SM en el país y en la ciudad, se hacen evidentes los esfuerzos y las dificultades para

abordar una atención integral a la SM, vía servicios de salud; y así mismo se hace evidente la necesidad de explorar otras prácticas de atención o intervención, complementarias o que reemplazan a la atención clínica, tal como se ha venido haciendo en otros países del mundo (Kleinman, 1997; Good, 2008; Menéndez, 2009; Berenzon, et al, 2015).

---

## *Capítulo 2. Antecedentes y planteamiento de la investigación sobre intervención comunitaria en salud mental.*

---

En las últimas décadas un tema de interés en la agenda pública de América Latina ha sido la SM, un debate considerado ineludible, teniendo en cuenta las condiciones sociopolíticas, económicas y culturales que atraviesan e inciden en las biografías e historias colectivas, que influyen de manera profunda en la SM de los pobladores de este continente. De acuerdo a lo anterior, desde el 2013 la Organización Mundial de la Salud viene apoyando a los gobiernos que la integran, a través de políticas y planes que tienen el fin de “promover y reforzar la salud mental”, bajo la aprobación del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 – 2020, cuyo objetivo general es el de “promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, dispensar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de personas con trastornos mentales” (OMS, 2018).

En consecuencia, se ha empezado a observar que el debate sobre SM, ha permitido extender la trama conceptual sobre el tema, en la cual se reconocen por lo menos, dos perspectivas: una, en la cual la SM se concibe como un estado negativo relacionado con trastornos mentales, asociando el concepto de SM al de enfermedad mental; y otra, más amplia que integra diversas dimensiones de la vida, sin delimitar el concepto de SM a un estado ausente de trastornos.

Con el ánimo de enmarcar el contexto académico o estado del arte del presente estudio, se hicieron búsquedas bibliográficas que permitiesen entender cómo se ha venido tratando el tema de la SM en la agenda pública global y el tránsito que se ha dado al respecto, aproximándose a los desarrollos en cuanto al abordaje de la SM desde el campo de lo comunitario específicamente en América Latina y en Colombia. En esa línea se realizó un rastreo sobre investigaciones precedentes a nivel internacional, nacional y local, en los últimos cinco años, incluyendo algunos trabajos desarrollados en años anteriores por considerarse de interés.

Las búsquedas bibliográficas se hicieron en bases de datos bibliográficos en línea como el OPAC (On Line Public Access Catalogue) de la Universidad del Valle, Dialnet, Scielo, Redalyc, revistas especializadas de Trabajo social de diferentes universidades, así como revistas de otras áreas de

las ciencias sociales, documentos publicados en páginas web oficiales de organismos multilaterales y estatales., priorizando investigaciones desde la literatura hispanoamericana.

Inicialmente, se buscaron antecedentes sobre RS que apuntarán al tema en cuestión, las “Representaciones Sociales sobre intervenciones comunitarias en Salud Mental”, pero los motores de búsqueda no arrojaron resultados específicos sobre investigaciones previas en este tema. En ese sentido el foco de búsqueda se amplió encontrando investigaciones de RS sobre Intervención Social en general y RS sobre SM, de manera que el estado del arte que se presenta a continuación, mostrará lo encontrado hasta el momento en torno a dos ejes: *1. Representaciones Sociales e Intervención Social* y *2. Representaciones Sociales sobre Salud Mental y temas asociados*. A su vez, se encontrará que estos dos ejes se enmarcan en investigaciones desde la perspectiva de los profesionales como interventores y estudios desde la perspectiva de los intervenidos.

## 2.1 Representaciones Sociales e Intervención Social

Sobre estudios relacionados con las RS y la intervención social se encuentran que Castillo y Winkler (2010) presentan su investigación denominada “*Praxis y Ética en Psicología Comunitaria: Representaciones Sociales de Usuaris y Usuarios de Programas Comunitarios en la Región Metropolitana*”, este estudio se realiza en Chile, con el objetivo de investigar las RS que los usuarios de dicha región tienen sobre la praxis de profesionales de programas estatales y ONGs que han intervenido en su territorio. Esto con el fin de comprender cómo se ha venido desarrollando el quehacer del psicólogo comunitario teniendo en cuenta que muchas veces es delimitado por los intereses institucionales y estos no se corresponden con los de la comunidad y necesidades de la misma, lo que influye en que se fomente la representación del experto que brinda apoyo psicosocial, reproduciéndose posturas asistenciales.

Para llevar a cabo este estudio, los investigadores realizaron cuatro entrevistas participativas a 32 usuarios de los programas de ONGs públicas y privadas que hubiesen tenido contacto profesional con un(a) psicólogo(a) Comunitario(a) por lo menos un año. Como método de estudio utilizan el análisis del discurso obteniendo como resultado que a lo largo del tiempo, los usuarios muestran una fuerte valoración del vínculo que establecen con los profesionales y a su vez significan esta relación como una amistad, lo que permite el progreso en los trabajos individuales que estos llevan a cabo con cada usuario, permitiendo identificar además una diferencia en la intervención con el

psicólogo clínico, la cual la califican desde una posición “amenazadora”. En ese sentido, surge un fuerte síntoma de dependencia con el profesional de la psicología comunitaria, lo que según estos autores, a largo plazo, se puede considerar como una dificultad, teniendo en cuenta que las intervenciones Estatales son dadas a la fragmentación, lo que ocasiona la ruptura de la relación y el estancamiento del proceso. Sin embargo, en el rol del profesional se intenta “preparar” al usuario para que este asuma una posición más autónoma cuando esto suceda (Castillo y Winkler, 2010).

Por otro lado, en el rastreo de la información internacional, se encuentra el resumen de otro estudio chileno denominado *Representaciones Sociales sobre la Intervención especializada a ofensores sexuales en libertad vigilada del adulto*. Este breve resumen expone la necesidad de indagar sobre las RS que tienen los hombres condenados sobre la intervención especializada que reciben, y a su vez la Representación Social que tienen al respecto los profesionales que las desarrollan. Para llevar a cabo el estudio, los investigadores aplican entrevistas a 28 hombres condenados bajo la modalidad de Libertad Vigilada del Adulto y a 10 profesionales de 5 Centros de Reinserción social de Gendarmería – Chile. Entre sus hallazgos se evidencia que los condenados representan la intervención como una forma de educación progresiva que “les hace reconocer su participación en el delito”, y por otro lado, desde la perspectiva profesional, aunque reconocen las dificultades que les ofrece el contexto en su labor, representan la intervención como necesaria y significan la idea de que es indispensable abordar estos casos desde el cumplimiento de su deber (Dölz y Alvear, 2012).

Una investigación encontrada a nivel nacional y que muestra el estudio de las RS en relación con la intervención es la de Pérez, Díaz y Páez (2010), quienes realizan en la ciudad de Cartagena una investigación denominada *Representaciones y prácticas sobre intervención social y ciudadanía de estudiantes del programa de Trabajo Social de la Universidad de Cartagena*. Por medio de este estudio, buscan validar la forma de hacer un tipo de intervención social respetando y reconociendo las formas de acción social preexistentes. Para iniciar, se plantean como objetivo, identificar las RS, los discursos y las prácticas sobre intervención social de los estudiantes de último año del programa de Trabajo Social en dicha Universidad. La información fue recogida mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales llevados a cabo con la participación de 10 estudiantes entre hombres y mujeres matriculados en los dos últimos semestres del programa.

Entre los hallazgos se pueden rescatar que los estudiantes, reconocen en los discursos contemporáneo de la intervención social, primero un tema ético, que le da el sentido humanizador al respeto por las diferencias; segundo, al reconocimiento y la garantía por los derechos de las poblaciones vulnerables; Por otro lado, también reconocen que en la intervención contemporánea, emergen discursos que tienen que ver con la necesidad de impulsar la autogestión, herramienta que permite la formulación de proyectos de la participación activa de la comunidad entre otros aspectos. Los estudiantes coinciden en que la intervención debe estar mediada por procesos de investigación.

Finalmente es importante hacer mención de algunas investigaciones a nivel local, que reposan en el CEDIS -Centro de Estudios de Intervención Social-de la Escuela de Trabajo Social y Desarrollo humano de la Universidad del Valle. Dichas investigaciones aunque no se enfocan en representaciones sociales, dan cuenta de algunos procesos sobre la Intervención comunitaria en campos relacionados con la SM, sistematizando experiencias concretas de intervención como lo es el “Proceso de construcción de tejido social en el Barrio el Vergel, a partir de la sistematización de experiencias de un Proceso Formativo de Animadores Socioculturales para la Convivencia” realizada por Gutiérrez y Patiño (2004). Otra sistematización, es la desarrollada por Ortiz y Ramírez (2009) a partir de la “Metodología de Intervención Profesional en el Programa de Buen Trato Desarrollado con Familias de la Comuna 4 del Municipio de Yumbo para el Año 2008”. También se encuentra la recuperación de la “Experiencia Obtenida a partir del Proceso Metodológico Desarrollado desde Trabajo Social en la Red de Promoción del Buen Trato en el Corregimiento de Montebello de la Ciudad de Cali”, de Pereira y Pardo (2009).

Estas investigaciones dan cuenta de un contexto en el cual se explora y avanza intervenciones para la convivencia familiar y comunitaria, como antecedentes históricos de lo que hoy tiene que ver con la intervención social en un campo más amplio de la SM. Es de anotar que en las investigaciones mencionadas se explora la visión construida desde una mirada institucional y profesional.

## **2.2 Representaciones Sociales sobre Salud mental**

En el ámbito internacional, específicamente en el contexto latinoamericano, se encuentran investigaciones realizadas en México y Brasil. Estas se orientan al estudio de los significados

acerca de la SM (Ríos, Palacios, De Alba & Sandoval, 2003), e indagan las RS de la SM y enfermedad mental (Torres, Aranzazú, Aranda & Salazar, 2015), así como las RS de profesiones específicas como la enfermería acerca de su propia SM (Fernández, Ferreira, albergaría & Conceicao, 2002).

La investigación realizada por Ríos et al. (2003) en México, se propone lograr una aproximación exploratoria y comprensiva de la manera en que población adulta perteneciente a un asentamiento irregular ubicado en el Sur de México, le da sentido y significado a los padecimientos emocionales en su vida diaria. Dicha investigación se desarrolló a partir de un enfoque cualitativo, utilizando entrevistas a profundidad realizadas a personas entre los 27 y 58 años. En sus resultados se evidencia que el consumo de alcohol en hombres adultos, el uso de drogas en adolescentes y la violencia intrafamiliar son los padecimientos más importantes percibidos en la comunidad; otras problemáticas manifestadas por este grupo son los problemas de lenguaje y los trastornos del aprendizaje en los niños. Hubo otras fuentes de malestar relacionadas con la inseguridad percibida en la colonia, la falta de servicios y la corrupción de líderes y autoridades. En esta investigación se puede observar como las fuentes de malestar o de padecimientos emocionales tienen relación en tres dimensiones, personal, interpersonal y comunitaria, ello se hace relevante para esta investigación en cuanto trasciende la dimensión personal en relación con la SM, y da lugar al contexto en el que habitan los sujetos.

Posteriormente en el mismo país (México), Torres et. al (2015), llevaron a cabo una investigación en la cual exploraron las RS sobre los conceptos de SM y enfermedad mental por parte de la población adulta de la ciudad de Guadalajara, así como identificar diferencias entre las RS de los hombres y las mujeres. Dicho estudio se realizó con el enfoque metodológico de la Teoría de las RS, usando técnicas cualitativas (análisis de categorías temáticas emergentes del discurso de los participantes) y cuantitativas (desde el enfoque estructural de las RS), a una población participante de hombres y mujeres mayores de edad que no estuvieran relacionados con el área de salud. En los resultados se encuentra que las mujeres de la población relacionan el concepto de SM con el término psicología y a su vez, mencionan los aspectos que perturban la SM. Por su lado, los hombres relacionan el concepto de SM con el término bienestar y tienden a confundir Enfermedad Mental con SM. En cuanto al término de Enfermedad Mental, mujeres y hombres coinciden en

que está asociado con “locura”, producto de daños físicos y emocionales que requiere atención psicológica y psiquiátrica.

Por otro lado, Fernández et. al (2002), realizaron una investigación en Brasil, focalizando su población de estudio en mujeres que ejercen la enfermería en diferentes hospitales. En este estudio el objetivo central es conocer cómo las enfermeras representan su trabajo y la relación de ese trabajo con su SM, además de identificar a través de las representaciones de las enfermeras, las estrategias construidas por ellas en el enfrentamiento del sufrimiento en su trabajo. Es un estudio descriptivo, con una perspectiva cualitativa, que utiliza entrevistas semiestructuradas y tiene como eje conductor la Teoría de las Representaciones.

A través de esta investigación Fernández et al. (2002), señala que las representaciones de las enfermeras entrevistadas, revelan diversas visiones del trabajo, posibilitando el avance en las abstracciones y la comprensión de la relación de la mente y del trabajo de enfermería. Según el autor, en los resultados se puede percibir que las profesionales de esta área hacen real un esquema conceptual, reabsorbiendo los significados de la relación SM y trabajo en enfermería (como trabajo femenino), materializando esos significados y transpolándolos hacia un nivel más concreto. Se identifican representaciones cargadas de sentimientos que marcan el ideario de las enfermeras y que se derivan de otras representaciones anteriormente elaboradas, caracterizándose en un proceso recurrente, lo que permite visualizar el trabajo en la enfermería como factor de sufrimiento creativo o sufrimiento patogénico.

En el contexto colombiano, Calle y Carmona (2006), realizaron una investigación centrada en el estudio de las Representaciones Sociales de la SM en la comunidad indígena Embera-chamí en el municipio de Jardín -Antioquia. Esta toma un enfoque cuantitativo, diferente a los estudios que se han mencionado hasta aquí, por lo cual en la modalidad investigativa se aplicaron encuestas a 150 personas del cabildo, diferenciando entre jóvenes estudiantes, integrantes del cabildo, amas de casa, campesinos y empleados. Se encontró que en los indígenas, la representación social de SM está estrechamente ligada con el manejo de la comunidad, es así que se toma la salud como un estado dinámico de normalidad o de equilibrio de la persona consigo misma, su familia y demás miembros de su grupo social, con su ambiente, los espíritus o fuerzas naturales que rigen en la naturaleza. Se evidencia que para los indígenas, la enfermedad es asumida como un problema que



surge cuando se rompe el equilibrio. Por otro lado, SM está estrechamente ligada a la preservación de la identidad étnica, a la viabilidad de las formas tradicionales de organización social y a la sustentabilidad de las formas de uso y manejo de los recursos naturales, de los que dependen los sistemas de vida rural campesina. Estas dimensiones de la vida comunitaria son determinantes de recursos personales, familiares y comunitarios para la prevención y atención en SM. Al finalizar, esta investigación permite conocer que la atención a la SM de los pueblos indígenas está condicionada por la carencia de recursos y por el escaso conocimiento de sus prácticas de salud y de las formas en que se expresan sus padecimientos emocionales dentro de sus sistemas culturales (Calle y Carmona, 2006).

Más recientemente, también en el ámbito colombiano, Betancur, Restrepo, Henao, Arboleda & Rodríguez (2014), realizaron un estudio denominado “*Representaciones sociales sobre Salud Mental en un grupo de profesionales de la ciudad de Medellín: análisis prototípico y categorial*”. En este se exploraron las RS sobre SM en un grupo de 117 profesionales incluyendo psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y médicos, que ejercen en áreas relacionadas con la SM. Su estrategia de análisis partió del análisis prototípico y categorial a partir de la evocación libre de palabras, teniendo como término inductor “Salud Mental”. En el análisis prototípico se identificaron las palabras “equilibrio y estabilidad” como constitutivas del núcleo central de la representación y en el categorial emergieron tres categorías: dimensiones de la SM, perspectivas de la SM e intervenciones. Según esta investigación, en las RS de los participantes se pueden observar elementos propios de los sistemas de conocimiento experto, atravesadas por elementos del sentido común; dicho de otro modo, la SM no es únicamente un objeto de conocimiento científico, sino un objeto social, mediado por el saber que circula abiertamente en las interacciones cotidianas y en los diferentes medios de comunicación.

Como se ha podido observar los estudios consultados y recopilados hasta el momento, se orientan al análisis de las RS sobre SM y de la intervención en general, desde la perspectiva de los participantes, denominados en algunos casos “usuarios, beneficiarios, población atendida, etc.”. Por otro lado, se exploran las RS desde la perspectiva de los actores que intervienen institucionalmente, ya sean profesionales del área de la salud o todo aquel que pueda estar involucrado en el proceso de intervención siendo enfermeras(os), trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, etc. Varios de estos estudios se han realizado en contextos urbanos y en

un porcentaje menor, en contextos rurales, sin embargo pocos indagan la relación entre las condiciones sociales del entorno y su influencia con las fuentes de malestar colectivo y padecimientos mentales.

Si bien, los anteriores elementos han aportado al campo de conocimiento relacionado con la SM, se identifica un vacío de información que permita explorar y comprender las Representaciones de las personas sobre la ICSM, más allá de los conceptos salud/enfermedad. Cabe señalar que al parecer, poco se han explorado los significados, experiencias y representaciones de quienes habitan un territorio concreto pero, desde una posición de liderazgo/actor comunitario, desde la cual promueven acciones en el territorio encaminadas al bienestar colectivo, desde el cuidado, el arte y la cultura, los deportes, la educación etc., reconociendo que todas estas acciones aportan y podrían considerarse intervenciones comunitarias en SM, aunque no se explicitan dichos conceptos en los discursos y RS de ellos mismos, de los profesionales o de los ciudadanos que se benefician de dichas acciones.

Por estas razones, en el campo de la acción profesional de Trabajo Social tiene sentido una pregunta de investigación acerca de *¿Cuáles son las representaciones sociales sobre intervención social comunitaria en salud mental que tienen actores comunitarios de la Comuna 13 y el Corregimiento de La Buitrera de la ciudad de Cali?*, porque se hace imprescindible dar lugar a las voces de los líderes comunitarios de contextos urbanos y rurales, para que desde sus experiencias puedan aportar muchos elementos para la construcción de las intervenciones sociales comunitarias en la ciudad.

### 3.1 Objetivos de la investigación

Para responder a la pregunta de investigación planteada en el capítulo anterior, se llevó a cabo un estudio con los siguientes objetivos:

Objetivo general: Explorar las representaciones sociales sobre *intervención comunitaria en salud mental de actores comunitarios de la Comuna 13 y el Corregimiento de La Buitrera de la ciudad de Cali*.

Objetivos específicos:

- Identificar la información sobre ICSM de actores comunitarios de la Comuna 13 y el Corregimiento de La Buitrera de la ciudad de Cali.
- Describir las actitudes hacia la ICSM de actores comunitarios de la Comuna 13 y el Corregimiento de La Buitrera de la ciudad de Cali.
- Caracterizar el campo de representación sobre ICSM de actores comunitarios de la Comuna 13 y el Corregimiento de La Buitrera de la ciudad de Cali.

### 3.2 Enfoque metodológico

Estudiar las RS de las intervenciones comunitarias en SM, implica un posicionamiento desde una perspectiva epistemológica hermenéutica, que acepta una visión sobre la construcción social de la realidad. En este caso, se concibe la realidad social como el resultado de un proceso interactivo donde se da una negociación para la construcción, se reconoce la complejidad de los procesos comunicativos e interaccionales y su estrecha relación con el comportamiento de los sujetos (Cifuentes, 2011), enmarcados en condiciones socio históricas concretas.

En ese sentido la construcción de RS se desarrolla de cara a procesos interactivos y comunicativos que, según Araya (2002), se dan a través de la inserción de los actores en una trama relacional. Es así que estos actores interactúan desde diversas categorías sociales con diferentes grupos, haciendo

uso de lenguajes que posibilitan el compartir de experiencias, acumulando y organizando informaciones que se transmiten de generación en generación.

Teniendo en cuenta lo anterior, la presente investigación se desarrolló a través de una metodología cualitativa, desde la cual se entiende que el mundo social se constituye por significados simbólicos, que se pueden observar en los actos, las interacciones y las comunicaciones de los seres humanos (Cerdeña, 2011). Con relación a lo anterior Ibáñez (1988) citado en Araya (2002) plantea que:

El medio cultural en que viven las personas, el lugar que ocupan en la estructura social, y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario influyen en su forma de ser, su identidad social y la forma en que perciben la realidad social. (p.14)

En la misma línea, se acude a los planteamientos de Banchs (2000), quien resalta que para emplear la teoría de las RS, el investigador da una orientación de acuerdo con el objeto de investigación y sus intereses. De esa manera la misma autora plantea que se puede escoger entre dos enfoques principales para el estudio de RS: procesual y estructural. En cuanto al enfoque procesual indica:

Se caracteriza por considerar que para acceder al conocimiento de las representaciones sociales se debe partir de un abordaje hermenéutico, entendiendo al ser humano como productor de sentidos, y focalizándose en el análisis de las producciones simbólicas de los significados del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos constituimos el mundo en que vivimos. (p.36)

En ese sentido, los estudios desde el Enfoque Procesual tienen como objetivo comprender la relación entre los hechos particulares que permiten la construcción de una representación específica, donde los significados que se atribuyen a un hecho se conectan con el trasfondo cultural, histórico y contextual (Banchs, 2000).

Por otro lado se encuentra el Enfoque Estructural que tiene como fin comprender la organización y jerarquía del contenido de las RS haciendo uso de el análisis del núcleo central y sus elementos periféricos, desarrollando explicaciones de la función de la estructura (Banchs, 2000).

Según lo expuesto esta investigación se desarrolló desde el enfoque procesual, pues el interés fue reconocer la relación entre el contexto donde se desenvuelven los participantes y las RS, teniendo

en cuenta que la información, las actitudes y el campo de representación son elementos que se analizan en el marco de lo socialmente construido por los actores comunitarios. La definición de estas tres categorías se presentará en el capítulo 4.

### 3.3 Tipo de estudio

Los resultados que arrojó la búsqueda de antecedentes de investigaciones similares evidencian que si bien existen estudios relacionados con las RS sobre intervención social o sobre SM, no se encontraron en nuestro contexto investigaciones en relación a las RS sobre ICSM desde la perspectiva de los actores comunitarios como agentes de intervención en sus propios territorios. Lo anterior se dio como una oportunidad para aproximarse a un rincón del conocimiento poco explorado. Es por ello que las indagaciones de esta investigación se desarrollaron en un nivel exploratorio-descriptivo, permitiendo la recolección de información desde un amplio panorama, para ir delimitando poco a poco el objeto de investigación.

### 3.4 Los informantes

Como ya se ha mencionado, el proyecto de investigación se fue construyendo simultáneamente con la experiencia de intervención que las autoras tuvieron durante su período de práctica académica como estudiantes de Trabajo Social en el grupo de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali que se llevó a cabo entre agosto de 2015 y julio de 2016. Dicha experiencia se dio en el marco de la creación y fortalecimiento de las Redes del Buen Trato en el Eje Central de La Buitrera y la Comuna 13. Este proceso les permitió acercarse y conocer actores tanto institucionales como comunitarios que venían desarrollando acciones en el marco de estrategias de trabajo en red en estos territorios. Estas personas pertenecen a grupos u organizaciones en campos como salud, cultura, arte, bienestar, protección y deporte, y se contactaron inicialmente con el objetivo de construir un diagnóstico y activar el trabajo en red para la ICSM.

Como resultado de dicho proceso, las investigadoras lograron construirse un panorama de actores variados tanto desde la institucionalidad como desde el ámbito comunitario. Sin embargo, al

delimitar los intereses de la investigación se establecieron criterios para la elección de los informantes claves, buscando: 1) que fueran habitantes, es decir que “vivieran y compartieran” el territorio, 2) que ejercieran un liderazgo comunitario al tener algún tipo de experiencia o acercamiento en intervenciones comunitarias y vínculo con organizaciones comunitarias, colectivos u otras formas de organización ya fuera en el sector salud, cultura, arte, educación, deporte; 3) que estos actores tuviesen diferentes edades, incluyendo jóvenes, adultos y mayores, con el ánimo de poder generar relaciones entre sus RS y el momento de su ciclo vital.

Como se ilustra en la siguiente tabla, se contó con la colaboración de 9 personas que amablemente se dispusieron a hacer parte de este proceso, permitiendo a las investigadoras conocer un poco más de su mundo a través del diálogo y la reflexión:

**Tabla 2.** Actores comunitarios incluidos en el estudio

Los nombres aquí consignados, son los nombres reales de los participantes de la investigación. Los cuales autorizan su uso en el momento de la entrevista.

Edad	Comuna 13		Corregimiento de La Buitrera		Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Entre 18 y 40 años	Alexander	Lina	Felipe	Leidy	4
Mayores de 40 años		Ruby	Carlos	Martha	5
		Esays		Blanca	
<b>Total</b>	1	3	2	3	9

Fuente: Construcción propia

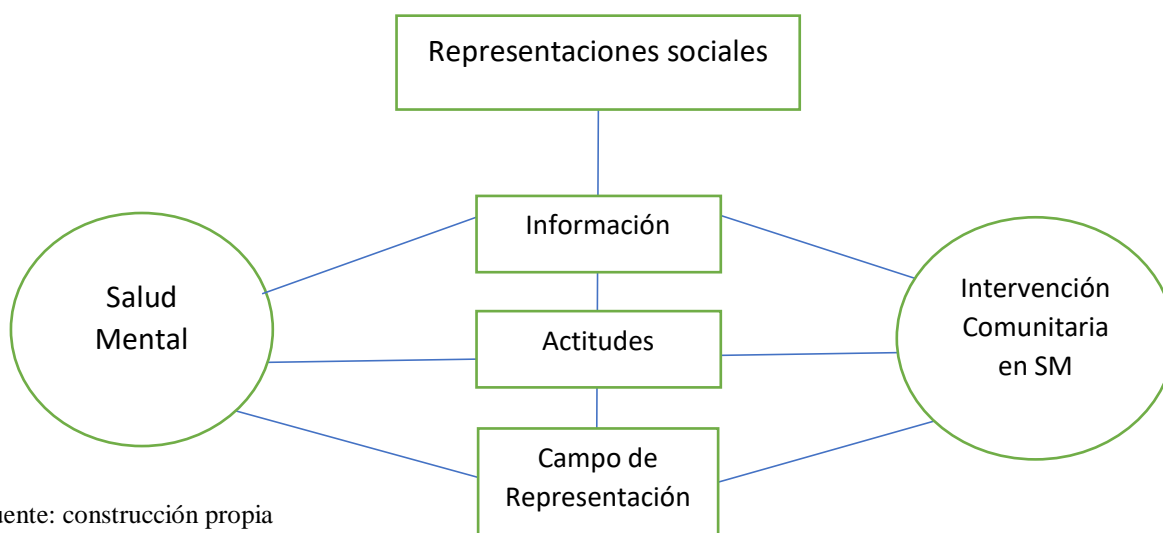
### 3.5 Recolección, análisis y síntesis de información

Antes de iniciar la recolección de información el proyecto se presentó a la coordinadora del Grupo de Salud Mental y Convivencia Social de la Secretaría de Salud Pública Municipal para contar con su retroalimentación y su respaldo, en tanto se espera que los hallazgos del estudio sirvan de insumo a las intervenciones que se están diseñando desde esa instancia de toma de decisiones.

Inicialmente se planeó y definió una estrategia metodológica que contemplaba la utilización de diversas técnicas como entrevistas, grupos focales e incluso talleres, puesto que las investigadoras tenían gran interés en recoger la información de diferentes maneras. Todo ello, según la estrategia definida permitiría recoger una amplia gama de información, razón por la cual empezaron a construir varios instrumentos guía. Sin embargo, la planeación suele diferir de la ejecución, y de alguna manera los tiempos, el contexto y las dinámicas del territorio fueron llevando a las investigadoras a priorizar la recolección a través de entrevistas individuales semiestructuradas, que finalmente permitieron recoger la información a partir del diálogo y de conversaciones intencionadas, orientadas al cumplimiento de objetivos específicos. Según Blanchet y otros (1997, p. 90) en Cifuentes (2011), en estos casos es la palabra la conductora que permite acercarse a acciones pasadas, RS o el funcionamiento y organización psíquica.

En la construcción de la guía de entrevista se tuvo en cuenta el cruce de las siguientes categorías conceptuales:

Esquema 1. Categorías conceptuales



Fuente: construcción propia

Dado el interés que suscitó la investigación, en el proceso de entrevistas se fue afinando la capacidad de las investigadoras para ir profundizando en categorías que fueron emergiendo en cuanto a las RS sobre ICSM. Fue así como además de las categorías relacionadas con la Información, las Actitudes y el Campo de representación sobre las ICSM, fueron apareciendo otros elementos relacionados con las concepciones de los actores sobre problemas que afectan la SM en sus comunidades, su reconocimiento de las instituciones o actores comunitarios que llevan a

cabo acciones que para ellos se enmarcan en la ICSM, así como lo que ellos imaginan deben contener las intervenciones realizadas por diferentes actores.

Las entrevistas se realizaron entre febrero y mayo del 2017. El registro de las entrevistas se llevó a cabo a través de grabaciones de audio, con el consentimiento de los informantes. Posterior a ello se realizó el proceso de transcripción de los archivos de audio en archivos de texto, de lo cual resultó un gran volumen de información.

Una primera fase del análisis de la información recolectada se hizo a la luz de las categorías del marco de referencia teórico metodológico, utilizando una matriz de análisis en el programa *Excel* para cada una de las dimensiones de las representaciones sociales (información, actitud y campo de representación), con filas por cada informante y las columnas “Subcategoría”, “verbatim”, “análisis e interpretación teórica”.

En un segundo momento, teniendo en cuenta el volumen de información se realizó una subcategorización de la información obtenida para las categorías generales, teniendo en cuenta ejes más específicos y las categorías emergentes, ubicando en cada celda los verbatims más representativos. Esta subcategorización tuvo como referente una matriz de análisis como la que se ilustra a continuación:

<b>Tabla 3. Cruce de Categorías conceptuales para la recolección y análisis de información</b>			
	<b>Dimensiones de las representaciones sociales</b>		
<b>Objetos de representación social</b>	<b>Información</b>	<b>Actitud</b>	<b>Campo de representación</b>
<b>Salud Mental</b>	Conocimientos relacionados con SM	Valoración de la SM	Relación con el territorio y construcción de liderazgos  Participación en acciones relacionadas con ICSM
	Fuentes de información	Reacciones positivas o negativas hacia la SM	
		Acciones frente a SM / Autocuidado	



<b>Intervención Comunitaria en Salud Mental</b>	Conocimientos sobre ICSM	Valoración de las ICSM	Problemas de las ICSM  Propuestas y estrategias para la ICSM
		Reacciones positivas o negativas hacia la ICSM	
	Fuentes de información	Acciones frente a SM / Cuidado a otros	

Fuente: Construcción propia

Debido al gran volumen de información, las tablas de *Excel* dificultaron el manejo de la misma. Por ello para el proceso de síntesis, se decidió trabajar con dichas matrices en archivos de *Word*, elaborando una primera matriz síntesis con el resumen de los hallazgos preliminares, y a partir de allí comenzó una nueva etapa de análisis relacionamiento de cada verbatim con anotaciones de interpretación teórica de los datos, a la par que se realizó una nueva búsqueda y re-lectura de referentes conceptuales y hallazgos de investigaciones previas. Todo el proceso de transcripción, análisis, interpretación teórica y síntesis se realizó entre marzo y diciembre de 2017.

### 3.6 Devolución y retroalimentación de los hallazgos con los informantes

En enero de 2018, a partir de los hallazgos preliminares del estudio se preparó una jornada de devolución y retroalimentación con los líderes comunitarios que colaboraron en la investigación. Dicho encuentro se pensó además como una manera de agradecer y reconocer la importante labor de los actores comunitarios en el marco de las ICSM en sus territorios. Para ello organizó una reunión en un centro recreativo de la ciudad, en la cual se compartió un desayuno y se realizó una dinámica de relajación y autocuidado. Posteriormente se hizo una presentación de los principales hallazgos, se recibió retroalimentación por parte de ellos y se validó lo construido hasta el momento. Finalmente entre febrero y agosto de 2018 se realizó la escritura del informe final de la investigación.

Si bien, las investigadoras reconocen que el proceso metodológico ha sido una búsqueda y experimentación constante que ha traído aciertos y desaciertos, resaltan que el camino recorrido obedece a que la investigación cualitativa, tan rica en su manera de concebir la información, no

está determinada por una línea recta, no hay recetas “exactas”, pues de acuerdo a cada caso el camino podrá ser un tanto diferente. De manera que “aprender a investigar” llevará necesariamente a vivir la investigación desde sus satisfacciones e incertidumbres, siempre retando al investigador a ser creativo y buscar caminos diferentes. Después de este extenso camino, es satisfactorio hacer entrega de estos resultados.

---

#### *Capítulo 4. Marco de referencia teórico conceptual*

---

En este capítulo se presentan los referentes teórico-conceptuales sobre los cuales se fundamentó la lectura interpretativa de los datos arrojados para responder a la pregunta de investigación acerca de las RS sobre la ICSM de actores comunitarios pertenecientes a la Comuna 13 y al Corregimiento de La Buitrera.

Como se anunció en el capítulo metodológico de este informe, esta investigación se sustenta en una postura epistemológica hermenéutica, desde la cual, según Cifuentes, la aproximación a un objeto de estudio determinado gira entorno al interés de “interpretar la situación, comprender, reconstruir piezas aisladas” (p. 29). Además la implicación de las investigadoras con el tema y con el territorio, puesto que son habitantes del mismo y han participado en sus procesos comunitarios, de alguna manera lleva a que se posicionen desde este enfoque, puesto que:

Busca reconocer la diversidad, comprender la realidad; construir sentido a partir de la comprensión histórica del mundo simbólico; de allí el carácter fundamental de la participación y el conocimiento del contexto como condición para hacer la investigación. No se puede comprender desde afuera, desde la neutralidad; no se puede comprender algo de lo que no se ha participado. (Cifuentes, 2011, p. 30)

Por ello se busca comprender las RS sobre la ICSM de los actores comunitarios desde un marco que permita la indagación de situaciones, contextos, particularidades, percepciones, narrativas, motivaciones, interioridades, así como intenciones que se configuran y reafirman en la vida cotidiana de los actores.

En este caso, el que las investigadoras como “sujetos que buscan conocer”, formen parte del contexto en que se investiga, puesto que han habitado estos dos territorios, pero además que tuvieron la oportunidad de desarrollar su práctica académica de Trabajo social allí, son hechos que permiten que “la vivencia y el conocimiento del contexto, así como experiencias y relaciones, se consideren como una mediación esencial en el proceso de conocimiento” (Cifuentes, 2011, p. 30).

De esta manera, las RS sobre la SM que tienen los actores comunitarios se construyen en los procesos de interacción y socialización que han vivido, los cuales, según Araya (2002) se nutren de “contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos” (p. 27), que orientan la conducta de las personas y las formas de organización y comunicación. Estas representaciones se manifiestan a través de sistemas cognitivos, en donde se encuentran estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas.

Teniendo en cuenta lo anterior, exploraron las RS sobre la intervención teniendo en cuenta el contexto de estos líderes y lideresas, sus biografías, explorando su forma de explicar la realidad, sus puntos de vista, así como sus interacciones en la vida diaria. Para lograr esto se indagó a través del enfoque procesual de las RS, el cual se ha explicado en el capítulo sobre el enfoque metodológico de la presente investigación.

#### 4.1 Sobre las Representaciones Sociales

Hacer alusión a las RS implica pensar el debate histórico-conceptual que se ha dado en relación a la construcción de dicha teoría. En el origen del debate se encuentra Durkheim (1898), quien propuso el concepto de “representaciones colectivas”, las cuales define como categorías abstractas que se producen de forma colectiva y que forman el bagaje cultural de una sociedad. Posteriormente Serge Moscovici (1961), con su obra *La psychanalyse, son image et son public en 1961*, toma como punto de partida el concepto de representación colectiva para su investigación sobre las RS. En la publicación de 1976 introduce aportes conceptuales de los teóricos Berger y Luckmann, incluyendo postulados con los cuales se empieza a vislumbrar el enfoque desde el cual las RS aportan una perspectiva más para pensar la construcción social de la realidad. Sin embargo, la investigación de este autor tiene poco impacto, y no es sino hasta los años 80 que se comienzan a generalizar los estudios sobre RS y a desarrollar la noción dando lugar a un espacio propio para una teoría de las RS (Moviñas, 2002).

Es hasta el año 1979 que Moscovici plantea que existen grandes diferencias entre el concepto de RS y representaciones colectivas, definiendo las RS como:

Una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos... La representación es un corpus

organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (Moscovici, 1979, p. 17-18).

Se pueden hallar diversas propuestas conceptuales al hablar de RS. Esto tiene que ver, según Araya (2002) con el hecho de que existe cierta facilidad para captar las RS, es decir, en un primer momento, pero su definición conceptual no encara la misma facilidad debido a la complejidad de los fenómenos de los que da cuenta. Se exponen a continuación diversas propuestas que han surgido a lo largo del tiempo y que pretenden dar cuenta y a la vez, esclarecer la complejidad del concepto.

Según autores como Ibáñez y Banchs en Araya (2002), el concepto de RS es complejo en la medida en que articula diversas características que se integran en una sola unidad, de esta forma las RS involucran varios aspectos en niveles micro (donde se encuentra la experiencia personal), meso (donde se encuentran los grupos a los que pertenecen las personas) y el nivel macro (el sistema cultural en que se desenvuelven las personas y la sociedad).

Por otro lado, la autora Jodelet (1984) considera que la noción de representación social involucra dos dimensiones, entre ellas lo psicológico o cognitivo y lo social, argumentando que las personas conocen la realidad que les rodea mediante explicaciones que construyen a partir de procesos de comunicación y del pensamiento social. Así para Jodelet (1984) las representaciones sociales son:

La manera en que nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras el conocimiento “espontáneo”, ingenuo (...) que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural por oposición al pensamiento científico. Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es en muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras

personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, etc (Jodelet,1994. p.473).

Apoyada en esta idea, Araya (2002) plantea que las RS son las formas de sintetizar dichas explicaciones, convirtiéndose en un tipo de conocimiento específico denominado el “conocimiento del sentido común”, este es un conocimiento construido y compartido socialmente (p.11).

Jodelet (1984), señala que las RS son una forma de conocimiento que tiene un carácter colectivo e individual, posicionándolas en dos universos teóricos relacionados con las determinaciones sociales y con la conceptualización. También plantea que dichas representaciones articulan campos de significaciones múltiples, y pueden integrar aspectos provenientes de diferentes fuentes que van desde la experiencia vivida hasta la ideología reinante.

El conocimiento del sentido común que tienen las personas se construye entonces, a partir de las experiencias propias y de las informaciones y modelos de pensamiento que se reciben a través de la sociedad, de la interacción que establece con otros y otras. Desde esta perspectiva, las RS surgen como un proceso elaborado mental e individualmente y de forma compartida, donde se tienen en cuenta las historias de las personas, sus experiencias y construcciones personales propiamente cognitivas (Banchs, 2000). Araya (2002) al recoger los aportes teóricos de otros autores plantea que en definitiva las RS:

Constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo. (Araya, 2002, p. 11)

## **Dimensiones de las representaciones sociales**

Las RS son una forma particular de conocimiento en el cual se puede aludir a un proceso y a un contenido, constituyendo un universo de creencias en el que se pueden observar tres dimensiones: la información, la actitud y el campo de representación (Moscovici, 1979).

En la dimensión **informativa** de las RS el contexto y la cultura juegan un papel relevante para dar origen a dicha información. Aquí es donde se encuentran la variedad de datos o explicaciones sobre la realidad que las personas construyen en sus relaciones cotidianas. En el análisis de esta dimensión se deben tener en cuenta las fuentes de donde surge la misma, pues es distinto obtener cierta información a partir de una experiencia personal a obtenerla a partir de los medios de comunicación. Según Araya (2002) la información:

Concierno a la organización de los conocimientos que tiene una persona o grupo sobre un objeto o situación social determinada. Se puede distinguir la cantidad de información que se posee y su calidad, en especial, su carácter más o menos estereotipado o prejuiciado, el cual revela la presencia de la actitud en la información. (...) hay que considerar que las pertenencias grupales y las ubicaciones sociales mediatizan la cantidad y la precisión de la información disponible. (Araya, 2002, p.40)

**La dimensión de actitud** tiene que ver un poco más con las conductas y por tanto las acciones de las personas entorno a un tema. Es la dimensión más evidente en las RS. Se debe tener en cuenta que el origen de este concepto es psicológico y aunque se usa en el campo social no necesariamente ofrece una estructura dinámica como el de las RS, (Araya, 2002). Aclarando lo anterior se entiende por actitud:

Una estructura particular de la orientación en la conducta de las personas, cuya función es dinamizar y regular su acción. Es la orientación global positiva o negativa, favorable o desfavorable de una representación. Su identificación en el discurso no ofrece dificultades ya que las categorías lingüísticas contienen un valor, un significado que por consenso social se reconoce como positivo o negativo, por tanto, es la más evidente de las tres dimensiones. La actitud expresa el aspecto más afectivo de la representación, por ser la reacción emocional acerca del objeto o del hecho. Es el elemento más primitivo y resistente de las

representaciones y se halla siempre presente aunque los otros elementos no estén. Es decir, una persona o un grupo puede tener una reacción emocional sin necesidad de tener mayor información sobre un hecho en particular. (Ibáñez citado en Araya, 2002, p.45)

En la misma línea, autores como Morales y Reboloso (1996) citando a Fazio (1989), conceptualizan la actitud como una evaluación con relación a determinado objeto, en la cual se movilizan emociones producto de experiencias. De esta manera la configuración de la reacción-acción hacia el objeto tendrá que ver con los significados que se atribuyen al objeto de representación de acuerdo a la postura que se adopte con base a la información recibida. (Cuevas, 2016. p.122).

Finalmente se encuentra el campo de representación, el cual según Araya (2002) es una de las dimensiones más interesantes e importantes de las RS. Esta dimensión se refiere a:

La ordenación y a la jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la RS se trata concretamente del tipo de organización interna que adoptan esos elementos cuando quedan integrados en la representación. En suma, constituye el conjunto de actitudes, opiniones, imágenes, creencias, vivencias y valores presentes en una misma representación social. (Araya, 2002, p.41)

Como se puede observar esta es una de las dimensiones más difíciles de captar en términos de las representaciones, y según la misma autora es la dimensión que se debe impactar cuando se quieren generar cambios sociales. Dentro del campo de representación encontramos algunos conceptos afines como lo son las opiniones, creencias, estereotipos y valores.

En cuanto a la opinión Según Moscovici (1979, citado por Araya 2002) plantea que:

La opinión es una fórmula socialmente valorizada a la que las personas se adhieren y, por otra parte, una toma de posición acerca de un problema controvertido de la sociedad o de objetos sociales cuyo interés es compartido por el grupo. La opinión propicia la utilización de conceptos; no obstante, ella no es el origen de tales conceptos porque los significados que los originan provienen de las R S que se confrontan en el contexto de la comunicación y la divergencia. (Moscovici 1978, citado en Araya, 2002 p.48)



Según ideas de la misma autora hay una gran diferencia entre opinión y RS, pues la primera solo informa sobre las reacciones que tienen las personas frente a determinados temas, como una toma de posición frente a algo, las RS en cambio toman en cuenta el contexto, los criterios que toman las personas para tomar determinada posición y los conceptos que subyacen a dicha opinión. En el estudio de las RS se consideran las relaciones y las interacciones sociales, pues es en estas donde se dan los cambios de opinión de las personas frente a diversas circunstancias (Araya, 2002).

Por otro lado se encuentran las creencias, otro de los elementos que conforman el campo de la representación. Sin embargo se debe aclarar que los estudios sobre creencias no implican necesariamente que se estén estudiando las RS:

Las creencias son proposiciones simples, conscientes o inconscientes, inferidas de lo que las personas dicen o hacen, capaces de ser precedidas por la frase: “Yo creo que...” El contenido de una creencia puede: a) describir el objeto de la creencia como verdadero o falso, correcto o incorrecto; b) evaluarlo como bueno o malo o, c) propugnar un cierto curso de acción o un cierto estado de existencia como indeseable. Entre creencia y actuación existe una relación, pero no como causa-efecto, sino como tendencia, predisposición o prescripción, en el sentido de orientación o norma para la acción. (Rokeach, s.f) en Araya 2002, p.44)

Como una categoría más del campo de representación se encuentran los estereotipos. Estos se generan en el origen de la representación, sin embargo existen diferencias entre las RS y los estereotipos:

Los estereotipos son categorías de atributos específicos a un grupo que se caracterizan por su rigidez. En este sentido son más dinámicas las Representaciones Sociales pues éstas se modifican constantemente en la interacción diaria de las personas. Asimismo la Representación Social se diferencia de los estereotipos por su función: los estereotipos son el primer paso en el origen de una representación; cuando se obtiene información de algo o de alguien se adscribe en el grupo o situación a las cuales ese grupo o situación pertenece, o sea los estereotipos cumplen una función de “economía psíquica” en el proceso de categorización social. (Araya, 2002, p. 45)

Finalmente se puede decir que conocer las RS de las personas sobre la ICSM en este caso, implica explorar estas tres dimensiones en las cuales habrá que indagar lo que las personas saben (información), lo que las personas creen e interpretan (campo de la representación) y la forma en que actúan (actitud).

#### 4.2 Sobre la Intervención Social Comunitaria

Fantova (2007) entiende la intervención social como “Una actividad que se realiza de manera formal u organizada, intentando responder a necesidades sociales y, específicamente, incidir significativamente en la interacción de las personas, aspirando a una legitimación pública o social” (p. 17).

Por su parte, Bermúdez (2010) la define como:

Un conjunto de acciones y prácticas organizadas bajo la oferta de servicios alrededor de lo social, la cual es brindada por grupos de individuos organizados – organismos gubernamentales, organismos no gubernamentales, organizaciones de base etc- quienes al considerar y calificar algunas situaciones sociales como inaceptables producen por un lado, un “escándalo social” y por el otro, acciones que de alguna manera pretenden remediar tales situaciones. (p.8).

Para Malgesini (2003), la intervención comunitaria se da “cuando la intervención social se produce en clave de proximidad, se apoya en las redes familiares y comunitarias y les da soporte” (p.66).

En ese sentido, la intervención tiene como objetivo mejorar las condiciones de vida de la población, siendo las personas afectadas protagonistas de dicho cambio y para ello es necesario detectar, conocer, abordar, trabajar con las necesidades, aspiraciones, problemas o temas de interés para la comunidad, teniendo en cuenta elementos e interrelaciones entre territorio, población, recursos y demandas, dinámica y relaciones de poder (asimetrías) (Malgesini, 2003).

---

<sup>1</sup> De la perspectiva de Bermúdez también es importante tener en cuenta la noción de Intervención social como un *campo de fuerzas en pugna* en el que interactúan diferentes actores en unas correlaciones de poder, que determinan los discursos y los cursos de acción sobre los objetos / sujetos de intervención. Esta noción es muy útil para comprender la ICSM como un campo de fuerzas en pugna en el que circulan diferentes discursos y acciones entre diferentes actores sociales.

En resumen, se entenderá la *intervención comunitaria* como un proceso social organizado, por medio del cual, teniendo en cuenta un conjunto de expectativas, necesidades y recursos emergentes en la base de una comunidad, se pretende orientar acciones que respondan a dichas necesidades con el fin de aportar a la transformación social y a la reivindicación de los derechos de los sujetos pertenecientes a ésta, reconociendo principalmente que son ellos mismos, agentes de su propio cambio.

#### 4.3 Salud Mental: un concepto en construcción y transición

Según la Organización Mundial de la Salud, en el siglo XVIII empiezan a aparecer los primeros movimientos humanistas que intentan cambiar el modelo de atención dado a las personas diagnosticadas con trastornos mentales (OMS, 2003). Por su parte, Bertolote (2008), expone que antes del surgimiento de dicho concepto, en los años de 1908 en Estados Unidos se empezó hablar del movimiento de “higiene mental”, concepto acuñado por el autor Clifford Beers, bajo la sugerencia de Adolf Meyer y el cual se popularizó hacia 1909 gracias a la creación del National Commission of Mental Hygiene. Lo que intentaba Beers bajo este modelo, era “humanizar la atención de los locos” por medio de la erradicación de los abusos, las brutalidades y desatención que tradicionalmente se les había causado a los enfermos mentales” (Bertolote, 2008, p.113).

Este proceso conocido como desinstitucionalización, provocó que muchos hospitales que funcionaban bajo el modelo manicomial, fueran cerrados hacia los años 50 para dar apertura a un modelo de atención comunitaria que permitiría la reducción de pacientes crónicos en los hospitales de psiquiatría y que por el contrario, pasarían a ser atendidos bajo alternativas de servicios de SM comunitarios. (OMS, 2003).

La British National Association for Mental Hygiene organizó el Primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres del 16 al 21 de agosto de 1948. Se inició como Conferencia Internacional de higiene mental y terminó en una serie de recomendaciones para la SM. A lo largo de las conferencias se aprecia cómo se utilizan indistintamente los términos de higiene y salud, con el adjetivo mental, en ocasiones en el mismo párrafo, sin ninguna distinción conceptual clara. Sin embargo, en las 17 páginas de recomendaciones de la conferencia, apenas se utiliza el término higiene. Al final del congreso, el International

Committee on Mental Hygiene fue reemplazado por la World Federation for Mental Health. (Bertolote, 2008, p.114)

Lo descrito hasta aquí, permite comprender, cómo el concepto de SM se construyó en una época en la que la principal prioridad era instaurar un cambio al modelo de atención basado en la atención psiquiátrica.

Hacia el año de 1961, la SM se incorpora como área de experiencia técnica a la estructura de la Organización Panamericana de la Salud bajo la dirección del especialista Jorge Velasco Alzaga quien en su labor se dedica a conocer la condición de la SM en los países que la integran. Producto de esta tarea se realizan dos encuentros regionales en países como México (1962) y Argentina (1964). Dichos encuentros permiten conocer la situación de la “Salud Mental” en relación a los problemas de atención psiquiátrica en los hospitales de la región, las tasas de mortalidad relacionadas con los trastornos mentales y las admisiones institucionales. Como conclusión de ambos diálogos, se realizan algunas críticas a la hospitalización en instituciones psiquiátricas y se recomienda incorporar la atención psiquiátrica a los sistema y actividades de salud pública” (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

En los años posteriores, se siguen realizando diferentes encuentros en los que se critica el modo de atención psiquiátrica y se propende porque se ofrezcan modelos alternativos de tratamiento de las enfermedades mentales como parte de los programas de salud pública. Fue entonces que para el año 1969 en el *Grupo de trabajo sobre administración de servicios psiquiátricos y de salud mental* convocado por la Organización Panamericana de la Salud (44 participantes, 22 observadores, 22 países de América Latina y el Caribe) se recomendó que:

La integración de los programas de SM en el contexto de la salud pública, la promoción de la participación de las comunidades, la participación de pacientes y familiares en la planificación y prestación de servicios y la modificación de la legislación existente en relación con la salud mental (OPS, 2016: p. 7)

A partir de allí se empieza a percibir la necesidad de un cambio de paradigma en el campo de la SM, pues se reconoce la importancia de la participación de la familia y la comunidad en los procesos de sanación de los enfermos mentales. Por otro lado, empieza a considerarse este como un asunto de Salud Pública.

En los años posteriores, se empiezan a implementar modelos demostrativos de la SM comunitaria con el apoyo de la OPS/OMS en países como Honduras, Brasil, Chile, Panamá, Colombia y Perú. Sin embargo, hasta en 1990 en la Conferencia de Caracas se expide la Declaración, por medio de la cual se enfatiza en que “la atención convencional, centrada en el hospital psiquiátrico, no permitía alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva” (OPS, 2016, p. 15). Este hecho marca un precedente importante en la configuración de la SM, pues aunque no se desliga de la enfermedad o trastorno mental, se empieza hablar de prevención, de una atención comunitaria integral y participativa, así como a hacer parte de la agenda gubernamental de los países de la Organización Panamericana de la Salud.

Cabe resaltar, que paralelo a los cambios que se fueron dando a nivel mundial frente al tema de la SM, en Colombia, hacia el año de 1998 se crea la primera Política Nacional de SM, posterior a ello en el año 2013 se crea la Ley 1616 de SM, a partir de la cual se entiende ésta, como “un derecho, prioridad y asunto de interés Nacional” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, p.2).

### **¿Qué es entonces salud mental?**

Después de lo expuesto anteriormente sobre la transición que ha tenido la SM a lo largo de la historia, es importante mencionar que el concepto de SM es un concepto que aún no está plenamente definido. Según Hernández, Restrepo y Cuartas (2014) aunque teóricamente se hayan desarrollado conceptos integrales de SM, estos no han sido llevados a la práctica de forma masiva generando un desconocimiento. Es por ello que lo que se intenta desde esta investigación, es llegar a una aproximación sobre este, teniendo en cuenta los diferentes planteamientos que surgen desde la OMS y otros autores que han hablado del mismo. Esto, iniciando por una visión amplia del concepto hasta lograr construir una idea del mismo en relación con el campo de lo comunitario, enfoque del presente estudio.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la SM se entiende como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013.p.7) Por su parte, Ortiz (2015) amplía el concepto ya

que entiende la SM como la forma en la que se busca mantener el equilibrio integral en la relación que se tiene con el cuerpo, en lo psicológico, que comprende los pensamientos, emociones, sentimientos, conductas y comportamientos. De igual forma en lo espiritual, donde se ubican las creencias ideológicas, cosmovisiones y religión. Al mismo tiempo, comprende una dinámica externa que abarca el área social, donde se ubica la relación con la familia, los amigos, pares, pareja, grupos, comunidad y sociedad en general. En lo espacial, que comprende la relación con el entorno y el medio ambiente y finalmente en lo local y temporal, es decir, dentro de un contexto socio histórico.

Como se puede observar, el concepto de la SM es totalmente amplio y se relaciona con la parte corporal, emocional, psicológica y relacional, las conductas que los sujetos tienen consigo mismos, con otros y con su medio ambiente dentro de un contexto que los condiciona. De aquí que se entienda la SM, no como un concepto general y universalizado, sino que depende de la cultura, de los significados compartidos y de la forma en la que los sujetos ven su propia realidad.

Por otro lado, para aproximarse a un concepto sobre SM comunitaria, las investigadoras se basan en los planteamientos de Gaviria y Munera (2013) para quienes la SM es una condición fundamental para el desarrollo de los individuos como seres sociales y productivos y por ello, del bienestar general de las personas, las sociedades y los países (p.11). En este sentido, las autoras dicen que es necesario que la concepción actual de SM trascienda de:

La ausencia de enfermedad e implique un concepto positivo que incluye tanto la vivencia intrapersonal como la experiencia interpersonal, intrafamiliar y comunitaria que se da en las relaciones efectivas y armónicas del individuo con los otros y con su ambiente. Una buena SM permite que las personas tengan competencias para manejar su propia vida, abriguen sentimientos positivos de felicidad y autoestima y posean aptitudes para amar y relacionarse armónicamente, disfrutar y divertirse, trabajar productivamente y superar las dificultades y penas que se le presentan en el transcurso de la vida. (p.10)

Desde una visión positivista, exponen que la SM comunitaria está condicionada por diferentes factores que pueden aportar al mejoramiento de aspectos relacionados con:

El bienestar integral individual y colectivo de las personas o grupos poblacionales, su calidad de vida, su capacidad para afrontar la adversidad, la toma de decisiones

constructivas y sentimientos que favorezcan el establecimiento de relaciones satisfactorias y procesos de solidaridad. (Gaviria y Munera, 2013. p.8)

Se puede entender entonces que según dichas autoras, la SM comunitaria se desarrolla teniendo en cuenta los siguientes ámbitos:

- *“El ámbito de las vivencias subjetivas* (de bienestar y sus múltiples causas). Relacionada con la forma de relacionarse consigo mismo desde sus deseos, habilidades, ideales, creencias, sentimientos, entre otros (p.11).

-*El ámbito de las relaciones personales y sociales. (intersubjetividad)*. Relacionado con la forma y posibilidad de encuentro con otros (p.11).

-*El ámbito de la relación con lo otro: el medio ambiente y el entorno sociocultural”* (p.11)

Finalmente, se exponen los planteamientos de Silvia Berman (citada en Oramas, 2006) quien menciona que “la salud mental consiste en el aprendizaje de la realidad para transformarla a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de conflictos, tanto internos de los sujetos como los que se dan entre él y su medio” (p.34). En un sentido similar, se puede observar lo que dice la autora en la manera en que los líderes hacen frente al diario vivir, desarrollando capacidades que permiten resolver dichos conflictos como se verá más adelante.

#### 4.4 De la intervención individual a la intervención comunitaria en Salud Mental.

Para llegar a un concepto aproximado de lo que se puede entender como SM Comunitaria, se hace preciso citar algunos autores que se centran en el debate por las intervenciones que tradicionalmente se le dan a la SM, en ese sentido, Bang (2014) habla de la existencia de múltiples dispositivos de intervención comunitaria que articulan acciones en el campo de la SM. Es por ello que considera necesario revisar el marco conceptual desde el cual se abordan las prácticas en SM desde una perspectiva crítica y compleja y a su vez resalta los aportes del Movimiento de Medicina Social-Salud Colectiva Latinoamericana.

Gómez del Campo (1991) por su parte, cuestiona que en muchos casos se de por sentado que los servicios de salud deben impartirse de manera tradicional en su relación médico - paciente. En ese

sentido, presenta esta crítica como un punto de innovación del movimiento de la Salud Mental Comunitaria.

Es precisamente en ese ir y venir de alternativas frente a la forma en la que se pueden abordar las intervenciones en relación a la SM, en la que surge el concepto de SM comunitaria, un concepto que desde ambos autores se centra en la importancia de los factores socioambientales que afectan el bienestar físico y psicológico de los sujetos dentro de un contexto comunitario, pero donde estos son asumidos como sujetos activos de transformación social, siendo este un aspecto clave en la SM comunitaria (Bang, 2014). En la misma línea, haciendo alusión a la ICSM, Del Cueto (2014) menciona que:

La intervención comunitaria se realiza sobre la producción subjetiva de una comunidad con la intención de provocar un cambio producido por los propios sujetos. Esto tiene que ver con el análisis realizado por el sujeto comunidad sobre sus creencias, ideas e ilusiones; la forma en que piensan su vida, la de su comunidad, su futuro. En general se realiza desde una institución (pública, comunitaria o de la sociedad civil), que tiene además sus propias reglas, sus propios deseos y su propia idea de los cambios que deben ocurrir en esa comunidad (p.23).

Por otro lado, la SM comunitaria puede entenderse como el medio alternativo por medio del cual los diferentes actores que conforman la comunidad, crean estrategias de subsistencia y permanencia para salir adelante de los problemas que se les presentan en su diario vivir (Bang, 2010).

Para Bang (2014) citada en Montero (2004), la intervención comunitaria con relación a la SM, tiene por objetivo fortalecer y acompañar procesos de transformación a nivel grupal y comunitario. Para esta autora, “la creatividad, la escucha y la disponibilidad son herramientas fundamentales en la tarea que se propone dar lugar y partir de los diversos saberes comunitarios, para poder tejer alternativas a las problemáticas de salud planteadas” (p. 116). Lo anterior, entendiendo que cada territorio es singular y por ello, los dispositivos deben ser flexibles y permeables para “generar intervenciones que puedan incluirse en la red comunitaria ya existentes” (p.116).

Finalmente, tomando los planteamientos de Del Cueto (2014) desde una propuesta de ICSM se contempla el trabajo con grupos de todo tipo, “naturales, institucionales, autogestivos,



comunitarios, de chicos, de viejos, de jóvenes, de mujeres, etc”. A su vez, Bang (2014) menciona que para este tipo de intervenciones se deben tener en cuenta la importancia de aplicar tiempos prolongados de intervención, la permanencia en el territorio, la generación de vínculos de confianza con las personas que habitan el territorio y el conocimiento progresivo de sus características y problemáticas, entendiéndose que todo lo anterior se constituye en un gran desafío.

### **3.4 Actor Comunitario y Actor institucional**

Para referirse al papel que juegan los y las protagonistas de la presente investigación, se hace necesario acudir a la definición de los conceptos de actor comunitario y actor institucional, en tanto la forma en la que desempeñan su intervención comunitaria en relación a la SM, varía teniendo en cuenta la posición que ocupan dentro del territorio.

Para iniciar, es importante mencionar que el concepto de actor no se refiere a cualquier grupo de individuos, sino al sujeto que actúa, y que requiere de unos mínimos para obtener tal calificativo.

Para Giddens (1979), citado en García (2006):

La actuación del actor tiene cuatro características definitorias: (i) es una intervención intencionada, aunque sea inconsciente, (ii) sobre la que el sujeto puede reflexionar y de la que es responsable, (iii) que depende no tanto de las intenciones del sujeto cuanto de su capacidad y (iv) que no está determinada sino que es “contingente y variable”, en el sentido de que el actor tiene la posibilidad de actuar de otra manera. (García, 2006.p.5)

Por tanto sólo puede considerarse actor a aquella persona que sea capaz de tomar decisiones porque cuenta con medios identificables para hacerlo, y dentro de esta toma de decisiones está el poder con el que se cuenta para realizar determinada acción intencionada. Entendiendo lo anterior, nos enfocaremos en definir qué es un actor institucional y qué un actor comunitario.

Desde los planteamientos de Scharp (1997) citado por García (2006) se comprendió que el *actor institucional* es aquel que actúa según su unidad de referencia, es decir que no actúa en nombre propio sino en el de otras unidades más complejas como lo son la familia, la empresa, el partido político, etc., de las que él hace parte y desde donde asume un determinado rol (García, 2006). En ese sentido, las instituciones dentro de los territorios intervenidos se asocian con una organización clara y una figura pública de referencia para la población, es por esto que en resumen, el actor

institucional dentro del contexto comunitario es aquel que por medio del trabajo en la comunidad actúa bajo su unidad de referencia que sería la institución, entendiéndose ésta bajo la modalidad de colegios, hospitales, puestos y centros de salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), comisarías de familia, estaciones de policía, entre otras. (García, 2006).

Por otro lado, el *actor comunitario* se entendió como el sujeto que es capaz de integrarse con otros con los que desarrolla acciones conjuntas con el fin de lograr un objetivo común (García, 2006), este tipo de actor, actúa consistentemente en preservar su autonomía y asegura su sostenibilidad en el tiempo. Para este caso, son las formas asociativas más representativas de los habitantes del territorio, y en las cuales las actividades se focalizan en el mejoramiento de las condiciones de vida existentes, las cuales actúan de manera organizada y bajo unos intereses comunes; como por ejemplo líderes comunitarios, integrantes de asociaciones de usuarios de servicios de salud, miembros de las Juntas de Acción Local (JAL) y Juntas de Acción Comunal (JAC), grupos de jóvenes, integrantes de organizaciones de base comunitaria y en general, personas interesadas en aportar al mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad en la que habitan.

### **3.5 Territorio y comunidad**

Para comprender el lugar y contexto desde el cual los actores construyen sus representaciones sociales sobre la intervención social comunitaria en SM, se hace necesario indiscutiblemente hablar de territorio. Gil y Alcover (1999), expresan que el *territorio* alude a una zona geográfica determinada en la cual las personas, grupos y comunidades desarrollan sus actividades de forma habitual, este territorio puede tener con el paso del tiempo, un significado especial que es compartido por las personas. A su vez, este concepto es complementado con el concepto de *comunidad* de Krause (2001) para quien este, incluye tres elementos imprescindibles como son: la pertenencia, la interrelación y una cultura común.

Citando a Sarazon (1974), Sánchez Vidal (1996) y Sawaia (1999), Krause define la pertenencia como la dimensión subjetiva que permite a la persona sentirse “parte de” o “identificado con”, es decir que hace referencia a la similitud de lo que se comparte con otros como: ideas, valores, problemáticas, propósitos y metas, es aquí donde se constituye la identidad grupal. Por otro lado, la interrelación se refiere a mutua dependencia e influencia que existe entre varios sujetos para

poder conformar la comunidad, en este aspecto, la comunicación cobra gran importancia, así como los significados coordinados que existan entre todos. Finalmente con el elemento de cultura común, se refiere al sistema de símbolos compartidos (Wiesenfeld 1994) y a la red de significados compartidos (Geertz 1977), es decir que se comparte en cierto grado la forma de ver el mundo y la interpretación que se le da a la vida cotidiana, para Krause la comunidad debe contener RS propias y por lo tanto interpretaciones compartidas de la vida en comunidad.

### **3.6 Otros conceptos**

Se plantea a su vez, la utilización de los conceptos que se relacionan a continuación:

El concepto de *Convivencia* según los planteamientos de Arango (2003), trasciende la mirada fatalista con la que tradicionalmente se le ha relacionado, es decir que para este autor es más que la ausencia de violencia y la define como la capacidad de vivir con otros y a su vez, la capacidad de cada ser humano de reconocer, elaborar, fortalecer y transformar sus vínculos interpersonales independientemente de que estos sean conflictivos o no (Arango, 2003).

“forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población” (p.12). Estas necesidades “no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven (p.12)”. Para una mayor comprensión, Vignolo (2011) clasifica los niveles de atención en 3 momentos que son:

Primer nivel: Se considera como el más cercano a la población. Los recursos se organizan para permitir resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, como las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y por procedimiento de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Cuenta con establecimientos de baja complejidad.

- Segundo nivel: Se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría.

Tercer nivel: se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta

tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él (p. 12).

---

*Capítulo 5. Hallazgos sobre Información acerca de las Intervenciones  
Comunitarias en Salud Mental*

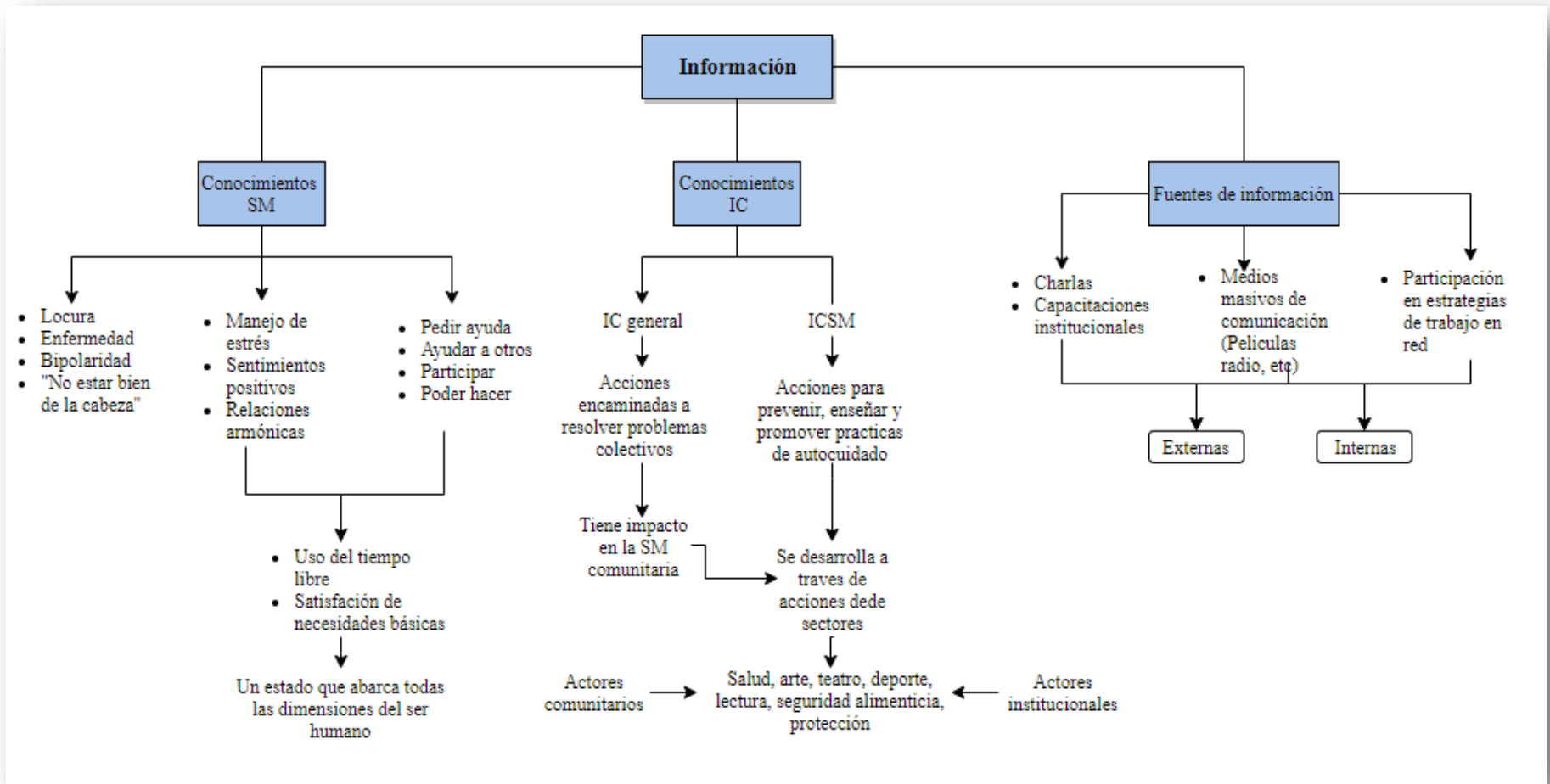
---

El objetivo de este capítulo es presentar la información identificada sobre ICSM; sin embargo, se explicitan algunos hallazgos sobre la información que los actores comunitarios pertenecientes a la Comuna 13 y el corregimiento de La Buitrera tienen frente a la SM. Para cumplir esto ha sido necesario indagar la variedad de conocimientos, datos o explicaciones sobre SM que han construido los informantes a lo largo de sus experiencias como líderes comunitarios. Esto, teniendo en cuenta las contribuciones de Jodelet (1984), quien entiende la información como una de las tres dimensiones que componen las representaciones sociales, donde se da un proceso de recolección y organización de los conocimientos específicos, entre el gran universo de conocimientos, que tienen los sujetos sobre una situación social determinada.

En coherencia con lo anterior, la búsqueda de información que pudiesen tener los actores comunitarios sobre el tema en mención, se llevó a cabo a partir del reconocimiento de sus historias de vida, sus pensamientos, sus maneras de relacionarse, así como su participación en espacios próximos a la ICSM, encontrando que la información brindada por los actores fue diferente en calidad y cantidad. Esto, según Araya (2002) tiene que ver con las pertenencias grupales y la inserción social de los actores, factores que se deben tener en cuenta en el análisis del acceso a la información que tienen los sujetos con relación al objeto social, en este caso, la SM y la ICSM.

A continuación, se relaciona el esquema de 2 de la Categoría “información”.

Esquema 2. Categoría información relacionada con SM e ICSM



Fuente: Construcción propia

## 5.1 Conocimientos sobre salud mental

Para esta investigación, hablar de los conocimientos relacionados con la SM es hacer referencia a la manera en que los actores han organizado el acervo de información, explicaciones o datos, con relación a la SM. Según Araya (2002) las explicaciones que los actores dan a dicho tema se construyen en el marco de relaciones cotidianas, en la pertenencia o participación en determinados grupos o en la recepción de información producto de la comunicación social en general (radio, televisión, cine, redes sociales, etc).

Resultado de la exploración de esta dimensión informativa se encontró variedad de posturas entorno a los conocimientos sobre SM, las cuales tienen que ver con el acceso a fuentes informativas en espacios relacionados con la SM. Se pueden observar informaciones donde los conocimientos sobre SM se adhieren a una noción de “enfermedad/problema/estado negativo”, hasta informaciones que reconocen en la SM un componente transversal en la vida de los seres humanos.

Es así cómo se encuentran manifestaciones por parte de los líderes en las cuales la SM tiene que ver con un estado de “locura”, “*enfermedad mental*”, o trastornos como la “*bipolaridad*”, entre otros:

*“Siempre que uno habla de salud se imagina que está enfermo y la palabra mental suena a loco, ¿no?, si usted dice "buena salud mental" yo entiendo que sus pensamientos son válidos. Mala salud mental, uno piensa que es una persona que no actúa a partir de lo que le enseñó la sociedad.”* (Carlos, 66 años, Buitrera).

Se puede observar que hay una relación explícita entre salud-enfermedad-mente-locura, palabras que asociadas revelan una noción de SM donde se evidencian el tipo y la calidad de información a la que ha podido acceder este líder, quien trabaja con adolescentes en el ámbito artístico en una zona de La Buitrera. Asimismo, en el discurso del actor se puede identificar una idea desde la cual se asume que la sociedad “valida o invalida” los pensamientos de una persona dependiendo de si su SM se acoge a lo que “le enseñó” la misma, o si va en contravía de lo socialmente establecido, por su “mala salud mental”. Se encuentran elementos parecidos en otros discursos:

*“Tengo entendido que la salud mental es algo que tiene que ver con las personas que de pronto no están bien de la cabeza, ósea en cierto sentido, como que hacen lo que hacen porque les falta un cable.” (Felipe, 25 años, Buitrera)*

*“Tiene que ver con personas que tienen problemas psicológicos, como trastornos, como de bipolaridad, que están locos, la verdad no lo tengo muy claro”. (Lina, 26 años, Comuna 13)*

Sin embargo, como se mencionó desde un principio, las informaciones que han obtenido los líderes acerca de la SM son variadas, de esta manera se encuentran actores que han recibido informaciones desde las cuales la SM tiene que ver con un estado de sentimientos positivos hacia otras personas y hacia sí mismo, de esta manera la SM vista desde estos actores se desarrolla desde una dimensión personal que implica la relación con los otros, así como su relación con el entorno:

*“Cuando uno tiene esos rencores con la gente el daño se lo hace uno mismo... va sintiendo como que no vale nada la persona y es muy fácil caer o en depresión o dejarse manejar por otros y caer en la sustancia spa. (R, mujer, 66 años, Comuna 13).*

En este caso se observa que la información recibida permite construir conocimientos desde los cuales se enmarca la importancia de establecer y mantener relaciones armónicas, lo que a su vez permite que las personas “abriguen sentimientos positivos, de felicidad y autoestima, así como aptitudes para amar y relacionarse adecuadamente” (Gaviria y Munera, 2013, p.10). Es posible apreciar que la información con la que cuenta esta lideresa se refleja en el concepto de bienestar psicológico, que según Oramas y Santana (2006) es “un indicador positivo en términos SM, que se refiere a la relación del sujeto consigo mismo y su medio...” (p.36) y está conformado por diferentes variables, entre ellas “la autoestima, vista como un componente afectivo... que consiste en la apreciación y valor que se concede el sujeto a sí mismo, que se expresa en el grado en que se quiere y se acepta” (Oramas y Santana, 2006, p.36).



Algunos líderes exponen que la SM está directamente involucrada con condiciones personales, relacionales y contextuales. En consecuencia la riqueza de sus explicaciones traspasa el ámbito personal, transversalizando la importancia de la SM a ámbitos que abarcan todas las dimensiones de la vida, incluyendo la participación comunitaria y los lazos de cooperación en las comunidades. También se observa que los informantes reconocen la existencia de estereotipos o prejuicios en los discursos cotidianos de otras personas, cuando se habla de SM:

*“La salud mental es estar bien mentalmente, si estás bien mentalmente puedes hacer cosas, tener participación. Cuando uno dice “salud mental” la gente siempre referencia que son enfermos mentales y no es así. Si yo tengo salud mental me preocupo por ayudar a otro, por estar bien, me preocupo por mi contexto”*  
(Blanca, 48 años, Buitrera)

Por un lado la informante apunta que el *estar bien mentalmente permite la participación*, una condición necesaria, según Bang (2010) para la ICSM. Por otro lado está *el preocuparse por ayudar a otro*, que tiene que ver con la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios; finalmente la *preocupación sobre el propio contexto* que se relaciona con la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades.

En el discurso de algunos informantes se evidencia la asociación de SM con la satisfacción de las necesidades básicas y el buen uso del tiempo libre, estos a su vez, se conciben como determinantes preventivos o protectores que podrían evitar que las personas llegaran a sufrir de alguna enfermedad mental:

*“Si usted tiene sus necesidades básicas (satisfechas), difícil que llegue allá (refiriéndose al hospital psiquiátrico), y sobre todo si del tiempo libre se está haciendo buen uso también se evita que la persona llegue allá, la desocupación es lo que lo lleva a pensar, a cavilar, a decir... por eso si se está pensando en el deporte eso aporta a la salud mental”* (Ruby, 68, entrevistada, comuna 13, 2017).

Para algunos actores se concibe la SM como “parte de un todo”, una dimensión que es tan importante para el desarrollo integral del ser humano como la dimensión social, espiritual, biológica y ética. Sin embargo, también se reconoce que, debido a la existencia de prejuicios o estereotipos que asocian dicha dimensión con locura, la SM ha sido una dimensión “relegada”:

*“Tenemos varios componentes, hacemos parte de un todo como seres humanos, la parte psicológica es un componente de todas esas dimensiones. Entonces si tenemos una dimensión artística tiene que cruzarse con una dimensión social, una dimensión espiritual, biológica y ética, entonces a veces la psicológica como que queda relegada porque es la dimensión que se relaciona con “yo estoy loco” (Alexander, hombre, 40 años, Comuna 13)*

La Organización Mundial de la Salud (como se citó en Hernández, Restrepo y otros, 2014) afirma que aún en el presente siglo en gran parte del mundo, “ la salud mental y los trastornos mentales no se consideran en ningún caso tan importantes como la salud física”(sin página), sin embargo, se han desarrollado conceptos sobre SM que buscan ser integrales, pero que no han sido llevados a la práctica de forma masiva, generando desconocimiento, lo cual se puede ver reflejar en la importancia que le dan las personas a la relación mente-cuerpo. En este caso se observa que los actores han accedido a informaciones desde las cuales han construido una noción sobre la relación mente-cuerpo, lo cual se profundizará mucho más en el siguiente capítulo, sin embargo con relación a la información es interesante exponer lo siguiente:

*“Para mí, la salud mental abarca todo. Si no estás bien económicamente la mente está trabajando; si no vas al médico, tienes una enfermedad y no haces el deber de ir al médico, el pensar en esa enfermedad te va a distorsionar la mente; si tienes un problema en tu casa con un hijo también vas a estar pensando y pensando. Si uno no sabe manejar el estrés, la rabia y la angustia, la salud mental se deteriora. Usted no está loca, simplemente tiene algo que ver con la mente, con los nervios, se altera muy fácil” (Martha, 58 años, Buitrera).*

Finalmente como se puede ver, se hallaron elementos en los discursos de algunos actores que comprenden la SM como un estado que "abarca todo", en el cual surge una relación directa entre la dimensión mental y física, generando efectos positivos o negativos en diversas áreas de la vida de las personas.

## **5.2 Conocimientos sobre intervención comunitaria en salud mental**

Hasta aquí la discusión ha permitido observar que los actores a partir de sus relaciones y fuentes de referencia, han accedido a variedad de informaciones que los lleva a construir una serie de conocimientos sobre SM. A continuación, se exponen los hallazgos en lo que se refiere a conocimientos sobre ICSM que tienen los actores de los dos territorios objeto de estudio. Para dar cuenta de dicha información se exploraron conocimientos relacionados con las intervenciones comunitarias, actores institucionales y comunitarios partícipes de estos procesos, así como estrategias, programas y proyectos que trabajan por la SM en su territorio. Lo anterior, teniendo en cuenta que en los procesos de intervención social, son precisamente las personas afectadas quienes se convierten en protagonistas de dichos cambios, cuando se preocupan por conocer sus problemáticas y trabajar por estas aprovechando sus potencialidades y recursos. (Malgesini, 2003)

Con relación a lo dicho por Malgesini (2003), se encuentra que al preguntar a los actores comunitarios sobre sus conocimientos acerca de la ICSM, estos expresan ideas construidas desde sus propias experiencias de trabajo comunitario, así como desde el acercamiento que han tenido con otros actores que también se desenvuelven en el campo de la intervención comunitaria en el territorio. En ese sentido se puede ver que existen unos conocimientos sobre la intervención comunitaria en términos generales, que se refieren a las acciones encaminadas a transformar situaciones o problemas colectivos, a través de la identificación, planeación y ejecución de acciones conjuntas. Dichos conocimientos son la puerta de entrada para poco a poco ir descubriendo lo que tiene que ver con conocimientos sobre ICSM, la cual tiene que ver con acciones de promoción de la salud, que buscan generar cambios en los comportamientos de las personas, con el ánimo promover prácticas de autocuidado y cuenten

con la información necesaria para que puedan buscar mecanismos que les permita atender sus necesidades en términos de SM.

En lo hallado se manifiesta nuevamente, que, así como existen informaciones variadas sobre la SM, también existe información diversa sobre la ICSM. Al preguntar a los informantes sobre instituciones o actores que realizan ICSM en el territorio, se encuentra que la intervención comunitaria en el discurso de algunos actores tiene que ver con el trabajo que llegan a hacer “otros” en su territorio:

*“Que vienen a trabajar con la comunidad, no en un grupo en sí sino que trabajan es con todos los del barrio. Entonces yo pienso que sería eso, lo comunitario, el barrio”*  
(Lina, 26, Comuna 13).

En este sentido, para esta persona concretamente la información que se ha construido sobre la ICSM está ligada al trabajo que “vienen” a hacer unos sujetos externos a la comunidad. Desde una mirada antropológica, el análisis del “otro” en la intervención social, recuerda que es necesario hacer una reflexión permanente sobre las relaciones que se establecen en la intervención, teniendo en cuenta que aquello que “nosotros” somos y lo que el “otro” es depende del contexto, y está condicionado por diferencias que se resaltan, se actualizan (o se niegan) en función de los intereses de los colectivos, en el marco de relaciones marcadamente desiguales (Ranedo, 2000).

Sin embargo, desde la mirada de otros participantes de esta investigación se reconoce que, las intervenciones comunitarias en SM no sólo son realizadas por actores externos, institucionales, sino que personas de la comunidad desde sus experiencias, aprendizajes y procesos de autogestión también llevan a cabo intervenciones relacionadas con la SM:

*“Por lo menos Iris tiene una fundación... ahí tenía personas con enfermedad mental trabajando. Ella trabaja con salud mental, pero no desde la institución, sino desde ella, hace muchas cosas y muchos trabajos como manualidades para que la gente esté ocupada”.* (Ruby, 66 años, Comuna 13).

Otra mirada de la ICSM está más relacionada con el quehacer, donde se dan respuestas de ayuda, apoyo, compañerismo, familiaridad, reconocimiento, entre vecinos de un mismo barrio o sector:

*“Es ayudar a las personas que no tienen una dirección o que necesitan de un apoyo, ¿ya?, eso es trabajo comunitario, poder darle a mi vecino, a mi compañero, a mi amigo, apoyarles” (Blanca, 48 años , Buitrera).*

La intervención comunitaria es vista como un medio movilizador que sirve de apoyo al interior de las comunidades para responder a las necesidades individuales y colectivas de inclusión, reconocimiento, afecto y protección de las personas que la conforman. Retomando los planteamientos de Malgesini (2003), “cuando la intervención social se produce en clave de proximidad, se apoya en las redes familiares y comunitarias y les da soporte” (p.66).

En cuanto a los programas, los proyectos y las organizaciones que hacen o han hecho sus aportes en el campo de la SM, los y las entrevistadas reconocen lo siguiente:

*“La fundación de "A lo bien", estuvo trabajando con unos jóvenes (integrantes de pandillas) y supuestamente habían hecho un pacto donde no iba a haber problemas con nadie. Sus acciones aportaron a la Salud Mental de las personas porque hubo un tiempo en el que el barrio estuvo calmado, donde todo el mundo transitaba el barrio y no había problema, donde usted andaba tranquilo, la gente vivía en armonía. Todo el mundo vivía feliz de saber que ya podían pasar para allá y no les iba a pasar nada, saber que no iba a haber balaceras...” (Lina, 26 años, Comuna 13).*

En este caso es evidente que, el trabajar con los jóvenes que hacen parte del conflicto, para transitar libremente por las calles, sentir en el barrio la sensación de seguridad, vivir en armonía, entre otros aspectos, son aportes a la SM de su comunidad. Es decir que las ICSM se dan en el marco de procesos que buscan generar convivencia, más allá de la ausencia de violencia. Según Arango (2003) la convivencia es la capacidad de vivir con otros y a su vez, la capacidad de cada ser humano de reconocer, elaborar, fortalecer y transformar sus vínculos interpersonales por medio del análisis de sus “ciclos de vida cotidiana”, independientemente de que estos sean conflictivos o no.

Asimismo los actores hacen referencia a una serie de instituciones que aunque desarrollan su trabajo en diferentes campos, desarrollan acciones que impactan en la SM en sus territorios:

*“Pues aquí han venido muchas fundaciones ¿no?, Fundación Manantial, FusemPaz, Cedefut, Hambao, los Puestos de Salud de Lourdes y Divino Salvador... El Divino Salvador ha venido con un comedor infantil, también con un comedor para los ancianos. Con Cedefut, me parece que fue lo de maltrato intrafamiliar, con Fusempaz se trabaja mucho con los niños y las mamás, y en el puesto de salud, pues con lo que a ellos les corresponde... con brigadas para que tengan las vacunas al día, pendientes para que los niños no se enfermen, que la mamás se hagan sus citologías y todo eso y el Hospital Mario Correa también ha estado como muy a la par con nosotros” (Martha, 58 años, Buitrera).*

Como se puede observar, ya sea en el sector de la salud en general, las artes, la seguridad alimentaria, la protección, o la violencia intrafamiliar, etc. Se reconocen acciones que tienen influencia en el mejoramiento de la SM de la comunidad. De esta manera la SM es un eje transversal en este tipo de acciones y las intervenciones en salud - como lo manifiesta una de las entrevistadas, en cuanto a la información sobre SM -*“abarca todo”*.

En ese sentido el contar con comedores comunitarios para los niños y para los ancianos, las brigadas de salud, trabajar por el maltrato “intrafamiliar” y la convivencia comunitaria, son acciones que apuntan a la satisfacción de necesidades básicas (fisiológicas), de seguridad, de protección, etc., pero que finalmente también influyen en la SM de las personas

Es importante mencionar, que a partir de las conversaciones que se dieron en las entrevistas, va emergiendo el reconocimiento no sólo del trabajo de otros proyectos u otras personas, sino que se empiezan a identificar los aportes a la SM de su comunidad a partir de sus propios procesos. Afirman que si bien “no se habían hecho conscientes” de dichos aportes” sí han venido contribuyendo a la SM de sus comunidades desde hace mucho tiempo y sería importante empezar a reflexionar sobre su accionar:

“En nuestra experiencia (AFORCULVIDA) sí se hacen aportes a la salud mental, pero de pronto no se trabaja desde el tema de salud mental (directamente), eso está en el ambiente, como que lo vivimos pero de pronto no lo hemos hecho tan consciente para decir que es un trabajo de salud mental...pero sí sería interesante decir como desde la salud mental estamos aportando un trabajo”. (Alexander, 42, Comuna 13, 2017).

Esto se constituye como un aporte importante en el marco de esta investigación, pues ha permitido que en la conversación los actores comunitarios reconozcan la importancia de trabajo que realizan en sus territorios en el campo de la SM.

En el siguiente cuadro se presenta un resumen de algunas de las instituciones, programas o proyectos públicas, así como ONG, Fundaciones u organizaciones comunitarias que los participantes llegan a reconocer como procesos que intervienen en sus territorios y aportan a la SM de sus habitantes:

**Tabla 4.** Organizaciones Comunitarias e Instituciones que realizan ICSM, según informantes

Ubicación o lugar de intervención	Instituciones públicas	ONG, fundaciones	organizaciones comunitarias o colectivos	Actores “Clave” referenciados
Comuna 13	<p>Instituto Colombiano de Bienestar Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Programa Madres FAMI</li> </ul> <p>Alcaldía de Santiago de Cali</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Red de Promoción del Buen Trato (Secretarías de Salud y de Bienestar Social)</li> <li>Casa de Justicia Aguablanca (Secretaría de Gobierno)</li> </ul> <p>Red de Salud Oriente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Carlos Holmes Trujillo</li> <li>Puesto de Salud Charco Azul</li> <li>Programa Agentes Promotoras de Salud (década 90)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Comité de Planificación comuna 13.</li> <li>Posada de los sueños</li> <li>Centro comunitario Yira Castro.</li> <li>AFORCULVIDA - Circo teatro Capuchini.</li> <li>Comités deportivos</li> <li>Amauta</li> </ul>	<p>Iris Martínez (ASFAPEM)</p> <p>Cucci (Líder Comunitario Vergel)</p>
Eje central de la Buitrera	<p>Presidencia de la República:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Programa Familias en Acción</li> </ul> <p>Instituto Colombiano de Bienestar Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Programa Madres FAMI</li> </ul> <p>Alcaldía de Santiago de Cali</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Red de Promoción del Buen Trato (Secretarías de Salud y de Bienestar Social)</li> <li>Programa PARCHE (90’s)</li> <li>Programa Cali sin pandillas</li> </ul> <p>Red de Salud Ladera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Centro de salud Meléndez</li> <li>Centro de salud Lourdes</li> <li>Puesto de Salud Divino Salvador</li> <li>Programa Agentes Promotoras de salud (década 90)</li> </ul> <p>Hospital Mario Correa Rengifo</p>	<p>Unbound</p> <p>Fundación Manantial</p> <p>Fundación Sembradores de Paz</p> <p>Corporación el Samán</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cesoles</li> <li>CECUCOL</li> <li>Tejiendo sororidades</li> <li>MINA (movimiento Niños en Acción)</li> </ul>	<p>Ingrid Bravo (ESE Ladera)</p>

Fuente: construcción propia.



Por otro lado, se puede observar que en el discurso de algunos actores se hace uso del término “Rutas de Atención”, para aludir a las acciones de articulación desde sus organizaciones comunitarias con instituciones de salud, en la búsqueda de respuestas a las necesidades que surgen y que intentan canalizar y atender a través de sus intervenciones:

*“Desde la organización en la que yo estoy (CESOLES) creo que es mucho lo que se ha logrado aportar (en términos de salud mental) a las familias, porque por lo menos con el proceso que hubo del grupo juvenil, se le ayudó a una familia completa, se activó ruta, se hizo de todo y ahora podemos decir que hay un cambio verdadero, que algunos lo tomaron, pero otros no y ahí cada quien decide si quiere tomar la oportunidad o no, pero quienes la tomaron su vida cambió y de verdad están buscando alternativas y formas distintas de concebir el mundo y de hacer su vida, no quedarse en el problema sino que ya buscar una solución. (Leidy, 18 años, Buitrera).*

En el marco de lo anterior, vale resaltar que las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) han sido definidas en la Política de Atención Integral en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) como:

Herramienta que define, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Estas condiciones, además, serán suficientes en tanto cubran las condiciones diferenciales de los territorios y de los diferentes grupos poblacionales. (p. 49)

En ese sentido las rutas de atención en salud se han pensado como herramientas para facilitar y dar orden a la gestión intersectorial y sectorial, como plataforma para dar lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades (Resolución 0232 del 2016). Aun con los desarrollos que se pueden observar en materia de normatividad y políticas públicas, los colombianos siguen padeciendo las profundas fallas

relacionadas frente al sistema de salud, pero haciendo uso de mecanismos como estos para poder acceder a la atención/intervención.

Por otro lado no se puede desconocer que las organizaciones comunitarias desde sus procesos aportan a la promoción de la SM de las familias de su comunidad, desplegando una serie de recursos que en conjunto con los recursos institucionales tejiendo una suerte de protocolo que permite construir un soporte comunitario para la orientación y acompañamiento de ciertos casos en la comunidad. En ese sentido, los procesos liderados por actores u organizaciones comunitarias se perciben como formas posibles para mitigar o contrarrestar los impactos negativos que pueden tener la presión que ejerce la vida diaria, sobre la SM de los habitantes de una comunidad, entre otros factores:

*“En el caso de nosotros como CESOLES, estamos contribuyendo porque estamos haciendo un proceso con los niños, la biblioteca no es la biblioteca como las que ustedes están acostumbradas, la biblioteca de nosotros es participativa, donde oramos, donde nos encontramos yo con yo, donde entendemos las necesidades internas y externas de nuestro contexto, ahí estamos aportándole a la salud mental”.*  
(Blanca, 48 años, Buitrera).

Como se puede observar hasta ahora, la información sobre ICSM que ha sido expuesta, dista del tipo de intervención tradicional médico - paciente – medicina. Por el contrario, dicha información está asociada al hacer con la gente, a explorar su creatividad por medio del arte, ya sea el circo, el teatro, la música, la lúdica, la lectura, las manualidades, etc. Asimismo reconoce que en las intervenciones que apuntan a la transformación de la autopercepción negativa que tiene la comunidad o los sujetos sobre sí mismos incide profundamente en la sensación de bienestar:

*“Ha sido valioso nuestro aporte porque, por ejemplo, los vídeos que yo he grabado han sido aquí en el barrio. Antes lo que uno escuchaba que salía en la prensa era: “tantos muertos, se encuentra mujer descuartizada en no sé dónde, cayó una oficina liderada por...” eso era lo que la gente estaba acostumbrada a ver en la prensa, pero cuando ya de pronto uno empieza a salir en el periódico como líder comunitario con cosas como “concierto por la paz”, entonces uno escucha los comentarios de la gente, “qué bueno que en la prensa ya no nos conocen solo por cosas malas, entonces*

*yo creo que la gente cambió la percepción (...) es algo muy valioso, que la gente escuche una canción de pelaos que nacieron en el barrio con las mismas dificultades que ellos y están con una guitarra o un micrófono en vez de empuñar un arma, ¡eso ya dice mucho!” (Felipe, 25 años, Buitrera).*

Al respecto, Claudia Bang (2014) menciona que en los procesos de promoción de la salud y de la SM, son importantes las acciones desarrolladas no solamente desde lo institucional, sino también las que se desarrollan en el espacio de lo comunitario como alternativa de abordaje o de “intervención”. Adicional a ello, complementa diciendo que:

La estrategia de promoción en SM comunitaria debería orientarse a la generación de procesos participativos que pongan en juego la creatividad desde lo colectivo, multiplicando las redes de contención comunitaria. Por otro lado, este tipo de acciones se presentan como una vía facilitadora para la transformación hacia una comunidad más inclusiva. (Bang, 2014, p. 111 - 112)

En ese sentido, la ICSM, debe propender por el rescate del encuentro colectivo y la aplicación de los saberes tradicionales de las personas que habitan los territorios entendiendo que:

Los nuevos modelos comunitarios exigen una reinención de las prácticas y poner en el centro del debate de la intervención, la política de lo común, el encuentro con lo común, el establecimiento de lo común, la potencia que da lo común en el punto de encuentro de los intereses particulares con los intereses comunitarios. (Del Cueto, 2014, p. 24)

Es importante entonces reconocer que en los procesos de ICSM, llevados a cabo en la comuna 13 y en el Eje Central del Corregimiento de La Buitrera, las personas no solamente tienen como referente de conocimiento las instituciones de Salud, como el Hospital y los puestos de salud, sino también las experiencias llevadas a cabo por las organizaciones de base del territorio, las experiencias comunitarias que trabajan desde lo artístico, educativo y cultural, que parten de ideas de cooperación y redes de apoyo para la comunidad. Fantova (2006) denomina este tipo de intervenciones, como de carácter solidario, pues son dirigidas por personas que no cuentan con beneficios económicos, cuentan con voluntarios y lo que buscan es impactar socialmente o mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades. Este tipo de organizaciones desde el campo de la ICSM, son muy importantes en tanto son

las que realmente sostienen los procesos de intervención, logrando un impacto positivo y duradero en la vida de las personas que participan de estos.

### **El lugar de las fuentes de información**

Hasta aquí se ha podido observar que las informaciones a las que han accedido los líderes son bastante diferentes. Ahora la pregunta es cómo dichas informaciones han llegado a ser parte de las RS de cada uno de estos actores en sus comunidades. En ese sentido, Burin (1990) plantea que el análisis de las RS que nuestra cultura ha producido acerca de la SM plantea la reflexión sobre el lugar que juegan los medios de comunicación para poner en circulación tales representaciones.

De manera que en la presente investigación se exploraron las fuentes de acceso a la información, teniendo en cuenta elementos propios de las historias de vida de los líderes, el trabajo que han realizado en sus comunidades, ámbitos desde los cuales dichos actores han ejercido su liderazgo, bien sea en el campo de la salud, los deportes, la educación, la protección, la gestión en cultura y artes en general, entre otros, desde donde emerge la participación comunitaria. Así como su participación en espacios afines con la SM, su relación con otros actores (comunitarios e institucionales) de dicho medio, sus conocimientos acerca de material audiovisual (programas, películas, comerciales) o libros, entre otros.

Al respecto Araya (2002) menciona que la información que llegan a tener las personas sobre un tema específico está directamente relacionada con la pertenencia a determinados grupos o a las ubicaciones sociales, lo que lleva a que el acceso a la información sea diferente.

De esta manera se puede observar que la información a la que acceden los artistas difiere de la información a la que acceden quienes se desenvuelven en ámbitos como el de la protección, salud, deportes etc. En ese sentido, las fuentes de acceso a la información se pueden diversificar dependiendo de la ocupación, la edad, o el género, categorías que atraviesan la vida comunitaria y las acciones que han llevado a cabo en sus territorios.

Dichas fuentes de acceso a la información pueden clasificarse de acuerdo al lugar/espacio en el cual se accede a la información ya sea por medio del trabajo, la participación en espacios comunitarios o los medios de comunicación en general.

Por un lado algunas personas manifiestan haber obtenido información sobre SM en capacitaciones en el trabajo y/o en contacto directo con actores institucionales del campo de la SM:

*“En CESOLES han venido a hacer charlas y hemos visto películas sobre salud mental. Charlas con Ingrid Bravo y hace como dos años vinieron del Samán, una corporación” (Blanca, 48 años, Buitrera).*

*“Realicé un trabajo extramural con la E.S.E. Allí me capacité como agente educativa en salud. Tuve una capacitación sobre salud mental en el HUV por la parte de atrás en SM” (Martha, 58 años, Buitrera).*

Como se puede observar, estas personas han tenido un mayor contacto con información en SM la cual se ha desarrollado en el marco de la institucionalidad. Fue por medio de capacitaciones en sus trabajos lo que les permitieron acceder a dicha información siendo esta brindada por algunas instituciones puntuales como aquellas que han realizado intervenciones en territorio.

Por otro lado, la obtención de información en SM, también se dio por medio de la participación en espacios de trabajo comunitario o estrategias de trabajo en red:

*“En la Red del Buen Trato, cuando empezamos estaba Iris, la contrataban por seis meses, luego ya no la contrataban pero ella seguía trabajando, íbamos /a Carlos Holmes y nos daban capacitaciones.” (Ruby, 66 años, Comuna 13)*

*“Un poco antes de la Red no era tan consciente de lo de la SM pero en este ultimo tiempo me he dado cuenta de lo importante que es, eso me ayudó a reconocerlo, pero más por lo que he vivido, en la misma vivencia.” (Alexander, 40 años, Comuna 13).*

*“La primera vez que yo escuché algo relacionado con la Salud Mental fue cuando empecé a asistir a las reuniones de la Mesa de Prevención de consumo de sustancias psicoactivas , dónde iban las chicas de Salud Mental, nunca antes había escuchado de Salud Mental” (Leidy, 18 años, Buitrera)*

Según lo anterior, para algunos actores del territorio, la información que se tiene o han construido sobre SM, está relacionada con las intervenciones que desde salud se han hecho en el territorio, principalmente en capacitaciones desde hospitales, pensadas para actores comunitarios o desde su participación en estrategias como “La Red del Buen Trato”, que también es una intervención del sector Salud, pero que se construye como su nombre lo dice, a partir del trabajo en red, más desde el ámbito comunitario, así como La Mesa de Prevención de Consumo de la Buitrera, como se puede ver, también se entra en contacto directo con funcionarios que trabajan específicamente por la SM en la ciudad.

Por último, está la información a la que se accede por los medios de comunicación masivos, como la televisión, la radio, el internet, etc:

*“He escuchado sobre salud mental en películas con mensajes, pero propagandas no hay” (Blanca, 48 años, Buitrera)*

En este punto, no fue muy frecuente que los informantes hablaran al respecto, sin embargo, en todos los casos que lo mencionan, las personas coinciden en que en la televisión no hay mucha información que se relacione con SM.

Con lo visto hasta ahora se puede decir que el proceso de construcción de conocimiento sobre la SM y la ICSM está muy relacionado con el acceso a determinado tipo de información. De manera que los actores comunitarios tienen contacto con fuentes de información “externas”, como lo son las charlas o capacitaciones institucionales y siendo partícipes de procesos de intervención de actores institucionales, así como desde sus propias búsquedas, su inserción en grupos, el contacto con medios de comunicación, películas, etc. Lo anterior les lleva a construir un conocimiento “interno”, producto de reflexiones tanto desde su propia experiencia de vida y como agentes intervinientes en su comunidad, pero también desde su participación en espacios como por ejemplo, La Red del Buen trato, Mesas de trabajo por la SM, entre otros muchos otros.

---

*Capítulo 6. Hallazgos sobre las actitudes acerca de las Intervenciones  
Comunitarias en Salud Mental*

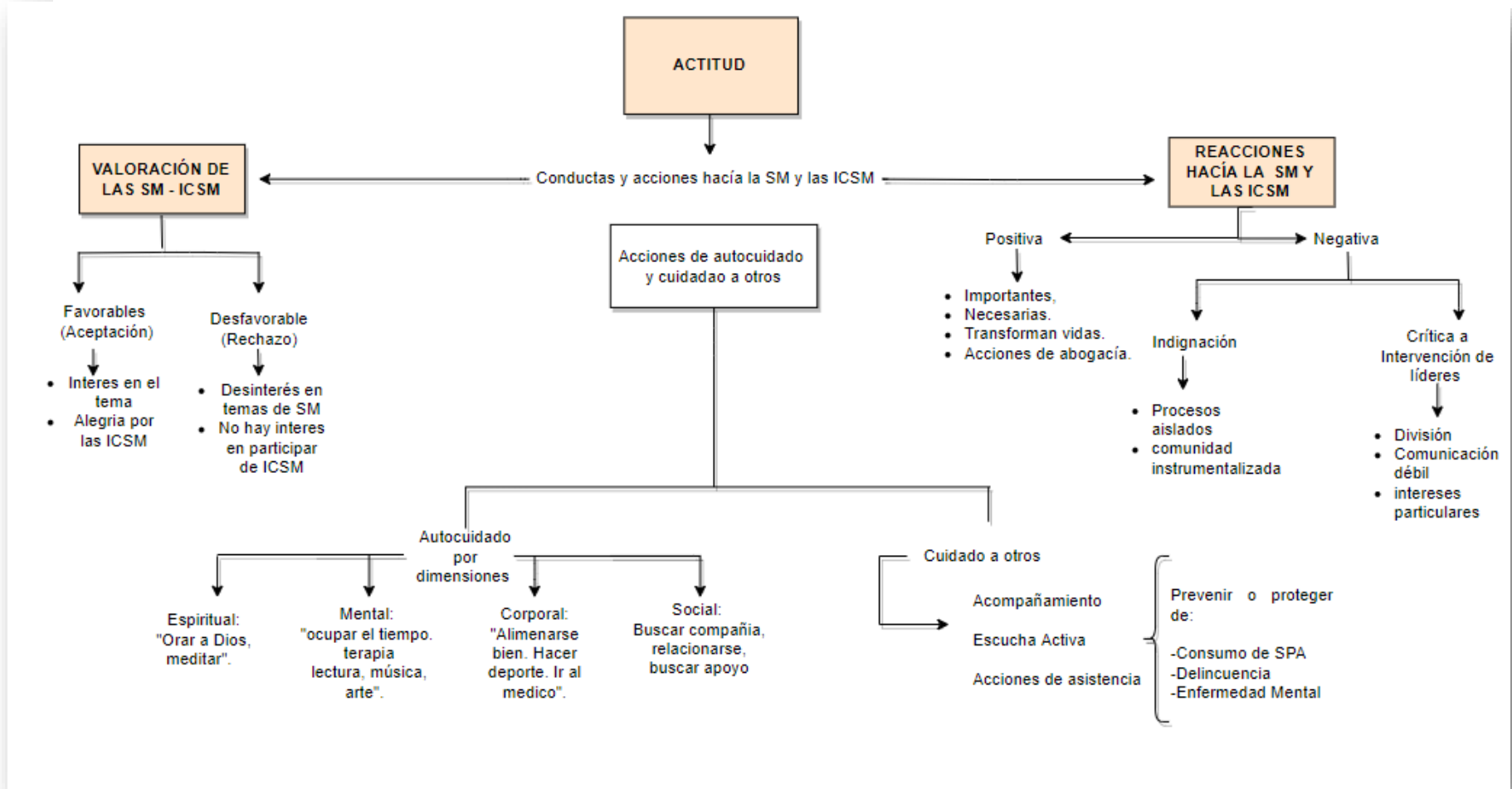
---

En el campo de las Representaciones Sociales, la dimensión de la actitud se refiere a todas aquellas conductas y acciones que realizan las personas como respuesta a una orientación producida hacia un objeto o un hecho. Ésta a su vez, expresa el aspecto más afectivo de las RS en tanto se percibe como la reacción emocional hacia ese hecho y cuya orientación global puede ser positiva o negativa y favorable o desfavorable, “su identificación en el discurso no ofrece dificultades ya que las categorías lingüísticas contienen un valor, un significado que por consenso social se reconoce como positivo o negativo, por tanto, es la más evidente de las tres dimensiones” (Araya, 2002, p. 40).

En este apartado se analizan los aspectos actitudinales que configuran la acción de los actores frente a la ICSM, a su vez, se plantean algunos hallazgos sobre las acciones que adoptan los actores frente a la SM propia y que a su vez, son sugeridas a otros en función de la RS que éstos han construido sobre dicho objeto de estudio.

Hasta aquí se ha evidenciado cómo la información que tienen los actores entrevistados frente a la SM y las ICSM, proviene de diferentes fuentes tales como la familia, los amigos, los vecinos, los medios de comunicación, y agentes institucionales entre otros. Además, de la participación en diferentes espacios en el transcurso de su vida cotidiana y comunitaria. Lo anterior, entendiendo a los sujetos como parte de un proceso de interacción en el que se adoptan símbolos, significados, imágenes y formas de actuar. En la misma línea, esto ha permitido entender cómo se va configurando la RS que los actores tienen sobre las ICSM, es por ello que estas dos variables juegan un papel importante en el momento de asumir una postura frente al tema y la orientación en la conducta que se realiza frente a este mismo.

**Esquema 3. Categoría Actitud hacia las ICSM**



Fuente: construcción propia



## 6.1 Valoración del objeto de Representación

Para establecer la orientación en la reacción emocional de los actores, se identificaron en primer lugar las valoraciones favorables o desfavorables frente a la SM y las ICSM. Lo favorable y desfavorable se entenderá por consenso social, como aquello que se muestra en respuesta de aceptación, rechazo o la posición más o menos favorable que las personas tienen en función del objeto de representación. En otras palabras, el *qué sienten* cuando se refieren a este tema (Silveira, 2011). En ese sentido, ante los interrogantes por el ¿interés en la SM? y ¿cómo recibe las ICSM que llegan a su territorio?, algunos participantes responden:

*“Ayyy no, yo digo ¡qué chévere!, bravo, bravo (gesto de felicidad, aplausos), eso es lo que necesitamos todos, para que haya tolerancia, es lo primero que pienso.”*  
(Blanca, 47 años, Buitrera).

En el caso de la participante del eje Central de La Buitrera, se identifica una reacción favorable frente al tema en cuestión, pues responde con efusividad y se muestra interesada en él, además, acentúa su valoración frente a la intervención, al aplaudir la llegada de esta, argumentando que es necesaria para que haya tolerancia en su sector.

En relación a lo anterior, Morales y Reboloso (1998) citando a Fazio (1989) se refieren a la actitud como la evaluación que surge en asociación a un objeto dado, aquí, la evaluación significa “el afecto que despierta, las emociones que moviliza, el recuerdo emotivo de las experiencias vividas” (p.229). Entendiendo lo anterior, se visibiliza en la participante la fuerza afectiva y emotiva que genera hablar de un tema (objeto de representación) conocido y que valora como importante.

De igual forma sucede con algunos actores de la comuna 13 quienes también se muestran receptivos frente al tema de SM y frente a las ICSM que a lo largo de su vida comunitaria han conocido:

*“En la Red del Buen Trato, se hacía un trabajo muy bueno, sobre todo Marcia (Funcionaria de ICBF), yo la aprecio mucho”* (Ruby, 66 años, Comuna 13).

Se puede reconocer en este enunciado, que la participante no sólo tiene una actitud favorable frente a dicha estrategia de ICSM, sino también frente a la profesional que hizo parte de esta. En ese sentido, la construcción de vínculos que se han logrado establecer entre el actor institucional y el actor comunitario, es un aspecto clave para la intervención que se hace en el territorio, en este caso, desde un actor del sector público.

En relación con lo anterior, Bang (2015) habla de la conformación de una trama vincular afectiva que se produce desde estrategias de intervención no convencionales, es decir por fuera de las instituciones. Esta es precisamente la dimensión afectiva de la relación entre profesional - “paciente”, que posibilita se puedan dar relaciones de horizontalidad en los vínculos, procesos cooperativos y relaciones comunitarias solidarias.

Hasta aquí, resulta importante mencionar que las mujeres de ambos territorios (Blanca y Ruby), han participado en el transcurso de su vida y liderazgo comunitarios, en procesos relacionados con el ámbito de la Salud. En ese sentido, como se mencionó en el capítulo anterior, la calidad de la información que han recibido frente al tema, el acceso a esta, la pertenencia a ciertos grupos donde se ha abordado el tema a profundidad y la apropiación que han tenido de este, les ha permitido, en ambos casos, construir la representación y configurar su reacción - acción hacia una imagen favorable al respecto. Es así como se puede dar cuenta que “a partir de la información que se comparte con el grupo y los significados que le son atribuidos al objeto de representación social, se adoptan posturas y se ejercen acciones” (Cuevas, 2016. p.122).

En cuanto a las *valoraciones desfavorables o poco favorables* frente al tema de la SM y las intervenciones, se encuentra en algunos participantes que estas se hacen evidentes por la forma en la que dichos actores reaccionan en el transcurso de la entrevista:

*“No sé si esté asociando bien, pero esa palabra mental me tiene a mí cabreado”*  
(Carlos, 66 años, Buitrera)

En el caso de este participante, su valoración y reacción frente al tema de la SM y a las intervenciones, denota un poco de confusión al manifestar su dificultad de asocio y el temor o malestar (“me tiene cabreado”) que le produce la palabra “mental”. A su vez, su desinterés

se hace evidente cuando al referirse a una propuesta de intervención comunitaria relacionada con el tema, dice “no quedarle tiempo para moverse por esos lados”, es como si desde su imaginario, la intervención no tuviera relación con el trabajo que él realiza, por lo que no le suscita ningún interés en participar de esta:

*“Sólo oí de un grupo, no sé, yo me desprendí de ellos, que eran, ¿cómo se llama esta señora?, Ingrid, que era de la red del “maltrato”, que alguna vez yo fui a una reunión allá a la cruz. Pero pues no estaba muy al tanto, sé que tienen como un grupo de escucha, que los orienta pero yo no estaba muy al tanto. No me ha quedado el bendito tiempo para estar allí porque pues es que me muevo aquí en lo artístico y no me queda tiempo para correr por ese lado” (Carlos, 66 años, Buitrera).*

Al respecto, es importante recordar que para el participante Carlos, la información y la representación que ha construido sobre la SM hacen alusión a la locura, en ese sentido se puede comprender el por qué de su reacción poco favorable y su escaso interés en participar de las intervenciones relacionadas con el tema.

De igual forma sucede con otra participante quien dice:

*“No me he tomado el trabajo de buscar sobre eso, (...) no, mira que no he sentido interés” (Lina, 26 años, Comuna 13).*

Estas, son sólo algunas frases que menciona la participante a lo largo de la entrevista cuando es interrogada por la información y el interés que tiene sobre la SM y las ICSM. Sus respuestas denotan en ese sentido una reacción desfavorable frente al tema.

Desde el ejercicio comparativo con las dos primeras participantes, se puede inferir que para Carlos y Lina, la forma de asumir la SM y en concordancia las actitudes frente a la ICSM, responden precisamente a “una de las implicaciones que tiene el papel estructurante de las actitudes consistente en que los grupos pueden asumir posiciones en temas de controversia pública sin haber construido la información suficiente a partir de los datos que circulan” (Paralez y Vizcaino, 2007. p.357), es decir que a diferencia de las dos primeras participantes,

los dos últimos, han construido su representación sin haberse dado la oportunidad de participar en procesos o grupos donde la cantidad - calidad de la información y su apropiación respecto al tema, quizá pueda influir en el cambio de actitud que estos pudieran asumir respecto a la SM y la ICSM. Sin embargo, según los planteamientos de Araya (2002) “se entiende que una persona o un grupo puede tener una reacción emocional sin necesidad de tener mayor información sobre un hecho en particular” (Ibáñez citado por Araya, 2002:45)

## **6.2 Reacciones positivas y negativas hacia las ICSM**

En la dimensión actitudinal, es posible identificar también la orientación *positiva* o negativa que los participantes le dan a las intervenciones comunitarias en SM que realizan en su territorio tanto actores internos como externos:

*“El Teatro Capuchini también, los del circo Capuchini están llamando a los jóvenes. Eso me parece importante... Se necesita tener los muchachos ocupados” (Ruby, 66 años, Comuna 13).*

Al respecto, la participante de la comuna 13 referencia dentro de las ICSM, aquella que es realizada por una organización de base de su comunidad, que aporta al bienestar de los niños y jóvenes que están expuestos a condiciones contextuales como la delincuencia y las sustancias psicoactivas, en ese sentido, son intervenciones vistas como positivas y de suprema importancia para el desarrollo de la vida comunitaria. De este comentario se rescata el reconocimiento que se le da al trabajo de otros, especialmente el que hacen los mismos actores del territorio.

En la misma línea, se identifica una actitud positiva en los participantes que dirigen sus propias organizaciones de base comunitaria o que hacen parte del equipo que las conforman:

*“Yo he podido notar que cuando le agradecen a uno es porque han vivido como situaciones de familia, o de abandono de papá y mamá, ... abandono emocional, porque algunos cuando han manifestado sus agradecimientos ha sido desde allí, que de pronto aquí los hemos escuchado, le hemos abierto un espacio y que de pronto no*

*tuvieron la oportunidad de estar en la calle, o entrar en pandillas, bueno, que digamos esto fue como el foco para poder no haber caído en una situación más difícil, sino como al contrario haberse ayudado un poco más” (Alexander, 40 años, Comuna 13).*

Se puede notar la relevancia que para estos participantes adquieren las intervenciones que ellos hacen desde sus espacios de liderazgo, en ese sentido demuestran tener una actitud positiva frente a dichos procesos, y los resultados que obtienen con la población con que trabajan se muestran como un aliciente que le da sentido a sus vidas y les permite seguir contribuyendo con sus aportes a la comunidad. Pareciera entonces que la SM de estos actores, también se viera alimentada por la respuesta que reciben de quienes ayudan y en ese sentido, le apuestan a continuar con su labor.

Desde esta perspectiva se visibiliza a dichos líderes como sujetos sociales que aportan a la solución de sus problemáticas, pues su intención es la de abordar las situaciones de quiebre que afectan a las comunidades en cada contexto, en su territorio y con recursos propios de este, entendiendo entonces que difícilmente se hallará una solución por fuera de su propio sistema (Martínez, 2006).

Un aspecto a resaltar en estas intervenciones es que se dan desde la cercanía con la gente, con los niños, con los jóvenes y esto les permite generar relaciones de confianza, de apoyo, que se vuelven vitales para la continuidad de los procesos con las personas. En ese sentido, se piensa en estas intervenciones como algo que se hace con agrado, con gusto por el trabajo con la gente.

Por otro lado, entendiendo lo que ha significado la experiencia que por años llevan estos actores adquiriendo con el trabajo realizado en su comunidad, le apuestan a tipos de intervenciones que sean duraderas en el tiempo. Ellos y ellas, a partir del discurso reconocen que aunque no cuentan con los recursos económicos necesarios para sostener su intervención, estas adquieren sentido en tanto se convierten en procesos que le apuestan al trabajo continuo y sostenido con las personas. Es por ello que a pesar de las dificultades, año tras año están dispuestos a no dejarlos perder.

*“A veces en esa limitada situación económica, pues logramos como hacer un trabajo que al menos genere un proceso en los niños y en los jóvenes que tenemos, no que se vuelva como algo puntual, como algo aquí que tocó y ya, sino algo como que se vuelve proceso y es lo que hemos venido justamente trabajando este año, como ir generando un proceso de trabajo que realmente nosotros veamos luego al final pues un resultado, resultado en algunos aspectos que uno puede ver a través de lo que hace, pero que de pronto también van a ver resultados a futuro, de ver estos niños y estos jóvenes. (Alexander, 40 años, Comuna 13).*

Por otro lado, esta actitud positiva se expresa también en algunos actores, por las experiencias que les ha dejado la participación en estos espacios de intervención en SM comunitaria. Al respecto dos participantes mencionan:

*“Allá en Yanaconas nos hicieron algo con velas y todo eso... y lloré como nunca... y salí de allá, liviana... por eso yo no olvido nunca esa actividad, (...) Cuando uno tiene esos rencores con la gente el daño se lo hace uno mismo, yo eso lo he aprendido, a mí la red me sirvió mucho, me ha servido mucho, por eso no quisiera que esto se acabara” (Ruby, 66, Comuna 13).*

*“Gracias a Dios salí adelante y después de lo que me dijo la doctora (profesional en psicología de la intervención comunitaria), he manejado las cosas como ella me dijo y verdad, o sea, siento como ese descanso en el alma, como que no te duele nada ¿no?, o sea, ya recuerdas y ¡ahhh sí!, esto pasó, pero ya” (Martha, 58 años, Buitrera).*

Es evidente que la actitud que algunas personas han construido frente a las intervenciones en SM, se hacen positivas por la transformación que estas han tenido en sus vidas y lo que esto ha representado para ellas, por lo que es común escuchar en sus relatos frases positivas frente a los cambios que atravesaron y la comparación entre lo que fueron ayer y lo que son ahora. Es por lo anterior, que dan muestras de agradecimiento y desean que continúen estas intervenciones para que más personas se beneficien de ellas.

En este caso particular y entendiendo que ambas participantes son adultas mayores que hicieron parte de procesos gestados en las décadas de los 80's y 90's por medio de voluntariados en salud o la conformación de las ligas de usuarios en sus comunidades cuando el Distrito de Aguablanca y la ladera de Cali estaban viviendo procesos similares, permite comprender el por qué se diferencian en gran medida de las experiencias de quienes en época distintas no pudieron hacer parte de este tipo de procesos. Frases o palabras como “*impactante*”, “*importante*”, “*positivo*”, “*muy bueno*”, “*me sirvió mucho*”, son compartidas por estas dos mujeres, lo que permite confirmar que hay un sentimiento positivo frente a las intervenciones comunitarias en SM que han conocido.

En cuanto a las acciones que los participantes toman en virtud de las ICSM, se encuentran acciones de abogacía en algunos actores. Los actores entrevistados, aunque en la mayoría de los casos argumentan no conocer a fondo el tema sobre SM, muestran interés en hacerlo, tal es el caso que al final de la entrevista terminan por reflexionar sobre la importancia de incorporar en su discurso y práctica la SM. Relacionado con lo anterior y entendiendo la importancia del tema, aunque algunos aceptan que no es plenamente comprendido, los actores abogan por que se realicen intervenciones al respecto, es así que algunos actores llevan proyectos relacionados a instancias de participación comunitaria como el Comité de Planificación de la Comuna 13. Sin embargo, se reconoce que este, no es un tema que tenga mayor relevancia para quienes están a cargo del manejo de los recursos en el territorio.

*“Incluso eso de salud mental lo propusimos porque nos reuníamos a conversar, lo propusimos por salud en el comité de planificación, y allí dijeron que no que eso era por Bienestar Social, pero era por salud, pero mire se lo entregaron a Saludcoop, y Saludcoop se lo entregó a una enfermera para que lo ejecutara (...) ya se terminó (muestra sensación de decepción)” (Ruby, 66 años, Comuna 13).*

En cuanto a la **orientación negativa**, se logra percibir una actitud de indignación hacia la forma en la cual se ejecutan y se han ejecutado proyectos relacionados con SM en la comunidad, también, al sentir que dichos proyectos son procesos aislados que podrían tener mayor impacto si hicieran realmente partícipe a esta:

*“El problema es que hay mucha gente que ha venido acá como a entusiasmar, los ilusionan y después los dejan tirados, por eso es que la gente ya no cree ni en políticos ni en nada” (Ruby, 66, Comuna 13).*

En el anterior enunciado, se puede evidenciar una crítica constante que los actores comunitarios tienen frente a las intervenciones que en su mayoría son ejecutadas desde el sector público. En ese sentido la actitud negativa surge teniendo en cuenta que en dichas intervenciones, los actores sienten que ellos y la comunidad, son ilusionados con intervenciones prometedoras y posteriormente abandonados. Esto a su vez, permite comprender porque hay una pérdida de credibilidad en las instituciones y como ellos lo señalan, en la política. Lo anterior, es reforzado por el siguiente participante:

*“Yo creo que los proyectos que se han tratado de ejecutar acá han sido proyectos que se han ejecutado por no dejarse perder, osea ya los proyectos que toca lanzarlos porque estaban incluidos dentro del presupuesto y toca hacer algo para no dejar perder eso y le duele a uno, (...) si hubiese sido algo que se hubiese ejecutado con el corazón en la mano como decía en el papel, hubiese tenido un impacto muy bonito y diría yo que el proceso aún seguiría vigente, pero como fue algo que ejecutaron por ejecutar ¿qué más se podía esperar?(...) y me decían, “no, pero es que así está pensado el proyecto, pero no te preocupes que nosotros vamos a seguir”, pero mentiras, son proyectos muy vagos, es triste y llega un punto en que a uno como líder le toca ponerse colorado muchas veces porque uno le dice a la gente... “pero vení, ¿vos me vas a venir a manosear la comunidad?”... osea no, yo creo que son proyectos que si se plantean bien pueden funcionar, pero también el hecho de que estén viniendo a manosear la comunidad, que la gente o las entidades vengana a perder credibilidad, no” (Felipe, 25 años, Buitrera).*

Esta es una visión reiterativa entre todos los actores participantes de la investigación, sus sentimientos de rechazo frente a la forma en que se interviene en los territorios, la falta de continuidad en los procesos que se llevan a cabo, la mala inversión de los recursos, entre otros, son hechos que hacen que los participantes asuman una actitud negativa hacia estas intervenciones. Todos los entrevistados coinciden en que el Estado ha actuado en sus territorios conforme a su voluntad, sin dejar gran impacto con sus intervenciones en la vida



de la gente y sin apoyar realmente a los actores comunitarios que por décadas han hecho un trabajo constante los cuales en ocasiones se ven limitados por la falta de recursos.

*“El problema es el de siempre, trabajamos con las uñas. No hay un dinero que diga uno, puede al menos darle de comer a los artistas, nos toca a nosotros mismos gestionar. Todo parte desde allí, digamos, lo que uno espera del Estado es muy difícil, entonces siempre quieren gratis y es verdad que uno eligió ser artista, pero también tiene sus necesidades y compromisos” (Carlos, 66 años, Buitrera).*

Por otro lado, también existe una actitud negativa hacia algunos líderes y las intervenciones que estos realizan:

*“La comunidad no está creyendo en los líderes, porque la comunidad no se siente representada si los líderes no se ponen de acuerdo (...) de hecho tenemos la problemática bastante fuerte allí, se dañan las calles, por ejemplo esta calle principal está dañada y no ha habido un doliente, entonces una gota de agua no hace aguacero, y si los demás no aportamos, no ayudamos, es imposible” (Blanca, 48 años , Buitrera).*

En ese sentido, existe una creencia generalizada de que la falta de respuesta oportuna a algunas situaciones problemáticas que se viven en la comunidad y que afectan la SM de sus habitantes, parten de la base de la división/ no articulación entre los mismos líderes y territorios, los intereses divididos, además de una mala comunicación y del trabajo individualizado. Como lo menciona la participante Blanca, la comunidad no se siente representada por estos líderes.

A su vez, dicha situación la asocian a que algunos de estos líderes están ligados a cargos políticos o de toma de decisiones que en ocasiones, no permite que otros actores que también trabajan por la comunidad, se sientan reconocidos en su trabajo, procesos o reciban colaboración con recursos que les permitan ampliar su accionar.

*“Como lo que quiere hacer el circo Capuchini, mire que a ellos nadie les aporta, del situado fiscal les niegan aportes. Que importante que los tuvieran, (...) ellos tienen que rebuscársela” (Ruby, 66 años, Comuna 13).*

Lo anterior, es una queja constante de las personas mayores entrevistadas y aunque en los participantes más jóvenes este discurso no es reiterativo, sí coinciden en decir que en muchas ocasiones es difícil participar en los espacios de toma de decisiones, pues se sienten rechazados o no tenidas en cuenta sus opiniones, por lo que se abstienen o se desmotivan en participar de estos espacios.

### **6.3 Acciones ante el objeto de representación**

Hasta aquí, se ha de mencionar que la actitud que la gente asume frente al tema de SM y a su vez la actitud hacia la intervención conforme a la representación que han construido en torno a esta, permite evidenciar una toma de posición en su accionar y su discurso que tiene que ver con las acciones que ellos dirigen para sí mismos, para los demás y para las intervenciones en sintonía con el objeto de representación.

#### **6.3.1 Autocuidado**

Respecto a las acciones que dirigen para sí mismos, se identifican prácticas de autocuidado que se destacan en el relato de los y las entrevistadas. Se hablará entonces a partir de cuatro dimensiones: *dimensión espiritual*, *dimensión mental*, *dimensión corporal*, *dimensión social*.

Los cuidados desde una *dimensión espiritual*, hacen referencia a todo lo que concierne en gran parte a las creencias religiosas, divinas, energéticas (orar, creer en un dios, meditar) o que simplemente sin que se ligen a lo religioso, trabajan el ser “*desde adentro*”, su propia “*alma*”, prácticas que desde la visión de los entrevistados mantienen el “*equilibrio*” en sus vidas. Dichas acciones se hacen reiterativas en el discurso de los participantes cuando se les indaga sobre las prácticas llevan a cabo para preservar su SM, en ese sentido, “*orar*”, “*encomendarse a Dios*”, “*buscar la paz interior*” son respuestas que evidencian la representación que se ha ido configurando en los sujetos que asumen una actitud de fuerza y optimismo hacia la vida y hacia las condiciones de peligro que les ofrece el contexto, pareciera entonces que sus creencias arraigadas hacia un dios superior, una divinidad, la energía del universo y otras, los blindan frente a las situaciones que se les presentan en su diario vivir y a su vez, fuera ese pilar para conservar su SM.

Lo anterior se puede observar en algunos discursos:

*“Siempre antes de salir de mi casa lo primero que hago es encomendarme a Dios y él es el que siempre me guía a donde quiera que vaya” (Esays, 47 años, Comuna 13).*

*“Uno se tiene que oxigenar, si tú oras por las mañanas le pones a Dios el día, estás abriéndote, pero si tú te levantas a pelear con tu hija o con tu esposo, ¿cómo vas a llegar al trabajo? o ¿al estudio?” (Blanca, 48 años, Buitrera).*

*“Yo recurro mucho a lo espiritual, para mí lo espiritual es como la fuente... trato de buscar mi equilibrio, creo mucho en Dios por muchas experiencias de vida que he tenido” (Alexander, 40 años, Comuna 13).*

Vemos aquí que la idea que se hacen los informantes sobre la SM, también les permite tomar acción frente a las prácticas de autocuidado que ejercen para preservarla, en este caso es evidente que para los actores, la parte espiritual cobra un gran valor, orientado principalmente a las creencias religiosas.

En coherencia con lo anterior, el cuidado en el campo de la salud responde a una serie de

Construcciones culturales que se materializan por medio de un conjunto de *prácticas*, ritos, creencias, actitudes, *representaciones* y conocimientos que una cultura tiene alrededor del cuidado, en la que la historia, la ciencia y la misma cultura han cumplido un papel muy importante en su evolución, pues han contribuido a la construcción de este patrimonio y han dado dirección al cuidado de la vida y la salud. (Uribe, 1999. p.110 - 111)

Para los entrevistados todas esas concepciones y representaciones que parten de sus creencias culturales sobre lo espiritual, influyen en las prácticas que ellos tienen en su vida cotidiana. Por otro lado, se encuentra que algunos actores recurren a métodos alternativos de autocuidado orientados principalmente a su conexión con el universo:

*“Cuando ya me veo demasiado agitado, hago ejercicios de meditación” (Carlos, 66 años, Buitrera).*

En correspondencia con lo anterior, Uribe (1999) expone que “los griegos manejaron una visión integral de lo que debía ser el cuidado de sí, pues enfatizaban la necesidad de cuidar no solo el cuerpo sino también el alma”, en este aspecto complementa diciendo que “la meditación, la lectura, las notas que se tomaban de los libros”, entre otras (p.111) formaban parte de las prácticas de autocuidado que ellos implementaban. De igual forma, menciona que:

Los comportamientos están fuertemente arraigados en un sistema de creencias y tradiciones culturales, razón por la cual las personas no reemplazan fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos (...) Es así como los comportamientos en salud están orientados por los conocimientos acumulados y por las RS, de las cuales hacen parte las supersticiones y los mitos construidos alrededor del cuidado de la salud. (Uribe, 1999. p.113).

A partir de este planteamiento se puede entender, por qué para algunos entrevistados, el cuidado de esa parte espiritual, es tan necesario para preservar su SM, respondiendo en algunos casos a las creencias religiosas basadas en el cristianismo o por otro lado, en creencias propias de las influencias de oriente.

En cuanto a la *Dimensión mental*, esta tiene que ver con las acciones que las personas llevan a cabo para el cuidado de su psiquis (*mantenerse ocupado, recibir terapia psicológica, leer, escuchar música, ser positivos, disfrute y práctica del arte, no escuchar malas noticias*). Entre estos, se destaca la práctica y uso de las artes como medio de escape y equilibrio, al respecto, uno de los participantes menciona:

*“El escape para mí siempre es la lectura, la música, ir a obras de teatro lo que tenga que ver con arte, ese es como mi escape, una vez estuve a punto de tirar la toalla, pero ese es como mi equilibrio” (Carlos, 66 años, Buitrera).*

El anterior testimonio es evidencia de un aspecto que se reconoce en el discurso de los participantes, la importancia que le dan a la práctica del arte en su vida. En el caso de Carlos, que es artista empírico, el centro de su vida es el disfrute y la enseñanza de lo que sabe a niños y jóvenes por medio de los procesos comunitarios que lleva a cabo. Es evidente que para él, el arte aporta significativamente a su vida y a la preservación de su SM.

Por otro lado, un aspecto indispensable en el cuidado de la SM pero que poco se menciona en las prácticas que tienen los entrevistados, es el de solicitar ayuda de otros cuando las situaciones emocionales los desbordan, al respecto, algunos actores dicen lo siguiente:

*“Lo ideal es buscar ayuda en un psicólogo ¿no?, porque pues, usted sabe que hay gente que pa’ qué psicólogo” (Esays, 47 años, Comuna 13).*

*“Cuando siento que lo espiritual no me da, he ido a psicología, me gusta escuchar orientación, cuando siento que me estoy ahogando en la misma situación yo digo, ¿seré yo? ¿qué es?, cuando no me identifico desde lo espiritual, ya sí busco quien me oriente, entonces me apoyo mucho en dos amigas psicólogas cuando siento que no puedo” (Alexander, 40 años, Comuna 13).*

Es en este aspecto que la *dimensión mental* cobra aún mayor relevancia en tanto algunos actores acuden a buscar ayuda, especialmente profesional, cuando consideran que no pueden resolver sus dificultades por sí solos o cuando sus herramientas fundadas en lo espiritual no les son suficientes.

Por otro lado, se identifican las prácticas de autocuidado desde una *dimensión corporal*, en otras palabras, todo lo que tiene que ver con la preservación del cuerpo físico, ligado esto a una sana alimentación, la práctica del deporte, controlar la respiración, tomar los medicamentos prescritos por el médico, entre otros. En ese sentido, el jugar fútbol, caminar, hacer ejercicios de respiración o tomar los medicamentos para sanarse hacen parte de todo ese conjunto de acciones que denotan una actitud positiva frente al cuidado de la SM propia. Al respecto, los entrevistados mencionan:

*“Yo por lo menos el caso mío es alimentarme, porque cuando uno se alimenta pues su cerebro también está funcionando. A veces uno no tiene o no se alimenta y el cerebro se va decayendo como todo. Es importante para mí alimentarse” (Esays, 48 años, Comuna 13).*

*“Yo juego mucho fútbol también, me metí a equipos de fútbol, jugábamos y todo, osea, yo trataba de tener la mente ocupad”. (Martha, 58 años, Buitrera).*

*“Sufrió un tiempo depresión (...) tomaba agüitas de toronjil, superé eso y de allí me entregué de lleno y cuándo sentía que me iba a dar... yo caminaba, yo iba a una capacitación y otra, yo creo que eso ya lo superé (Ruby, 66 años, Comuna 13).*

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede observar cómo para algunos actores la satisfacción de una necesidad básica como lo es la alimentación, juega un papel tan importante en la preservación de su SM, de ahí que se puede entender que factores sociales como la pobreza en relación con la desnutrición, afecte la SM de las personas. Por otro lado, la práctica del deporte o la ocupación del tiempo, se configura como una constante en el discurso de aquellos actores que ven en este aspecto un papel determinante en el cuidado de su SM, finalmente, el acudir a prácticas tradicionales de cuidado del cuerpo y la mente como el uso de bebidas aromáticas, da una sensación de tranquilidad para algunos de los entrevistados y a su vez contribuye en la cura de los problemas que les aqueja.

Al respecto, Uribe (1999) expone que en el ámbito de promoción de la salud, las prácticas de autocuidado son orientadas por un sistema de creencias culturales aprendidas en el proceso de socialización, es ese sentido, el cuidado del cuerpo está relacionado con prácticas dirigidas a funciones de conservación, como el alimentarse y el modo de vida, así como a cuidados de curación que están relacionados con los tratamientos para la cura de las enfermedades o todo aquello que obstaculiza la vida.

En *la Dimensión Social*, se relacionan todas aquellas acciones que manifiestan los participantes y que responden a la búsqueda de compañía. En ese sentido, se encuentran acciones que responden a la preservación de la SM por medio del apoyo que pueden encontrar en sus amigos o seres queridos cuando tienen algún problema:

*“Yo siempre he procurado no estar sola, yo siempre he estado rodeada por mis hijas, ellas están pendientes” (Martha, 58 años, Buitrera).*

Como lo menciona la participante Martha, el contar con el apoyo de sus hijas y el sentirse acompañada por ellas, le permite mediar con las situaciones de tristeza y dolor que ha vivido a lo largo de su vida.

### 6.3.2 Cuidado a otros para preservar su salud mental

En cuanto a la forma en que sus acciones intervienen en el cuidado a otros es claro que para algunos actores, la SM en este aspecto, está asociada con la satisfacción de las necesidades básicas y el buen uso del tiempo libre, estos a su vez, se conciben como determinantes preventivos o protectores que podrían evitar que las personas llegaran a sufrir de alguna enfermedad mental incapacitante o que tomaran otras salidas hacia sus problemas.

*“Los niños necesitan el acompañamiento (como los del circo) se necesita el acompañamiento, se necesita que si un niño que va al colegio sin desayunar llega el momento en el que algo por ahí lo coge y por ahí se van metiendo, o si el niño permanece solo en la casa se lleva muchas cosas y es donde tenemos que estar previniendo”. (Ruby, 66 años, Comuna 13).*

Por otro lado, algunos líderes teniendo como base su historia de vida, conciben la SM como tener sentimientos positivos hacia otras personas y de igual forma, hacia sí mismos a partir de una sana autoestima, pues contemplan que si hay carencia de estos, los niños y jóvenes podrían caer más fácil en las dinámicas de consumo de SPA dentro del territorio.

*“Creo que el mayor problema es la soledad (necesidad de acompañar), hay mucha soledad y no solo en los pelaos, también desde la niñez y claro, si hay todos esos vacíos de niñez y de soledad, por eso cuando llegan a su etapa de jóvenes, que es la etapa de tomar decisiones, es más fácil yo irme por el camino de la droga, o la pandilla o la plata fácil o lo otro, pues porque nunca hubo un acompañamiento como tal, mejor dicho, esa es como la cuenta de cobro a toda esa soledad que se ha vivido, y es una cuenta de cobro a la familia”(Alexander, 40, Comuna 13).*

Se hace evidente en el discurso de los participantes, que es necesario, en la población infantil, el acompañamiento constante de una figura adulta que evite el maltrato y a su vez, supla sus necesidades físicas y emocionales para evitar que caigan en las dinámicas contextuales de consumo y delincuencia que puedan afectar a posteriori la SM de estos.

En el mismo sentido, se percibe que las acciones de los actores en relación al cuidado de la SM de otros, le apuntan a todas aquellas acciones que se relacionan con la cercanía, la escucha activa como parte importante de construcción de las relaciones, el ofrecer una mano amiga, un alimento. Luchar en contra de la discriminación por diferencias en la personalidad y apariencia física de aquellas personas a las que están prestos a ayudar.

*“Hay una niña, una familia, que me duele duramente la situación de ella y no sé ya cómo ayudarla, es una niña que está en un estado vulnerable y me da tristeza cuando la discriminan porque su mamá tiene una demencia, porque sus tíos son drogadictos, porque su abuela no es como muy cuerda, entonces esa, esa niña es como el apoyo, me vienen a buscar, estoy pendiente, la apoyo en sus tareas, me la traigo aquí, la tengo hasta las 8 de la noche, para que esa niña de pronto sea como el referente de esa familia, porque están muy mal, entonces la gente, la gente no se acuerda de llevarle un arrocito ya”. (Blanca, 48 años , Buitrera).*

Una de las acciones que cobra significado en el discurso de los participantes, es aquella en la que a partir de la preocupación que ellos manifiestan por otro, su relación se solidifica a tal nivel, que terminan adquiriendo figuras parentales para quienes sirven. Es el caso de Carlos quien dice que sus hijas son las chicas a las que ha ayudado. Respondiendo también con esto, a una especie de apoyo para los padres en la crianza de los hijos e hijas.

*“Empezamos con eso con un paquete de bananas y reunión chicos allí empezamos y lo primero que hicieron ellos fue el compromiso. Vamos a reunirnos, empezamos a reunirnos semanalmente y de ahí de las cosas maravillosas que se me ocurrieron fue buscar el apoyo de la Fundación Carvajal. Carvajal empezó a regalarle a los chicos estudio, es que se necesita, ya hicieron un grupo de sistemas, un grupo muy compacto. Y después, pues el enganche fue la pintura, enseñarles a pintar y ya. Ya se vuelve uno como el papá de ellos, incluso la mamá muchas veces dice “vea hable con mi hijo porque le hace más caso a usted que a mí”. Ya me quedé ahí con ese papel y ya con un poco de hijas por ahí volteando, ya no se quiere uno salir de ahí, siempre cuento con ellas” (Carlos, 66 años, Buitrera).*



A manera general, sin distinción de género y edad, los actores entrevistados apuntan a acciones que tienen que ver con el cuidado de los otros, este tipo de acciones van desde el reconocimiento por la necesidad de compañía de las personas con las que trabajan. A manera general, estas acciones de cuidado, tienen que ver también, con las enseñanzas que los actores imparten a niños y jóvenes desde lo artístico, desde el respeto por su vida y la vida de otros y en algunos casos, por las acciones de asistencia que algunos de ellos puedan tener para con las personas de su comunidad.

En resumen, podemos ver que en las acciones de autocuidado de la SM, se encuentran en su mayoría, algunas congruencias que tienen que ver con la parte espiritual, siendo esta una actitud muy común que no tiene una distinción marcada respecto al género que los aplica, es decir, hombres y mujeres consideran la dimensión espiritual como de suma importancia en su vida. Sin embargo, se debe tener en cuenta que en la mayoría de adultos, existe una creencia por un ser superior, una creencia en un dios, a excepción de uno de los informantes, quien junto a dos mujeres jóvenes, se inclinan más por otras alternativas como el arte, la meditación, la relajación, etc. Cabe mencionar que esto puede relacionarse quizá, con la forma en la que dichos sujetos han construido sus imaginarios sobre la vida, lo cual se manifiesta en sus actitudes y sus acciones.

Por otro lado, un común denominador entre los entrevistados es, el mantenerse ocupado, distraer la mente, caminar, para liberarse de los problemas, estas ideas son compartidas más que todo por los actores adultos que han participado en procesos de formación relacionados con SM o han estado involucrados en procesos comunitarios desde el ámbito de la salud (Ruby, Blanca, y Martha).

Actores como Carlos y Alexander para quienes su vida funciona entorno a lo cultural, Carlos por medio de la pintura y Alexander por las artes escénicas, mencionan la importancia que esto tiene para sus vidas, por lo que este trabajo representa para ellos un escape que les permite cuidar de su SM. El pintar y enseñar a pintar para Carlos, como el actuar y enseñar actuar para Alexander, son considerados como sus medios de “escape” cuando los agobian los problemas, es algo que les hace olvidar por momentos las malas situaciones:

*“Ahora desde la Drama terapia con Alicia, (integrante Forculvida) ... Se libera uno esos dolores que a veces tiene... Lo artístico me ayuda mucho, (...) a mí también me ayuda y me libera mucho trabajar con los niños. Todo eso lo he venido trabajando como una terapia, yo vengo, me rio, molesto, juego”.* (Alexander, 40 años, Comuna 13).

*“Bueno yo tengo una ventaja, precisamente ser artista me da esa ventaja. Entonces canalizo todas esas emociones... esto es algo que te impulsa, que te hace olvidar de ese problema, esa es la primera instancia, y al tomar en segundo plano el problema, pues encuentra mucho más fácil la solución”* (Carlos, 66 años, Buitrera).

A diferencia del accionar de los jóvenes, los adultos mayores son quienes más tienen prácticas de abogacía frente a los proyectos relacionados con la SM. Es el caso Ruby y Martha, quienes además también han hecho parte de procesos como las JAC Y JAL, frente a sus acciones de abogacía, por ejemplo en el caso de Ruby, le ha apostado a que se metan proyectos por medio del Comité de Planificación de la Comuna. Aunque se reconoce que este no es un tema que le importe a los tomadores de decisiones dentro de los territorios.

Por otro lado, el sentir la necesidad de continuar con estos procesos, está mediado por el sentimiento de agradecimiento que reciben de la población con la que trabajan, en ese sentido, se reconoce un sentimiento de agrado frente a su labor, lo que los impulsa igualmente a continuar. Alexander, Felipe, Esays, Carlos, Martha, Blanca, Lina, Ruby y Leidy coinciden en que la gratitud de la gente les hace sentir bien.

Finalmente es necesario hacer mención de que proyectos como el de Alexander, Felipe, Carlos, Blanca son defendidos por estos mismos actores, quienes sostienen que son “procesos” más no intervenciones puntuales y que han sostenido por años, “con las uñas” teniendo un impacto positivo en la comunidad. Es por lo anterior, que a pesar de reconocer todas las dificultades que suscita la permanencia de estos, le apuestan a continuarlos y a seguir transformando vidas por medio de estos.

---

*Capítulo 7. Campo de Representación sobre la Intervención Comunitaria  
en Salud Mental: Tejiendo vida, construyendo comunidad.*

---

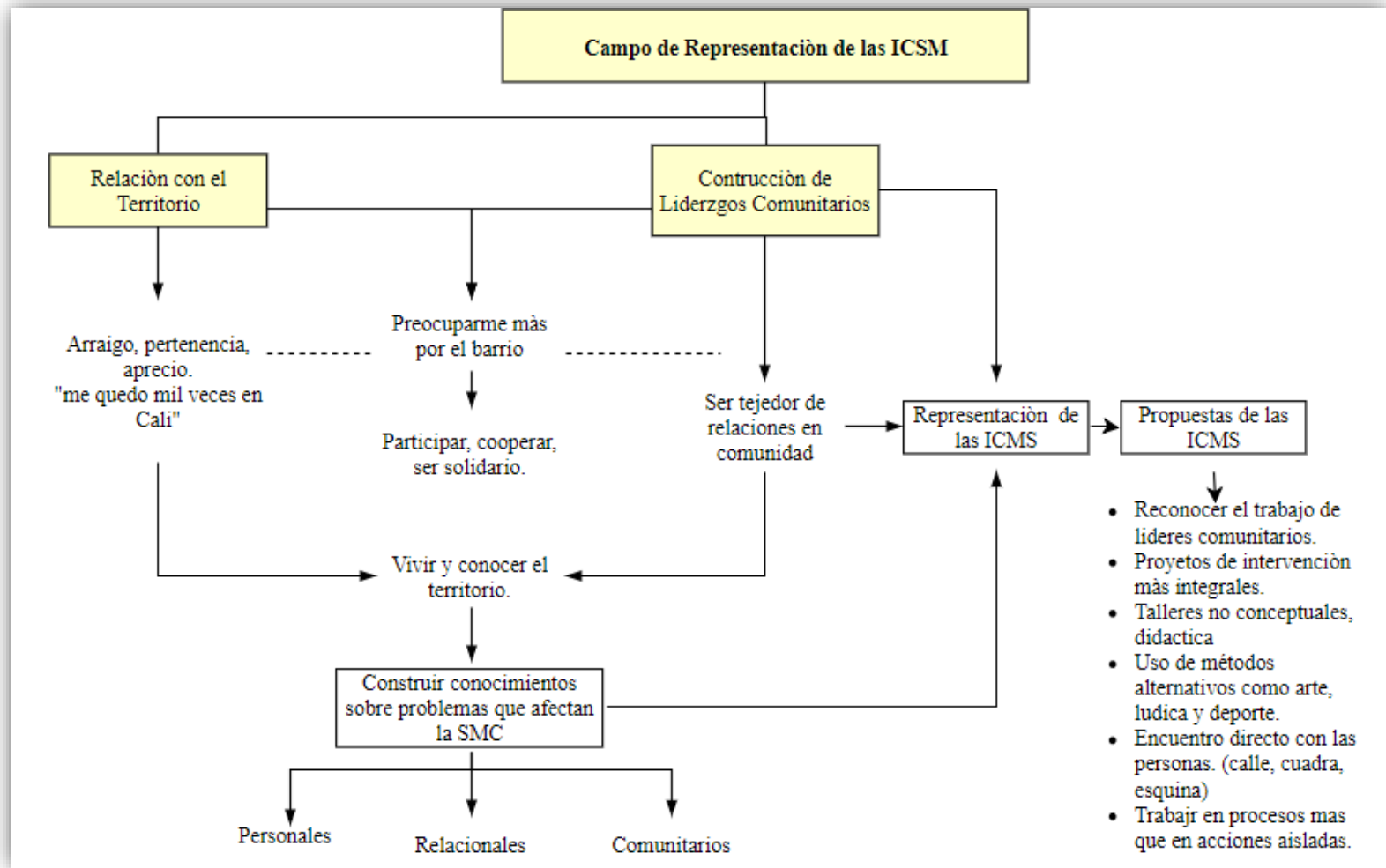
En el presente capítulo se explora la forma en que los actores comunitarios construyen y hacen lectura de las realidades con relación a las ICSM. Para hacer alusión al proceso de construcción del campo de representación, se retoman elementos relacionados con la historia de estos actores comunitarios, así como la forma en que se relacionan con el territorio que habitan, sus concepciones sobre los problemas de su territorio en el orden de la ICSM y a su vez, las propuestas o posibles soluciones que surgen desde ellos, a partir de las vivencias que han tenido en el campo de lo comunitario.

Lo anterior, teniendo en cuenta los planteamientos de Ibáñez (2001), para quien las fuentes de las RS se encuentran en el sistema de creencias y valores que circulan en el seno de una sociedad determinada, así como en el conjunto de condiciones económicas, sociales e históricas que viven los sujetos de dicha sociedad.

De esta manera el presente capítulo se ha organizado en cuatro apartados, los cuales permitirán primeramente hacer un recorrido por elementos de la historia de los líderes, como su llegada al territorio. En un segundo momento se verá cómo su participación en determinados espacios les permite construir saberes en torno a problemas relacionados con la ICSM y finalmente se observará cómo estos saberes tienen una función social, extrapolándose en propuestas por parte de los líderes que pueden fortalecer las ICSM.

A continuación, se presenta el esquema (4) del presente capítulo.

Esquema 4. Categoría Campo de Representación de las ICSM



Fuente: Construcción propia

## 7.1 La llegada al territorio: “Me quedo mil veces en Cali”

La mayoría de los actores que participaron de esta investigación son personas que provienen de otros departamentos, pueblos o municipios diferentes a Cali, principalmente en el caso de los líderes de más de 30 años. Varios de ellos(as) relatan que llegaron a Cali con sus familias, a ubicarse en asentamientos humanos de desarrollo incompleto, en los cuales existían -y aún existen- limitaciones en la oferta de servicios públicos básicos como agua potable y energía eléctrica regulada, infraestructura vial adecuada, equipamientos institucionales tales como escuelas, centros de salud u hospitales, etc. Además han tenido que vivenciar situaciones de violencia por parte de diferentes actores, así como inseguridad y luchas en contra del desalojo. Sin embargo, frente a las difíciles condiciones y riesgos que podrían representar habitar estos contextos, los actores comunitarios encuentran un espacio donde sienten que tienen la oportunidad de construir relaciones y compartir experiencias:

*“ Yo viví en Cundinamarca como 15 años, porque me tocaba... pero llegar a Cali para mí ha sido todo, de pronto porque en Cundinamarca la única familia de color éramos nosotros y nunca nos sentimos discriminados, todo lo contrario, nos admiraban pero aquí en Cali se veía que, esta calle era sin pavimentar, el agua llegaba solo en la noche... salíamos a barrer, salía la vecina del frente charlábamos y entonces se hacían rumbas en la calle y bueno, compartíamos mucho, yo en Cali me he sentido muy bien, a pesar de todas las cosas. Cuando vivía en Cundinamarca no había el caso de inseguridad que había acá, nada de eso porque era pueblo, pero me quedo mil veces en Cali.” (Ruby, 66 años, Comuna 13).*

En la misma línea se logra evidenciar la importante relación que los participantes establecen con su territorio, ese espacio donde han desarrollado su vida personal y comunitaria, pero sobretodo su liderazgo. Gil y Alcover (1999), expresan que el territorio alude a una zona geográfica determinada en la cual las personas, grupos y comunidades desarrollan sus actividades de forma habitual, este territorio puede tener con el paso del tiempo, un significado especial que es compartido por las personas. Es precisamente este significado especial, el que se quiere evidenciar en cada uno de los relatos que los actores tienen:

*“Yo llegué a Cali directo acá, y yo le cogí mucho cariño a esto ¿por qué?, porque a nosotros nos tocó muy duro, nos tocó durísimo, entonces eso hace que a uno las raíces peguen más, ósea, cómo voy a despreciar una parte donde... eso es como tú, darle la mano a alguien y que esa persona te desprecie a último momento o te tire como un papel viejo, entonces yo pienso, si yo vendo mi casa y me voy a vivir por allá abajo que “porque es mejor”, entonces ¿estoy despreciando lo que me dio la vida!, lo que me dio de comer pa’ mis hijos, entonces yo a mi barrio lo amo, yo sí, a mí me pueden ofrecer los millones que me ofrezcan por mi casa y yo sigo allí, sigo allí en mi parte, que si la puedo construir en ladrillo la construyó pero ahí estoy” (Martha, 58 años, Buitrera).*

En el caso de esta informante, el territorio se ha convertido en ese espacio particular que ha cobrado importancia en su vida desde la forma en que lo siente, “yo a mi barrio lo amo”, hasta la forma en la que lo ha significado por el trabajo que le ha costado construirlo “a nosotros nos tocó muy duro, nos tocó durísimo, eso hace que a uno las raíces peguen más”. El territorio visto desde esta informante, cobra vida y adquiere un sentido muy importante pues es este el que le ha permitido tener lo que tiene y en ese sentido se refleja una especie de agradecimiento hacia él.

De esta manera se puede ver que tanto en la Comuna 13 como en la Buitrera, estas dos mujeres manifiestan la necesidad de permanecer en un espacio que les ha permitido construir comunidad, a través del establecimiento de relaciones desde acciones cotidianas tales como “barrer”, “conversar” “bailar”, “hacer rifas” etc., trabajar en conjunto para el mejoramiento de condiciones territorios. Según parece, las posibilidades que brindan estos espacios para compartir y trabajar colectivamente generan un arraigo que de alguna manera lleva a los actores comunitarios a quedarse por muchos años allí.

Como se mencionaba en páginas anteriores, la Comuna 13 y Eje Central del Corregimiento de La Buitrera han sido territorios abandonados por el Estado que poseen múltiples dificultades en cuanto a ordenamiento territorial, satisfacción de necesidades básicas, inseguridad, consumo de SPA, entre otros. Sin embargo, son territorios que se han ido

conformando por la pujanza de la gente que ha llegado a habitarlos, pues son ellos mismos, los que teniendo sentido de pertenencia por este y por la necesidad imperiosa de “*salir adelante*”, los que han creado formas y estrategias para superar dichas dificultades.

*“Yo a veces quisiera irme a vivir al sur, a otro lugar, pero a veces, te digo que yo no sé qué, como que vuelve y me amarra aquí” (Alexander, 40 años, Comuna 13).*

Para Alexander, hay una fuerza indescriptible que lo une a este territorio, en ese sentido, se identifica su capacidad de arraigo, de pertenencia, de identificación con ese, su lugar.

Es necesario hacer referencia a estos elementos biográficos, los cuales atravesados por la historia colectiva y la cultura, se conjugan en procesos que aportan a la construcción de las representaciones que tienen los líderes sobre las intervenciones comunitarias en la SM, entendiendo que las RS son producto y proceso de un tiempo y un espacio, y “que estas representaciones no surgen de manera fortuita y al azar; por el contrario, la elaboración de éstas toma como referencia elementos contextuales donde se ubica el sujeto. (Ibáñez, 2001, p. 178)

Como es evidente en el relato de los participantes, entra en juego un concepto de “comunidad” notoriamente marcado en tanto son quienes lo conforman, los que han ayudado a construirlo, significarlo y vivirlo en lo cotidiano. Alejándose un poco de la idea del espacio geográfico expuesto por Gil y Alcover en su concepto de territorio, se rescata que para Krause (2001) el concepto de comunidad incluye tres elementos imprescindibles como son: la pertenencia, la interrelación y una cultura común. Citando a Sarazon (1974), Sánchez Vidal (1996) y Sawaia (1999), Krause define la pertenencia como la dimensión subjetiva que permite a la persona sentirse “parte de” o “identificado con”, es decir que hace referencia a la similitud de lo que se comparte con otros como ideas, valores, problemáticas, propósitos y metas, es aquí donde se constituye la identidad grupal.

Entendiendo lo anterior, también se rescata el sentido de pertenencia de los participantes por su territorio, la interrelación que suscita el tener que “*construir con otros*” y seguramente la cultura común que les permite entenderse para poder trabajar como han venido haciéndolo. Es claro que a pesar de las dificultades, en los discursos de algunos participantes se puede observar que no conciben su vida por fuera de estos territorios.

## 7.2 Ser un líder: “preocuparme más por el barrio”

En el proceso de construir con otros y participar de acciones conjuntas, los actores comunitarios involucrados se convierten en protagonistas y agentes de cambios en sus comunidades. De esta manera los actores viven los procesos de participación comunitaria, como experiencias que les posibilita reafirmar su identidad como líderes, siendo “más sujeto y menos objeto”. (Hopenhayn, 1988). Cuando se analizan las motivaciones o razones que llevan a estos actores a participar o promover procesos o acciones concretas, se encuentra que exponen sus pensamientos, sus sentimientos y sus preocupaciones como algo que los vincula de una manera personal con dichos procesos, reflejando una relación entre elementos identitarios que se van desarrollando en el marco de su participación, y a su vez elementos relacionados con sus motivaciones:

*“Preocuparme más por el barrio, en general es eso es lo que me ha tenido acá, en ese sentido, ser una líder para poder sacar problemas adelante por eso también me he empeñado en quedarme acá, en luchar y por eso es que nosotros queremos hacer una fundación...” (Esays, 47 años, Comuna 13).*

*“El estar allí en todas las reuniones y todo lo que yo participaba, en muchos encuentros seguidos, a nivel de Colombia, creo que eso me despertó una misión, pero no solamente a mí, sino a todos los jóvenes que estábamos en aquel tiempo, nos despertó mucho la visión de ver otras realidades y de ver otros que también trabajaban por lo mismo, entonces creo... uno llegaba aquí y llegaba con toda la fuerza, con todo el ánimo... hay que seguir, hay que luchar, hay que trabajarle” (Alexander, 40 años, Comuna 13).*

Respecto a estas motivaciones, Hopenhayn (1988) plantea que los sujetos de una comunidad participan puesto que buscan integrarse a procesos de desarrollo, que implican el enriquecimiento mutuo entre el reconocimiento social y la identidad. Así, desde lo que se ha dicho aquí, la mayor parte de los actores que participaron de esta investigación, desarrollan su identidad a través de la integración en procesos sociales como ICSM.



En esa misma línea, sobre las motivaciones para participar, se encuentra que los actores comunitarios también construyen con el ánimo de “ganar control sobre la propia situación y el propio proyecto de vida mediante la intervención en decisiones que afectan el entorno vital en que dicha situación y proyecto se desenvuelven” (Hopenhayn,1988, p.5). En este caso se habla de una participación que no involucra únicamente acciones de socialización o consulta por parte de la institucionalidad, sino que los actores se vuelven parte de los procesos en sus diferentes momentos, ya sea en la planeación, la ejecución y la veeduría o control social que se haga de los proyectos. En este caso también se pueden ver que los actores comunitarios deciden emprender acciones desde sus posibilidades, tomando parte en la dirección de su vida personal y colectiva:

*“En el Comité de Planificación metimos proyectos para trabajar con Salud mental. Pero no era un proyecto para personas que estuvieran pues, de psiquiatría, sino para hacer manualidades, incluso en este momento han terminado un proyecto no muy bien llevado sobre prevención de sustancias psicoactivas...yo ahora voy a comité de planificación, ya no soy delegada casi siempre fui, después como madre comunitaria, y el director me decía “no usted no puede perder ese espacio, así sea usted como líder puede participar, como invitada”(Ruby, 66 años, Comuna 13).*

Los líderes más jóvenes también buscan espacios en diferentes instancias de participación, sin embargo manifiestan sus dificultades para ser escuchados y tenidos en cuenta para el desarrollo de las acciones:

*“Empecé a participar de la Junta de Acción Comunal, soy secretaria de la Junta de Acción Comunal pero me ha parecido un poco complicado porque la relación con las personas adultas es algo muy pesado, es complicado que uno quiere dar una idea y ellos digan no, esto así no se hace, es lo que ellos digan y ya. Entonces yo he tratado de llevarlo, decir lo que yo quiero decir, buscar quien me apoye y llevarla a cabo. Se han hecho algunas cosas, pero muy pocas, y la verdad es que falta iniciativa, falta querer hacer, como cada uno y cada una tiene ideas diferentes, no queda realmente*

*tiempo para desarrollar unas acciones desde la Junta de Acción Comunal.”(Leidy, 18 años, Buitrera).*

Para otros, la dinámica de estos espacios no garantiza que las personas puedan tomar control sobre su vida o situación, de esta manera emprenden sus propios proyectos y procuran alejarse de estas formas de participación promovidas institucionalmente:

*“Sí vos me preguntás a mí el apoyo que la comunidad ha tenido de parte de la Junta de Acción Comunal ha sido nulo, si vos me preguntás por la administradora del C.A.L.I yo te digo no me lo menciones, por mi salud mental no me la menciones (risas), pero vos empezas a ver quién sirve y quien no sirve, quien tiene una oligarquía, quien piensa solamente en su beneficio, hay muchos líderes acá en la comuna que valen la pena, que si vos te los encontrás y te los mencionan, vos decís mis respetos, pero hay otros que no” (Felipe, 25 años, Buitrera).*

Por otro lado, los actores comunitarios también han construido una representación que alude a un cansancio sobre la lucha con las instituciones para decidir sobre recursos que permitan el acceso a estos bienes y servicios. En la mayoría de los casos prefieren alejarse de estos espacios de deliberación donde se decide qué hacer con recursos colectivos como el situado fiscal y hacer sus propias búsquedas para lograr que sus grupos puedan acceder a bienes y servicios. Estas experiencias no se pueden dejar al margen como un sentimiento individual, pues tienen su raíz en condiciones estructurales, amparadas en una historia que tiene de cara delitos de corrupción que sindicán el mal uso de los recursos públicos, lo cual ha impedido a la población acceder a derechos básicos, bienes y servicios.

Sin embargo, ante el panorama anterior, los actores comunitarios también han construido caminos para la búsqueda o el acceso a recursos relacionados con la prevención de enfermedades y promoción de la SM. De esta manera se construyen estrategias para responder a problemas comunitarios desde la creatividad a partir de sus propios recursos:

*“Empezamos a reunirnos semanalmente y de ahí de las cosas maravillosas que se me ocurrieron fue a buscar el apoyo de la fundación Carvajal. Carvajal empezó a darle estudio a los chicos, lo que se necesita, técnico y Tecnológico. hicieron un grupo de sistemas, un grupo muy muy Compacto. Y después, pues el enganche fue la pintura, enseñarles a pintar” (Carlos, 66 años, Buitrera).*

La búsqueda de acceso a bienes o servicios no es vista únicamente de forma individual, sino que se piensan formas para acceder colectivamente. En este sentido la participación en apuestas relacionadas con la intervención comunitaria está relacionada con la generación de condiciones sociales que permitan el despliegue de potencialidades, removiendo obstáculos socioeconómicos, sean estructurales o institucionales, que impiden el desarrollo de las personas. (Hopenhayn,1988)

Por último, la participación de los líderes y por ende la construcción de objetos representacionales sobre la ICSM, están motivadas por la posibilidad acrecentar la confianza en sí mismo, a través de la ratificación social. De manera que, el hecho de que las personas sientan que sus opiniones son tomadas en cuenta para las decisiones y que desde sus acciones aportan a objetivos colectivos, incide en un sentimiento de valorización de su participación y en consecuencia las personas se liberan de auto-represiones impuestas por la inseguridad frente a las propias capacidades (Hopenhayn,1988). Con relación a esto algunos de los informantes dicen lo siguiente:

*“Humildemente me siento importante y la gente me tiene en cuenta, por ejemplo, para un trabajo o algo aquí préstamos que el computador y todo eso... Y yo he sentido el aprecio de la gente, unos pelaitos me dicen mamá, otros me dicen abuela... Yo era muy tímida y de pronto esa timidez se me veía como de mal genio, pero con este trabajo, perdí la timidez” (Ruby, 66 años, Comuna 13).*

*“Ha sido importante la respuesta de la gente, que de pronto ha recibido un beneficio una voz de apoyo, yo creo que sí ha valido la pena. Y cuando la gente misma lo reconoce a uno entonces si ha sido importante. (Esays, 47 años, Comuna 13).*

*“En el colegio también fui muy activa, muy participativa, pero si, era callada. Una vez me invitaron al grupo juvenil de Cesoles. Yo llegué allí y pude aprender una y mil cosas, allí yo aprendí a hablar un poco mejor, a ser más suelta, más liberada porque la verdad es que yo me cohibía mucho. No decía nada por pena, entonces aprendí a hablar en borrador, yo decía así como me saliera, ahí empezó todo mi grupo juvenil. Teníamos una escuela de formación para líderes juveniles, entonces, empezamos a realizar algunas acciones en nuestra comunidad” (Leidy, 18 años, Buitrera).*

Lo anterior es fundamental para comprender las conexiones que se entretienen entre el ejercicio de liderazgo y las ICSM, pues teniendo en cuenta todo lo dicho hasta aquí se podrán observar elementos del campo de representación en situaciones que se resaltan como condiciones que afectan las intervenciones comunitarias y la SM de la comunidad.

Así, para estos actores, el liderazgo representa un quehacer necesario en las comunidades, sin embargo, este se desarrolla en un campo de relaciones bastante complejo, donde se mueven una serie de valores e intereses comunes y divergentes, de manera que en la interacción frente a los problemas cotidianos se construyen relaciones que pueden ser cooperativas, solidarias y conflictivas:

*“Entre los mismos liderazgos que hay, hay un problema, hay personas que quieren ayudar, hacer cosas, y hay otros que no, hay impedimentos de unos con otros, no comunican lo que realmente la gente quiere saber” (Esays, 47 años, Comuna 13).*

*“Aquí hay un problema, nosotros nos dividimos. Así como estamos divididos por sectores los líderes se dividieron...odio, egoísmo y envidia y uno lo ve mucho en este sector, entonces se les daña la mente.... hay muchos niños y muchos jóvenes que están cogiendo el camino que no es” (Blanca, 48 años, Buitrera).*

Asimismo para los actores existen una serie de problemas que afectan la SM de la comunidad y que tienen sus causas en la fragmentación de los lazos sociales, lo cual, según ellos tiene

que ver con una serie de valores como la solidaridad, cooperación o empatía entre los vecinos para resolver los problemas que afectan a sus comunidades:

*“Por lo regular la gente es muy... muy inconsciente si ve que a Julianita le va a pasar algo... en vez de colaborar como que ayudan a que... que le caigan más encima ¿si ve?... entonces en ese sentido como que la gente es muy apática, muy falta de ese carisma de ayudar a las personas” (Blanca, 48 años, Buitrera).*

*“Cuando se va el agua es un conflicto total en el barrio y no hay unión, la Junta se hace a un lado, el comité deja solo, la comunidad se divide, digámoslo ¿aunque suena feo no?, los buenos y los malos” (Blanca, 48 años, Buitrera).*

*“La gente no está contenta, la gente se siente insegura de saber que los vecinos que los vio nacer y los vio crecer y todo eso ya se volvieron dañados, ya no puede uno confiar que deja su puerta abierta que se le metan, entonces todas esas cosas” (Esays, 47 años, Comuna 13).*

Las situaciones que se presentan son la evidencia del debilitamiento de los lazos comunitarios y el incremento de la individualidad, características propias de un sistema en el cual priman los intereses individuales frente al bienestar colectivo. En algunos casos, se manifiesta cierta indiferencia frente a los problemas de los demás, siempre y cuando los propios estén medianamente resueltos.

Es justamente en este contexto donde se encuentran personas, quienes tienen un lugar como tejedores de relaciones, a la vez que promueven valores que se construyen y orientan en el marco del trabajo comunitario que realizan:

*“Porque es que un pueblo unido jamás será vencido, en cambio un pueblo que está desunido eso se va viendo la distancia y usted sabe que en el caso de que usted deje su casa sola y no tenga relaciones con las amistades, entonces no le van a colaborar,*

*en cambio si uno tiene relación con sus vecinos se cuidan mutuamente, están pendiente” (Esays, 47 años, Comuna 13).*

*“Lo que a uno le preocupa o que uno a veces se siente impotente es la inseguridad, ¿aunque eso lo hay en todo el país no?, pero en esta cuadra casi no porque cuando yo salgo, está el vecino de allá, cuando los de allá salen yo desde aquí estoy pendiente y así, entonces eso como que lo hemos logrado superar” (Ruby, 66 años, Comuna 13).*

Se encuentra la reafirmación de estos valores en la participación de estos actores en procesos relacionados con la ICSM. En dichos procesos han construido y deconstruido el campo representacional, sobre todo en los procesos que han propiciado el diálogo de saberes, ideologías, creencias e imágenes sobre las ICSM, lo que incluso, como se ha observado bajo el análisis de la actitud, les permite entrar en defensa de dichos procesos. Las vivencias de procesos que tocan sus fibras más internas son lo que los lleva a creer en estos procesos, como se evidenció en la abogacía que tienen personas como Martha o Ruby ante proyectos relacionados con las ICSM.

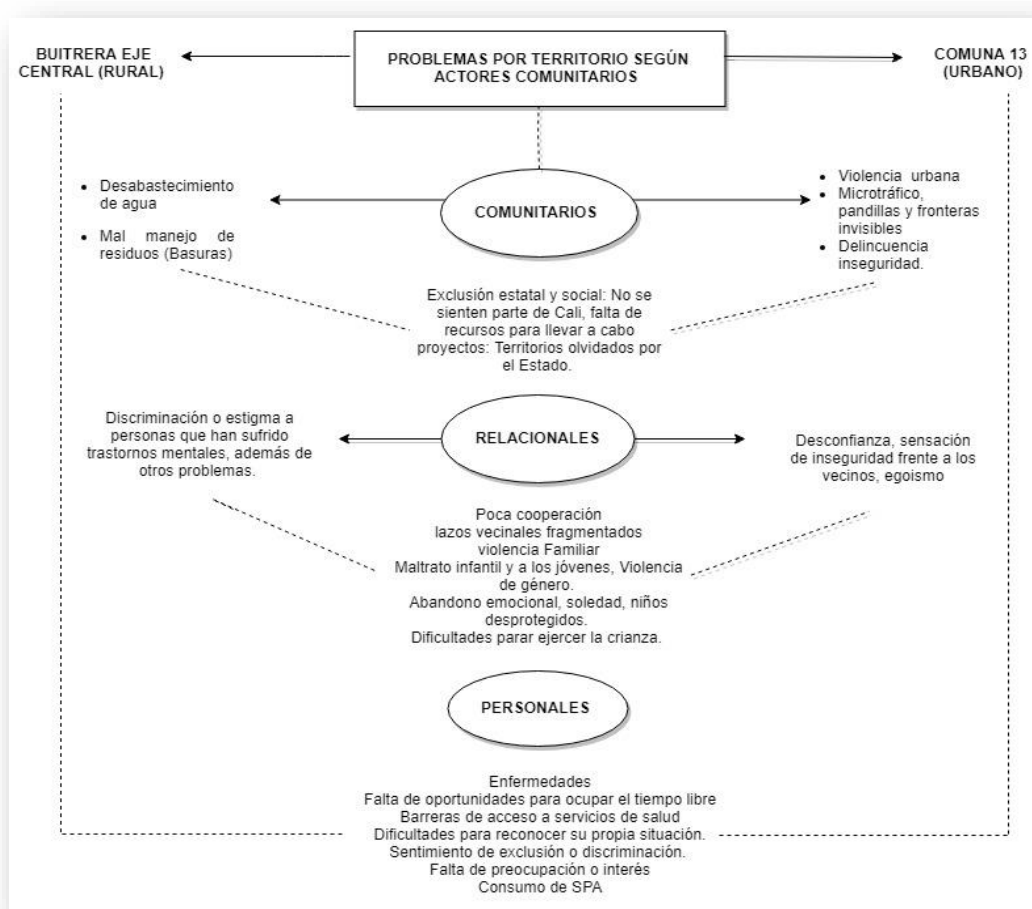
### **7.3 Vivir y conocer el territorio: entender los problemas en lo personal, lo relacional y lo comunitario**

Un aspecto que diferencia en cierto grado a ambos territorios, es la forma en la que priorizan y conciben los problemas que se presentan en la comunidad y que según ellos tienen relación con la SM de sus habitantes. Si bien es importante mencionar que ambos territorios comparten problemáticas similares, en el discurso de los actores se evidencia el orden de prioridad que cobra cada uno de estos problemas según el territorio. En esta medida, se configura como un factor que influye en la construcción de las RS que tienen los actores sobre la SM y por ende en la ICSM.

En ese sentido se señala que, entre otras cosas, en la zona de oriente se hace reiterativo el discurso con relación a la problemática del consumo de SPA, las pandillas, las fronteras invisibles y en general, la violencia social. Por su parte, en la zona de ladera, aunque se

presentan algunas de estas problemáticas o similares, el discurso de algunos actores especialmente los mayores, gira primordialmente en torno a la escasez de agua potable, los liderazgos “amañados” y la falta de articulación entre sectores. A continuación, se relacionan las problemáticas identificadas por territorio según el discurso de los actores, algunas de estas se hacen reiterativas en ambos territorios por lo que se muestran como problemáticas compartidas. Como se puede observar en siguiente esquema, las problemáticas en ambos territorios son diversas y se pueden clasificar en tres tipos: comunitarias, relacionales y personales.

**Esquema 5. Problemas por territorio que afectan la SM, según actores comunitarios**



Fuente: Construcción propia

Se encuentran disimilitudes en las **problemáticas comunitarias** que adquieren un valor importante según el territorio. Por un lado, se hizo muy reiterativo en el discurso de los actores de Buitrera la problemática del agua, esto en especial en los participantes mayores

que fueron quienes asumieron el liderazgo en la construcción de su propio acueducto y quienes en la actualidad siguen llamando la atención sobre la necesidad imperiosa de tener de manera constante este elemento vital para su subsistencia. De igual forma, como se muestra en el gráfico, se evidencia cómo el bajo suministro del agua, ha llevado a otras problemáticas que se relacionan con la mala convivencia (enfrentamientos, malos tratos, intolerancia, etc.) entre vecinos por el uso inadecuado de este recurso cuando lo pueden tener.

Por el contrario, en Aguablanca el discurso constante de los actores, se relaciona con problemáticas de microtráfico, las pandillas, el consumo de SPA, las fronteras invisibles, la delincuencia e inseguridad, que si bien pueden existir en ambos territorios, se hace mucho más evidente en los actores de Oriente. Cabe mencionar, que de estas problemáticas la drogadicción fue la única que en la actualidad se reitera como compartida para ambos territorios, en el caso de Buitrera, nombrada principalmente por los participantes más jóvenes (Felipe y Leidy).

En el caso de Buitrera, la escasez de agua se asume como una problemática que afecta la SM de sus habitantes, en tanto se da como respuesta a la pregunta sobre ¿cuáles cree son las problemáticas que afectan la SM de su comunidad?, al respecto una participante contesta lo siguiente:

*“La problemática del agua, para mí me afecta en muchas cosas, en la salud de mis nietos, de mis hijos y para la mía propia ¿no?, ¿por qué? porque si no tenemos agua, no va a haber salud, no voy a tener como la capacidad de tener aseo, ni en la casa”*  
(Martha, 58 años, Buitrera)

En consecuencia, se puede observar cómo para esta participante el no contar con este recurso vital, acarrea con otros problemas relacionados con la salud física y la asepsia, se identifica entonces una relación entre la RS que se construye sobre la SM y las condiciones propias del contexto.

Por otro lado, se tiene que las problemáticas como las fronteras invisibles, las pandillas, los robos, la delincuencia y demás asociadas a la violencia social en general, influyen en la percepción de miedo e inseguridad que tienen los actores de oriente frente a su territorio:



*“Uno sale y hay veces que uno se siente como... como un poquito... cohibido de saber que los niños..., usted sabe que hay pelaos que con su vicio no les importa quién esté, sino que de pronto querer hacer daño o robar, esa cosa afecta mucho, lo afecta mucho a uno como persona” (Esays, 47 años, Comuna 13).*

*“Por las pandillas, por las fronteras invisibles porque aquí en el mismo barrio hay... uno escucha que los muchachos de allá arriba no pueden pasar para acá. Entonces que lo dividan calles... a la gente le da temor de una balacera o alguna riña de ellos (...) por ejemplo yo tengo primos, ellos acá no puedan transitar libremente porque de pronto vayan y les hagan algo, eso sí no me gusta” (Lina, 26 años, Comuna 13).*

Como se puede observar, la violencia social que se vive marcadamente en la Comuna 13 conlleva a que los participantes se sientan afectados en la medida en que no pueden vivir tranquilos. En ese sentido, tener SM lo significan como poder vivir en un ambiente agradable, donde la gente no se sienta insegura y donde puedan transitar por su territorio sin miedo alguno, tal como se mencionaba en el capítulo relacionado con los conocimientos sobre la ICSM, un aspecto que no se puede pasar por alto, es cómo esta situación en especial el de las fronteras invisibles dentro del territorio, tiene efectos según el género, pues como lo expone la participante son “sus primos”, hombres, los que más se ven afectados por este hecho al tener un mayor grado de exposición al riesgo cuando pasan de una calle a otra.

Según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2013), “la violencia y el delito dañan directamente el núcleo básico de derechos que están en la base del desarrollo humano” (p.5). Es decir, que se afecta la vida y la integridad física de las personas y se limitan las oportunidades de vivir una vida libre de temor y amenazas.

La comparación con La Buitrera, como territorio rural radica aquí, en que las vivencias en cuanto a la violencia social y el impacto que esto crea en la SM de los habitantes, varían un poco frente a la Comuna 13. Esto se puede apreciar en el siguiente comentario:

*“No tenemos problemas de violación o atraco, no esa cuestión, es relativamente sano, demasiado sano en comparación con lo que es la ciudad” (Blanca, 48 años, Buitrera).*

En este discurso, se identifica el cambio en la percepción de seguridad de la participante dentro del territorio de Buitrera, tal es el caso que lo califica como “sano” diferenciándolo del resto de la ciudad.

Teniendo en cuenta la exposición de las anteriores problemáticas, se visibiliza entonces la influencia que tiene sobre la SM de las personas el no suplir una necesidad básica como el Derecho al agua y de igual forma se puede comprender el impacto que tiene la violencia social sobre esta misma, todo esto definido por el espacio territorial de los actores. La Política Nacional de Salud Mental de 2014 refiere que “son las personas más pobres, y aquellas sometidas a condiciones de exclusión y desventaja social, las más propensas a vivir experiencias que impactan negativamente la salud mental” (p.11).

De las **problemáticas encontradas a nivel relacional**, se quiere hacer especial énfasis en las que tienen que ver con la violencia familiar y la convivencia entre vecinos, ambas compartidas tanto por ambos territorios y significadas por los diferentes actores de cada territorio como problemáticas que impactan la SM de las personas de la comunidad.

A violencia familiar fue algo reiterativo en el discurso de la mayoría de los actores encontrando que este tipo de violencia la relacionan a su vez con maltrato infantil y juvenil (por negligencia o desatención familiar), la violencia sexual y la violencia contra la mujer:

*“Creo que el mayor problema es la soledad, hay mucha soledad y no solo en los pelaos, también desde la niñez, y claro, si hay todos esos vacíos de soledad, por eso cuando llegan a su etapa de jóvenes que es la etapa de tomar decisiones, es más fácil yo irme por el camino de la droga, o la pandilla, la plata fácil o lo otro, porque nunca hubo un acompañamiento como tal, mejor dicho, esa es como la cuenta de cobro a toda esa soledad que se ha vivido y es una cuenta de cobro a la familia” (Alexander, 40 años, Comuna 13).*

*“De pronto aquí el proceso con los niños, sí de pronto las mamás no tienen una mentalidad “buena” para estar guiando estos hijos porque les da 10 o 11 de la noche y estos chiquillos en la calle, entonces no tienen ni salud mental para ellas, ni para esos niños porque ellos se están atrofiando la mente desde chicos, se van mentalizando con cosas que no deben ser como la calle, los vicios, desde la calle*

*empiezan ¡que como vieron a Julianito haciendo tal cosa, entonces él también va y la hace! y como la mamá no está allí para colaborarles entonces él hace lo que él quiera, allí el niño ya se está afectando ¿si ve?” (Martha, 58 años, Buitrera).*

Como se puede observar en el relato de estos dos participantes la falta de atención a la niñez es un factor que afecta la SM de los niños y jóvenes en ambos territorios en tanto la soledad en la etapa más importante de la crianza, los expone constantemente a los peligros y situaciones propias del contexto como la drogadicción, las pandillas, la delincuencia, entre otras. Cabe resaltar que como lo mencionan los participantes, esta es una situación que no sólo afecta al menor sino también a su familia, en el caso de la segunda participante, lo hace específico en la madre que es quien asume la mayor responsabilidad en los procesos de crianza, además y en muchos casos, asume la jefatura del hogar por el abandono de su parejas, quienes además no asumen su paternidad, afectando su SM desde el campo relacional. Al respecto un participante explica:

*“Otra situación es de tantas mujeres que les toca asumir su responsabilidad y yo pienso que sufren mucho por eso, sufren la carga, de pronto uno puede juzgar diciendo que no está al frente de su hijo, pero tiene que trabajar, tiene que hacer una cosa y otra, es papá y mamá al tiempo. También está esa carga de que su hijo o hija... porque uno a veces escucha a papás que están muy angustiados por no poder estar pendientes de sus hijos, por ejemplo una señora que trabaja en una discoteca, la mamá se preocupa, aunque él (niño) es un buen chico. Hay mucha angustia de las mamás o de la mujer en ese sentido” (Alexander, 40 años, Comuna 13).*

Analizando este relato, se puede entender cómo las múltiples responsabilidades que asumen las madres en estos contextos, llegan a incidir en las afectaciones que ellas sufren a nivel emocional y psicológico entendiendo que no sólo tienen que responder por la manutención del hogar, sino también por las situaciones que se presentan respecto a la crianza de sus hijos.

Retomando la problemática que expone el participante de la Comuna 13 frente a la soledad que viven los jóvenes, es de suma importancia no pasar por alto que estas situaciones no sólo conllevan como ya se mencionó, a condiciones de riesgo en el marco del posible acceso a las

drogas y la violencia social que se vive en el contexto, sino también en la generación de estados emocionales poco positivos que influyen finalmente en la presencia de ideas suicidas en los niños y jóvenes como lo expone el mismo participante:

*“Los muchachos se sienten solos porque no hay presencia de la familia, porque viven situaciones internas que ellos más fácilmente se la pueden contar a otro amigo que está ¡peor! y ese amigo peor te conlleva a otra cosa peor, entonces se va volviendo como una cadena de muchachos que piensan en suicidarse, todo esto encierra una situación que a veces viene más como de la familia” (Alexander, 40 años, Comuna 13).*

Según la última Encuesta Nacional de Salud Mental (2015):

La conducta suicida es una secuencia de eventos denominado “Proceso suicida” que se da de manera progresiva en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado (p. 230).

Lo anterior, se asocia con episodios depresivos que en adolescentes puede estar relacionado con eventos estresantes como peleas con los padres, separación, rompimiento con la pareja, entre otros (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015).

Retomando la idea de las problemáticas encontradas a nivel relacional, ya se ha realizado toda una exposición en lo que concierne a la violencia familiar y cómo este tipo de violencia va desencadenando en otras problemáticas que pueden llegar a tener un impacto a nivel personal, como comunitario. A partir de aquí, se plantean ideas relacionadas con la convivencia entre vecinos, otro aspecto supremamente importante para comprender cómo la fractura en los lazos sociales y comunitarios puede llegar a incidir en la SM de los habitantes de una comunidad según mencionan los actores. A continuación se relacionan algunos discursos que dan cuenta de ello:

*“Hay casos como por ejemplo la mala convivencia, ahora esto con el código de policía, ha metido en líos a más de uno, porque en estos barrios de clase popular el equipo de sonido es más grande que la nevera, ¿sí o no?, entonces la gente se desbarata y “los domingos pongo mi música de 9 a 10 am” (aludiendo a lo que dicen*

*las personas que lo hacen), entonces la gente debe entender que se necesita una buena convivencia para poder vivir en comunidad” (Felipe, 25 años, Buitrera).*

*“Yo sé que no es necesario hacer ejercicio para tener una buena salud mental, pero sí sé que una buena convivencia sirve para tenerla... Porque si yo con el vecino me odio, si no le vuelvo a hablar, volvemos a lo mismo, ¡la relación entre vecinos es importante!” (Carlos, 66 años, Buitrera).*

Según lo que plantean estos dos actores, la convivencia en el ámbito de su comunidad es un aspecto importante que incide en la SM de las personas. Como es notorio, aluden a que a falta de esta, es decir, una buena convivencia, resultaría imposible vivir en comunidad. Retomando los planteamientos de Arango (2003), la convivencia trasciende la mirada fatalista con la que tradicionalmente se le ha relacionado, es decir que para este autor es más que la ausencia de violencia y la define como la capacidad de vivir con otros y a su vez, la capacidad de cada ser humano de reconocer, elaborar, fortalecer y transformar sus vínculos interpersonales independientemente de que estos sean conflictivos o no (Arango, 2003).

Al mismo tiempo se identifica cómo para el segundo informante, la convivencia tiene que ver con la sana relación que se construye entre vecinos, calificándola entonces como importante. En relación a lo anterior, Krause (2001) hace mención sobre los efectos negativos que la desintegración social (en el sentido de la ruptura de agrupaciones sociales tradicionales y la consecuente individualización) tiene sobre la SM para apoyar la necesidad de vida en comunidad. Con relación a lo anterior, Alipio Sánchez (1988) menciona que “la presencia de trastornos depresivos y ansiosos, los cuales atribuye a la anomia, soledad y desarraigo” (p. 50).

Para finalizar este apartado, se quiere hacer mención sobre las problemáticas identificadas a **nivel personal**, en ese sentido se encuentran dos que tienen qué ver con: La dificultad de encontrarse con uno mismo (reconocer su propia situación, lo que le hace daño) y en sí, la enfermedad física y mental asociada a trastornos.

Se identifica en el discurso de algunos participantes de ambos sectores, en especial los adultos mayores, situaciones asociadas al sufrimiento social, que han padecido o padecen ellos o sus

vecinos y cómo esto influye a su vez en su bienestar físico y emocional. Es importante mencionar que antes de ser diagnosticados con algún trastorno mental, los participantes evidencian que en un principio, en ellos y las personas de la comunidad existe una especie de confusión frente a los problemas que se les presentan por lo que tienen dificultad para reconocer su propia situación y pedir ayuda. Con relación a dicha dificultad, una de las participantes jóvenes dice lo siguiente:

*“Frente a esos problemas normalmente lo que se hace es cortarse las venas, bueno cortárselas no, se hacen una fisura por aquí (mostrando el brazo) con una cuchilla leve... ¿Qué más? Se golpean, se refugian en las drogas, en el alcohol, buscan malas amistades, personas que hacen cosas negativas, para que igualmente los acompañe en su momento (...) La verdad se aíslan totalmente de la familia. Se ensimisman y se encierran en un mundo que nadie sabe, casi nunca piden ayuda, pues profesional ¿no?, alguien tiene que hacer eso por él porque no reconoce el problema por el que está pasando” (Leidy, 18 años, Buitrera).*

Sin embargo, cabe resaltar que los participantes que han pasado por situaciones asociadas a algún trastorno mental, buscan la forma de contribuir a que otras personas reconozcan su situación y las apoyan teniendo como base su propia experiencia, tal es el caso de una de las informantes quien después de haber superado una depresión, considera la escucha y el diálogo como una parte importante para hacer frente a este tipo de padecimientos que afectan la SM de las personas.

Hasta ahora las personas han construido su propia lectura de las situaciones que pueden afectar la SM de sus comunidades, desde saberes construidos en el territorio, en la relación con sus vecinos, en la mediación de los conflictos; saberes que se deben reconocer, aprovechar y capitalizar en el marco de las intervenciones comunitarias. De esta manera el conocimiento que se construye en las vivencias y experiencias como cotidianas tienen sentido y orientan las prácticas respecto a las maneras de relación y acción frente la SM de los habitantes la comunidad, todos elementos que se construyen en la interacción social que se enmarca en estos contextos.

#### **7.4 Estrategias para la ICSM: reconocer, acercarse y apoyar.**

Este apartado se centrará en exponer las propuestas/respuestas de intervención que los participantes consideran son pertinentes para abordar las problemáticas que desde su punto de vista los actores han concebido, afectan la SM, tal como se pudo observar en el apartado anterior. A su vez, se vislumbrarán diferentes estrategias que ellos y ellas han utilizado a lo largo de los años para intervenir en su territorio, así como otras intervenciones de actores externos que hoy hacen ICSM. Entre dichas estrategias los actores mencionan las siguientes:

##### **“Reconocer el trabajo de otros” y “proyectos de intervención más integrales”**

Es importante mencionar que dentro de las propuestas que los actores tienen para futuros proyectos de ICSM tanto internos como externos, estos contemplen la importancia de reconocer el trabajo que “otros” hacen. En ese sentido, la participante Ruby manifiesta lo siguiente:

*“Que haya un proyecto y que la gente esté ocupada pero que sea integral, como lo que quiere hacer el “Circo Capuchini”, mire que a ellos nadie les aporta del situado fiscal, les niegan aportes. Qué importante que lo tuvieran, porque ellos hacen teatro en la calle, a esta calle han venido y llegaron a mi sector con una película, con algo, eso es importante ...ellos tienen que rebuscársela” (Ruby, 66 años, Comuna 13).*

Para esta participante la importancia del trabajo de actores comunitarios como AFORCULVIDA o mejor conocido como “Circo Teatro Capuchini, en la Comuna 13 de Aguablanca, debe ser reconocido y apoyado, de esta forma La apreciación de esta participante, permite comprender que un elemento de su representación social frente a la que considera una ICSM tiene que ver con la multiplicación de proyectos que consideren el tipo de actividades que realiza esta asociación a través del cine callejero. A su vez resalta que dichos proyectos llevan a que *“la gente esté ocupada, pero que sea integral”*, lo que de alguna manera nos muestra que para ella las ICSM deben tener en cuenta diferentes dimensiones de las personas y no la ocupación del tiempo libre como fin último. A su vez hace un enérgico llamado que frente a los aportes o los recursos que pudieran recibir del

Comité de Planificación que es un espacio de toma de decisiones entre líderes comunitarios para la asignación de presupuesto del situado fiscal a los proyectos de desarrollo en el territorio.

### **“Hacer talleres no tan conceptuales”**

Se manifiesta la necesidad de trabajar desde la lúdica y la didáctica, puesto que considera que los talleres que se enmarcan en metodologías magistrales y muy conceptuales no son entendidos para las personas que los reciben. Es pertinente mencionar aquí, que la visión que tiene la participante Leidy sobre la ICSM, se relaciona con la RS que ella ha construido teniendo como base su propia experiencia, en ese sentido, su aporte, tiene que ver con la forma en la que hace su trabajo desde la organización comunitaria de la que hace parte (CESOLES). Previamente comentaba:

*“Empecé el programa de biblioteca, haciendo animación de la lectura, refuerzos en matemática, en español, desde los juegos lúdicos, las dinámicas, de todo un poco con los niños de 6 a 15 años, de lunes a viernes” (Leidy, 18 años, Buitrera).*

Entendiendo lo anterior, es importante entonces comprender que los agentes de intervención tanto internos como externos, deben propender porque el mensaje que intentan proyectar a las comunidades desde sus estrategias de intervención, se acerque a la cultura y lenguaje de quienes esperan sean los receptores de dicho mensaje y al mismo tiempo, se hagan desde propuestas creativas que motiven la participación, a través de la interacción y diálogo con los saberes de las personas, evitando caer en intervenciones de tipo “magistral” que solo lleven a los agentes de intervención a entregar información a los sujetos, sin permitir el reconocimiento de los saberes de la comunidad frente al tema.

**Uso de métodos alternativos: encuentro directo con las personas en la calle a través del arte**



Otra de las propuestas que se hizo constante en el discurso de los actores de ambos territorios, fue la del “encuentro directo con las personas, en la calle” como menciona la participante Blanca:

*“Yo creo mucho en el espacio libre, en no convocar, yo creo que el Estado se llena de convocar y de llenar fichas, ¿por qué?, porque si va venir el alcalde hacen convocatoria, si van a venir hacer vacunación, eso hacen una propaganda y hay que llenar un montón de firmas, de listas... yo pienso que, si queremos cambiar, tenemos que salir de ahí, llegar a donde están las personas”* (Blanca, 48 años, Buitrera).

De esta manera el encuentro directo con las personas, da cuenta de estrategias reales de encuentro con los otros. La calle se constituye entonces en ese espacio donde transcurre la vida comunitaria y es en este dónde se puede intervenir dejando un poco de lado los encuentros muy formales y estructurados, tipo reunión en espacios cerrados. Frente a su crítica sobre los mecanismos de convocatoria y papeleo que se realizan desde las intervenciones externas especialmente desde el Estado, es de vital importancia comprender la forma en la que los actores comunitarios están representando dichas intervenciones frente a las cuales muchas veces son renuentes por acciones como las anteriormente expuestas. Este se podría constituir en ese sentido, en un aspecto a tener en cuenta desde la administración municipal para generar propuestas de intervención que faciliten la participación de las personas y no que les distancie ante “tanto papeleo”.

### **“Trabajar por procesos y no por acciones puntuales”**

Si algo caracteriza el discurso de los actores comunitarios participantes en la investigación, es su constante crítica frente a las intervenciones “sin proceso” que se realizan frecuentemente en sus comunidades, en la mayor parte de los casos, por actores (institucionales) externos. Este se constituye en uno de los principales aportes sobre la forma en la que ellos se piensan las ICSM. Trabajar entonces por procesos y no por acciones puntuales es la manera como ellos desde sus espacios de liderazgo y participación comunitaria obtienen cambios significativos en la vida de las personas que intervienen:

*“En esa limitada situación económica, logramos como hacer un trabajo que al menos genere un proceso en los niños y en los jóvenes que tenemos, no que se vuelva como algo puntual, como algo aquí que tocó y ya, sino algo como que se vuelve proceso y es lo que hemos venido justamente trabajando... ir generando un proceso de trabajo que realmente nosotros veamos un resultado, resultado en algunos aspectos que uno puede ver a través de lo que hace, pero que de pronto también van a ver resultados a futuro, de ver estos niños y estos jóvenes”. (Alexander, 40 años, Comuna 13).*

En esa línea el arte, la cultura, la lúdica y el deporte, características de las intervenciones que los participantes realizan en su diario vivir con su comunidad, son vistas como actividades que posibilitan la construcción de dichos procesos, pues tanto en la comuna 13 como en la Buitrera las intervenciones que involucran aspectos culturales son de gran impacto. Es por ello que sus propuestas de ICSM, tienen como un común denominador el estar orientadas hacia este tipo de actividades.

### **Inyección de recursos a las propuestas comunitarias para impactar una población más amplia.**

Finalmente, pero no por ello menos importante, es el llamado que hacen estos actores a la inyección de recursos a sus propuestas, lo cual les permitiría seguir interviniendo y llegando a una población más amplia. Estos actores constantemente están creando estrategias y desplegando una serie de recursos para el sostenimiento de sus proyectos, ya sean bingos, rifas, pulgueros, etc. Si bien este tipo de actividades se convierten en estrategias de “sobrevivencia” para estas organizaciones y en el marco de su realización se las ingenian para enriquecer sus intervenciones comunitarias, de alguna manera, la preocupación constante de tener que sostener y abogar por el reconocimiento de su trabajo y de sus intervenciones, en especial por parte de la Administración Municipal, son cuestiones que les representa una gran inversión de energía que podrían aprovechar para sus propias intervenciones.



---

## Capítulo 8. Conclusiones y recomendaciones

---

La presente investigación buscó explorar las RS de actores comunitarios de la comuna 13 y el Corregimiento de La Buitrera sobre ICSM, centrándose en el análisis de tres categorías amplias y generales: Información, Actitud y Campo de Representación; a partir de este ejercicio investigativo, se puede concluir que:

- Hay actores comunitarios que tienen saberes, conocimientos y experiencias en ICSM desde hace mucho tiempo, pero apenas recientemente se están percatando de sus aportes en este campo, a partir de la irrupción de recientes discursos institucionales en relación con la SM que les brindan otros marcos para interpretar su trabajo.
- No existe una construcción única de RS sobre SM e ICSM; ello depende de la experiencia personal de cada actor en el marco de unas condiciones sociohistóricas determinadas que delimitan el campo de representación, la información a la que se tiene acceso y las actitudes positivas o negativas al respecto.
- El autocuidado de la SM, la relación con el territorio (sus habitantes y sus problemas) y el reconocimiento del trabajo comunitario de los líderes, son aspectos muy relevantes para la construcción de propuestas a tener en cuenta en las ICSM, desde el punto de vista de los actores comunitarios participantes.
- Las ICSM son procesos complejos de interacción entre diversos actores; no son actividades puntuales de agentes externos a los territorios / comunidades.

Para profundizar un poco en los anteriores puntos, es importante reconocer que indagar sobre este tema con actores comunitarios de por lo menos dos generaciones diferentes de líderes en cada territorio, permite identificar que en cada uno hay dinámicas particulares de trabajo comunitario, independientes, pero en relación a las dinámicas institucionales de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que intervienen en los territorios, cuyos discursos en un momento histórico específico pueden resignificar el trabajo de los líderes comunitarios. Es el caso de los **discursos institucionales recientes alrededor**

**de la SM** de las autoridades de salud a nivel mundial, nacional y municipal que han irrumpido en las comunidades **buscando articularse a las iniciativas que desde hace mucho tiempo vienen adelantando distintos actores habitantes de los territorios.**

**No existe una construcción única cuando se habla de RS sobre SM e ICSM**, pues la posibilidad de acceder a distintos tipos de información confluye en diferentes posturas, entre las que se pudieron evidenciar principalmente tres: por un lado las que relacionan locura-enfermedad. Por otro lado, hay informaciones que llevan a los actores a construir un conocimiento en el que se relaciona SM con estado personal en el cual deben primar sentimientos positivos y armónicos. También se encuentran posturas que reconocen en la SM un eje transversal en la vida de las comunidades, en tanto les permite participar, estableciendo lazos de cooperación y ayuda mutua. De esta manera, para hablar de RS y de su proceso de construcción **es importante tener en cuenta las fuentes de información, la participación que tienen los actores en diferentes espacios y sus propias experiencias en lo comunitario.** Así, la información de los artistas difiere de la información a la que acceden quienes se desenvuelven en ámbitos como el de la protección, de la salud y otros campos. Esto también se diversifica dependiendo de la ocupación, la edad, o el género.

En relación con la actitud, se encuentra que en diferentes casos, **la actitud favorable o desfavorable hacia la SM e ICSM, se relaciona con el tipo de información y las experiencias que los participantes tienen respecto al tema.** Así, de los actores entrevistados, los que han participado de espacios relacionados con la SM manifiestan una actitud favorable frente a esta; mientras que los que no han tenido la oportunidad de participar de este tipo de espacios, tienen una actitud desfavorable al respecto y por ende se identifica lo que pareciera ser una resistencia a participar en espacios de ICSM.

En la medida que las ICSM han generado un impacto en la vida de los actores que han participado de estas, se encuentra que las personas responden con una actitud favorable al enterarse de nuevas intervenciones que al respecto se desarrollarán en su comunidad, ello tiene que ver con que estos actores comunitarios han construido relaciones con actores institucionales externos que ejecutan dichas intervenciones.

Los participantes que han obtenido información sobre la SM desde diversas fuentes y en la participación directa en procesos similares, **incluso reconocen las intervenciones de organizaciones de base, como ICSM.** En ese sentido, asumen estas con una actitud positiva al identificarlas como claves para el desarrollo de la vida comunitaria, puesto que juegan un papel muy importante en la promoción de la salud y la prevención de situaciones como el consumo de SPA, la delincuencia, el pandillismo, entre otras. En la misma línea, se identifica que el agradecimiento y cariño que los actores comunitarios reciben de las personas a las que intervienen, es el aliciente que les motiva a continuar con sus procesos comunitarios. Es por lo mismo, que estos actores que dirigen sus organizaciones muestran una actitud positiva frente a sus propias intervenciones.

La actitud con orientación negativa hacia las ICSM, está relacionada con la continua pérdida de credibilidad en las instituciones, fruto de la implementación de acciones aisladas, la inadecuada ejecución de los recursos públicos, así como lo que los actores denominan el “manoseo de la comunidad”, entre otras causas. Igualmente, la actitud con orientación negativa también se da porque **los actores comunitarios no se sienten respaldados institucionalmente en sus propias formas de intervenir el territorio,** es decir, los procesos que vienen desarrollando por largo tiempo y llevados a cabo “con las uñas”, no son reconocidos y apoyados desde la institucionalidad.

Por otro lado, se identifica que las **acciones que los actores tienen para el cuidado de la SM de sí mismos, tiene que ver con múltiples dimensiones que van desde una dimensión espiritual, mental, corporal y social.** La dimensión espiritual es de suprema importancia en la vida de los participantes, en tanto orienta su diario vivir y les permite crear una sensación de seguridad que les hace tener tranquilidad, lo cual lo significan como importante para preservar su SM. En relación con la dimensión mental, los participantes que tienen mayor proximidad con información sobre temas relacionados con la SM y las ICSM, coinciden en que, ante los problemas, el recibir terapia psicológica es muy importante cuando desde la dimensión espiritual y social con el acompañamiento que otros puedan brindar, no es suficiente.

Para caracterizar el proceso de construcción del campo de representación, se retomaron elementos relacionados con la historia de estos actores comunitarios, así como la forma en que se relacionan con el territorio que habitan, sus concepciones sobre los problemas de su territorio en el orden de la ICSM y a su vez las propuestas o posibles soluciones surgidas por ellos mismos, a partir de las vivencias que han tenido en el campo de lo comunitario. Estos elementos permiten entender, la forma en que el contexto influye en las concepciones frente a los problemas y en ese sentido se identifica el orden de prioridad que se les da a estos según el territorio. En ese mismo sentido, las RS de los actores frente a las intervenciones se obtienen en función de la percepción que tienen sobre sus problemas en comunidad y los personales. **En resumen, las RS sobre las ICSM son producto y proceso de un tiempo y espacio.**

En este punto se pudo hilar la forma en que los procesos de interacción social, donde los líderes desarrollan su participación en espacios relacionados con la SM comunitaria, permiten a su vez la construcción de una relación sentida con el territorio. En la misma línea se identifica en el discurso de los participantes, **en sus RS sobre las ICSM hay una construcción de conocimientos acerca de lo que ellos identifican como problemas del territorio y sus ideas sobre lo que deben ser las ICSM también se desarrollan con relación a dichos problemas.** De esta manera, se identifica que para los actores de Buitrera, los problemas que tienen prioridad, tienen qué ver con la falta del agua, el individualismo o desarticulación entre actores, mientras que para los actores Oriente, problemas como el consumo de SPA, las pandillas y las fronteras invisibles son los de mayor prioridad. Asimismo identifican que unos problemas conllevan a otros que también afectan la SM de las personas, entre esos entra el juego el tema de la convivencia.

Todo lo anterior permite observar que **muchas de las estrategias que los actores proponen responden a las RS que ellos han construido sobre SM y las ICSM.** En ese sentido, y en coherencia con los planteamientos de Bang (2010 y 2014) y Del Cueto (2014), para los actores comunitarios **una ICSM es aquella que reconoce el trabajo de otros y a su vez, propone formas de intervención más integrales.** Igualmente, tiene que ver con aquellas intervenciones que **buscan el acercamiento a las personas desde sus propios conocimientos y saberes,** es así que sugieren hacer talleres no tan conceptuales, por el

contrario **el uso de la lúdica, la didáctica es prioridad para ellos en este tipo de intervenciones.** En la misma línea, las ICSM para los actores son aquellas que **se realizan desde el trabajo directo con las personas, en la calle, en sus propios espacios de encuentro,** considerando que estas formas de hacer, influyen en el cambio y las transformaciones que puedan darse con las personas. Lo anterior también depende de que se desarrollen las **intervenciones por procesos y no por acciones puntuales.** Al respecto, se entiende que es lo que ellos han venido haciendo por muchos años a partir de su creatividad y con sus propios recursos, dando cuenta de resultados positivos sobre ello.

De manera que para lograr un acercamiento a las RS sobre ICSM, se analizaron las condiciones de producción de los conocimientos sobre el tema, la forma en que dichos conocimientos llevaron a que los actores desarrollaran unas actitudes y orientaciones en su conducta, ubicándose en un grupo social e intercambiando saberes con grupos y actores de su medio. Todo lo anterior va permitiendo que se teja una visión sobre la realidad bajo el cual los actores desarrollan una identidad en la búsqueda del sentido común de lo que para ellos deberían ser las ICSM.

Concluido este trabajo de investigación se pueden considerar **recomendaciones en dos sentidos: investigación e intervención en el campo de las ICSM:**

En el primer aspecto, las investigadoras bien reconocen que este trabajo, aunque logrado con gran esfuerzo, tiene unos alcances limitados, por lo cual siempre será posible profundizar en el tema. Para el desarrollo de esta investigación se escogió estudiar las ICSM desde la perspectiva de las RS, puesto que fue un enfoque que permitió recoger elementos variados en un gran panorama, privilegiando la historia, los saberes y la interacción de los actores desde el proceso de construcción de las RS, ello teniendo en cuenta que una gran cantidad de investigaciones se enfocan más en el contenido de la representación que en su proceso de construcción.

- **Para futuras investigaciones desde la disciplina-profesión Trabajo Social sería importante adelantar estudios desde un enfoque procesual de las RS** (Banch, 2000), el cual permite reconocer la riqueza de elementos en el marco de los procesos



por los cuales los actores llegan a construir una mirada, actuando y pensando de cierta manera. Estos son elementos fundantes para las intervenciones, en la medida en que permiten una comprensión de lo que hay más allá de lo evidente, acercándose al tejido desde donde se hilan situaciones que pueden llegar a entenderse como las causas de ciertos problemas sociales.

- Para futuras **intervenciones, que muchas veces se quedan en el nivel de información, es necesario empezar por reconocer los conocimientos de los actores sobre el tema a trabajar.** De acuerdo con lo anterior se hace necesario llevar a cabo reflexiones más profundas en cuanto al tipo de información al que tienen acceso las personas, para descubrir, hasta dónde las nociones que se construyen aún con los grandes avances en términos investigativos y de intervención, permiten seguir reproduciendo los imaginarios de SM relacionado con “locura”, como hemos visto en algunos informantes, o por el contrario, permiten seguir ampliando un concepto de SM más integral y desde un enfoque comunitario.

Los líderes comunitarios, que son a su vez líderes de opinión, difunden ciertas informaciones, las cuales son legitimadas en la mayoría de los casos por las comunidades. Es fundamental aprovechar la potencialidad y el recurso de estos actores como comunicadores naturales, pues estos son difusores que aportan en la circulación, así como en la construcción y deconstrucción de informaciones que pueden contribuir positiva o negativamente a la SM. Por tanto, **las intervenciones comunitarias en su dimensión informativa, más allá de cumplir desde un lugar superficial y bancario “depositando” informaciones, deben pensarse como la construcción conjunta de conocimientos a partir de los significados colectivos.**

- **Reconocer desde la institucionalidad los procesos que a lo largo de los años han ido gestando los actores comunitarios y han aportado significativamente en la solución de las problemáticas de sus comunidades.** Si bien, es interesante conocer que a pesar de las difíciles circunstancias que se viven, sacan adelante sus procesos, se hace necesario comprender la importancia de los aportes que ellos hacen en términos de la promoción de la salud, de la vida y la prevención de la enfermedad,

del consumo, de las violencias, etc, y por ende **se hace necesario proveer de recursos a estas organizaciones para que amplíen o fortalezcan su accionar.**

- En la misma línea **se debe propender por la participación de estos actores en los espacios de diagnósticos sociales comunitarios y la construcción de políticas que busquen atender la SM del municipio de Santiago de Cali.** En consecuencia, son ellos quienes desde sus saberes históricos pueden brindar información de las necesidades reales que se viven en los diferentes territorios y por ende, conocimientos sobre las diferentes formas de intervenirlo.
- **Promover la participación juvenil y el relevo generacional que se hace necesario entre los líderes que intervienen un territorio,** considerando la relevancia de los aportes que han hecho los líderes comunitarios jóvenes a partir de propuestas orientadas al arte (música, teatro, danza, pintura) y el deporte, es importante impulsar aún más la participación de estos en los diferentes espacios relacionados con el diseño de estrategias en pro de la SM.
- Avanzar en la implementación del enfoque de género, prestando atención a la afectación en la SM de las mujeres por la cultura patriarcal dominante (violencia y sobrecarga de responsabilidades económicas y de cuidado como jefes de hogar), lo cual les genera angustia, estrés y la posibilidad de sufrir de otros trastornos. En la misma línea, se hace necesario profundizar en el trabajo con los hombres, ya que como lo manifestaba uno de los informantes, son ellos quienes al no poder manifestar plenamente sus sentimientos, se exponen a sufrir igualmente de diferentes enfermedades.
- Siendo la convivencia un elemento que los informantes califican como fundamental para tener SM dentro de sus comunidades, se hace importante ***volver a lo simple, a lo cotidiano para fortalecer los lazos comunitarios por medio de intervenciones orientadas al encuentro con el otro y la sana resolución de los conflictos.*** A partir de un partido de fútbol, las tertulias con los vecinos, el juego de sapo, salir a barrer, jugar encostados en la cuadra y en general rescatando los juegos tradicionales, son estrategias que para los informantes, tiempo atrás servían para promover la convivencia.

- **Impulsar aún más el trabajo en red en el que se reconozcan entre sí las diferentes propuestas de intervención que se tienen en el territorio.** Por un lado, dentro de esta investigación, se reconoció en el discurso de los actores lo valioso que fue haber reconocido que en sus comunas o corregimiento, otros actores trabajaban sobre propuestas antes no imaginadas por ellos, de igual forma, lo importante de la articulación entre organizaciones de base e instituciones que intervienen el territorio para poder dar respuesta de manera más oportuna a las diferentes problemáticas de los usuarios de las organizaciones comunitarias y finalmente, el impacto en el trabajo que ya realizan redes instituidas como la Red de Educadores Populares.

---

## Bibliografía

---

- Alcaldía de Santiago de Cali (2008). Plan Municipal de Salud Mental. Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal.
- Arango, C. (2003). Los vínculos afectivos y la estructura social: Una reflexión sobre la convivencia desde La red de promoción del Buen trato. Investigación «*Educación para la convivencia familiar en contextos comunitarios*». Universidad del Valle. Plan Internacional. *Revista Investigación y desarrollo, volumen 11* (1). 70 – 103.
- Bang, C. (2010). La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: Una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad. *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Berenzon, S. Alanís, S. y Saavedra, N. (2015). El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: resultados de una encuesta en la Ciudad de México. *Salud Mental, volumen 32* (2), 107–115.
- Berenzon, S., Saavedra, N., y Alanís, S. (2009). Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: autoatención y apoyo social. *Salud Pública de México, volumen 51* (6), 465–473.
- Bertolote, J. (2008). Raíces del Concepto de Salud Mental. *World Psychiatry (Ed Esp) Volumen 6* (2), 113-116.
- Burín, M. (1990). Delimitación del campo de la salud mental de las mujeres. *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada* (13-21). Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós.
- Campo, D. (2005). *La convivencia familiar: un nuevo escenario para la educación popular* (Tesis de Maestría en Educación con énfasis en Educación Popular y Desarrollo Comunitario). Instituto de Educación y Pedagogía, Universidad del Valle. Cali
- Castillo, A. (2011). *Informe del sistema de vigilancia epidemiológica en intento de suicidio Cali 2010*. Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

- Centro de Investigaciones Multidisciplinarias para el Desarrollo - CIMDER (2007). *Estado del arte en salud mental y proyecciones de su uso, Cali 1995 – 2005*. Informe final de investigación. Alcaldía de Santiago de Cali, Secretaría de Salud Pública Municipal.Cali
- Cerda, H. 2011. *Los elementos de la investigación: Cómo reconocerlos, diseñarlos y construirlos*. 1 Edición. Bogotá, Colombia: Editorial Magisterio.
- Cifuentes, R. (2011). *Diseño de proyectos de investigación Cualitativa*.-1ª Edición. Buenos Aires, Argentina: Centro de Publicaciones educativas y Material Didáctico.
- Dölz, M. y Alvear, K. (2012). *Representaciones Sociales Sobre La Intervención Especializada A Ofensores Sexuales En Libertad Vigilada Del Adulto*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación. VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Durkheim, E. (1898) Representations individuelles et représentations collectives. *Revue de Méthaphysique et Morale*, 6, 273-302
- Gallego, C. (2000). Antropología aplicada y Trabajo Social. *Acciones e investigaciones sociales*. Escuela Universitaria de Estudios Sociales. Universidad de Zaragoza. Volumen 10, 5-22.
- García, E. (2006). Un concepto de actor para la ciencia política. Universidad Carlos III. Madrid, España.
- Gaviria, A. García, G. y Múnera L. (2013). *Promoción del bienestar mental, nociones, conceptos y teorías, estado del arte 2004-2012*. (Informe final de investigación no publicado). Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.
- Gil, R & Alcover, C. (1999). El entorno físico de los grupos. *En: Introducción a la psicología de los grupos*. 138-159.
- Gómez del Campo, J. (1991). El modelo de la salud mental para la intervención comunitaria. *En: Salud Comunitaria: Una visión Panamericana*. Centro de

información académica. Universidad Iberoamericana. Lomas de Santa Fe. México DF.

- Gómez, OL., y Gutiérrez, A. (2008). Revisión bibliográfica para el diseño del plan de atención primaria en salud mental en Cali. (Informe final de investigación no publicado). Cali: Alcaldía de Santiago de Cali, Secretaría de Salud Pública Municipal y Fundación FES.
- Gómez, OL., y Gutiérrez, A. (2011). Prevalencia de acceso a servicios de salud mental y sus factores asociados en Cali, Colombia. (Informe final de investigación no publicado). Cali: COLCIENCIAS y Fundación FES.
- Guerrero, R. (1999). Programa Desarrollo, seguridad y paz DESEPAZ de la ciudad de Cali. Rio de Janeiro: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Gutiérrez, A. y Patiño, L. (2004). *Hacia la Construcción de Tejido Comunitario en el Barrio el Vergel de la Ciudad de Cali, Sistematización de Experiencias de un Proceso Formativo de Animadoras Socioculturales para la Convivencia*. (Tesis de pregrado). Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad del Valle. Cali-Colombia.
- Gutiérrez, A. y Gómez OL. (2007). Evaluación del proceso de la Estrategia Escuelas Saludables en la zona urbana del Municipio de Cali, Colombia. *Colombia Médica Volumen 38* (4). 386 – 394.
- Gutiérrez, A. (2015). Sistematización de la experiencia del observatorio de violencia familiar en la gestión de conocimiento para la atención de la salud mental en Santiago de Cali 2008 – 2015. (Proyecto de investigación no publicado). Cali: Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad del Valle.
- Gutiérrez, A. (2015). *De las necesidades de intervención a las necesidades de reflexión teórica y epistemológica: marcos de referencia a partir de la investigación social en salud mental en Cali, Colombia*. (Documento inédito). Universidad del Valle. Cali
- Hopenhayn, M. (1988). “La participación y sus motivos”. *Revista Acción Crítica*, 24, (pp. 19-29).
- Ibáñez, T. (2001). “Representaciones sociales, teoría y método”. En: Tomás I., (Coordinador), *Psicología social construccionista* (pp. 123-216). Guadalajara, México.
- Jodelet. D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En

Moscovici, S. Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós.

- Kleinman, A. (1997). *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California Press.
- Malgesini, G. (2003). *Guía Metodológica sobre el proyecto de Intervención Social*. Madrid. España: Editorial EAPN
- Martínez, C. (2015). La salud mental a principios del siglo XXI. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, Volumen 32 (S1), 44–54.
- Menéndez, E. L. (2009). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y articulaciones prácticas. En: Menéndez E. *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ministerio de la Protección Social y Asociación Colombiana de Psiquiatría (2007). *Política Nacional del Campo de la Salud mental: Fuerza impulsora del desarrollo del país y de la garantía de derechos*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social
- Ministerio de la Protección Social y Fundación FES (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003*. Cali: Ministerio de la Protección Social.
- Ministerio de la Protección Social y Fundación FES (2005). *Lineamientos de política de salud mental para Colombia*. Cali: Ministerio de la Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2011). Acuerdo 29 de 2011, por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. Bogotá: Comisión de Regulación en Salud.
- Molina, C. (2009). Política Nacional del campo de la salud mental: Espacio de gestión y sostenibilidad política de una propuesta de salud mental para el país. En Arrivillaga, M. (ed). *Salud mental: problema y reto de la salud pública*. Cuadernos del Doctorado Interfacultades en Salud Pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Morales, J. y Reboloso, E. (1996). Actitudes CAP 13. En Morales, J. Reboloso, E. y Moya, M. *Psicología Social y Trabajo Social*. McGRAW – HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA S.A.U. Aravaca (Madrid)
- Oramas, A. Santana, S. & Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, Volumen 7(1-2), 34-39.

- Ortiz, M. y Ramírez, M. (2009). Sistematización del proceso generado a partir de la metodología de intervención profesional en el programa de Buen Trato desarrollado con familias de la comuna 4 del Municipio de Yumbo para el año 2008. Trabajo de grado, Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad del Valle. Cali-Colombia.
- Pereira, D.M. y Pardo, C. J. (2009). Recuperación de la experiencia obtenida a partir del proceso metodológico desarrollado desde Trabajo Social en la RPBT (Red de Promoción del Buen Trato), del Corregimiento de Montebello de la Ciudad de Cali, para su fortalecimiento interno como grupo base. Trabajo de grado, Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad del Valle. Cali-Colombia.
- Posada, J. (2013). La Salud Mental en Colombia. *Biomédica*. Instituto Nacional de Salud Volumen 33, No. 4, Bogotá, D.C., Colombia - Diciembre, 2013. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v33n4/v33n4a01.pdf>
- Rosselli, H. (1968). *Historia de la Psiquiatría en Colombia*. Tomo II. Bogotá: Editorial Horizontes.
- Secretaría de Salud Pública Municipal (2008). *Plan territorial de Salud de Santiago de Cali 2008 – 2011*. Secretaría de Salud Pública Municipal. Alcaldía de Santiago de Cali. “Cali un Nuevo Latir” – “Cali saludable y participativa”. Mayo de 2008.
- Silveira, R. de M. (2011). *Representaciones Sociales del Trabajo Social profesional sobre procesos de exclusión. Una investigación con Profesionales de la Ciudad de Granada (España)*. (Tesis doctoral). Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Granada. Editorial de la Universidad de Granada.
- Urrea, Fernando (2012). “*Transformaciones sociodemográficas y grupos socio-raciales en Cali a lo largo del siglo XX y comienzos del siglo XXI*”. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. Universidad del Valle, Cali.
- Urrego, Z. (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Revista Colombiana de Psiquiatría volumen 36 (2): 307-319*.



- Alcaldía de Santiago de Cali (2005). Política Pública en Convivencia familiar para el municipio de Cali. Cali: Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social. Recuperado de <http://www.cali.gov.co/publico2/documentos/Bienestar/politicaconvivenciafamiliar.pdf>
- Alcaldía de Santiago de Cali (2016). Plan de Desarrollo Municipal “Cali Progresa Contigo. Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Recuperado de [http://www.cali.gov.co/planeacion/publicaciones/114694/plan\\_de\\_desarrollo\\_municipal\\_2016\\_2019/](http://www.cali.gov.co/planeacion/publicaciones/114694/plan_de_desarrollo_municipal_2016_2019/)
- Andrade, J. (2011). Efectos psicopatológicos del conflicto armado Colombiano en familias en situación de desplazamiento forzado reasentadas en el municipio del Cairo en el año 2008. *Revista Científica Ciencias Humanas*, volumen 7 (20). 111-114. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/709/70922149005.pdf>.
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Recuperado de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ICAP/UNPAN027076.pdf>
- Banchs, María (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on Social Representations. Textes sur représentations sociales*. Volumen 9. 3.1 – 3.15. Recuperado de [http://psych1.lse.ac.uk/psr/PSR2000/9\\_3Banch.pdf](http://psych1.lse.ac.uk/psr/PSR2000/9_3Banch.pdf)
- Bang, C. (2014) *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*. *Psicoperspectivas*, volumen 13 (2), 109-120. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psicop/v13n2/art11.pdf> doi:10.5027
- Bermúdez, C. (2010). Intervención social y organizaciones comunitarias en Cali. *PROSPECTIVA. Revista De Trabajo Social e Intervención Social*, (15), 49-68. doi:10.25100/prts.v0i15.1105 Recuperado de <http://revistapropectiva.univalle.edu.co/index.php/prospectiva/article/view/1105/1224>
- Bermúdez, C. (2011). Intervención social desde el Trabajo Social: un campo de fuerzas en pugna. **Prospectiva. Revista de Trabajo Social e Intervención Social**, No. 16, 83-101. Recuperado de

<http://revistas.univalle.edu.co/index.php/prospectiva/article/view/1164>.doi: <https://doi.org/10.25100/prts.v0i16.1164>.

- Betancur, C. Restrepo, D. Henao, Y. Arboleda, C. & Rodríguez, C. (2014). Representaciones sociales sobre salud mental en un grupo de profesionales en la ciudad de Medellín: análisis prototípico y categorial. *CES Psicología, volumen 7 (2)*, 96-107. Recuperado de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3086>
- Cali en cifras (2016). Departamento Administrativo de planeación. Alcaldía de Santiago de Cali. Recuperado de <http://www.cali.gov.co/planeacion/publicaciones/138164/cali-en-cifras/>
- Calle, C. y Carmona B. (2006). *Representaciones sociales de la Salud Mental en la Comunidad indígena Embera-chamí de Cristiania en el municipio de jardín Antioquia* (tesis de pregrado). Recuperado de <http://www.impto.com/candelaria/objetos/tesis1.pdf>
- Castillo, J. y Winkler M. (2010). Praxis y Ética en Psicología Comunitaria: Representaciones Sociales de Usuarias y Usuarios de Programas Comunitarios en la Región Metropolitana. *PSYKHE Volumen 19 (1)*, 31 - 46. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v19n1/art03.pdf>
- Congreso de la República (2011). Ley 1448 de 2011, Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Recuperado de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1448\\_2011.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1448_2011.html)
- Congreso de la República (2013). Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
- Cuevas, Y. (2016). Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. En: *Cultura y Representaciones Sociales. Volumen 11 (21)* (P. 109 – 140). Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/crs/v11n21/2007-8110-crs-11-21-00109.pdf>
- DANE (2018). La población proyectada en Colombia. Recuperado de

<http://www.dane.gov.co/reloj/>

- Del Cueto, A. (2014). *La Salud Mental Comunitaria: Vivir, pensar, desear*. 1ra Edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica. Recuperado de <http://www.fce.com.ar/archivos/pdfs/DelCueto-LSMC.pdf>
- El País (2013). Memorias del conflicto armado: cifras de la guerra en Colombia en los últimos 54 años. Noticia Judicial. *El País Cali*. Recuperado de <https://www.elpais.com.co/judicial/memorias-del-conflicto-armado-cifras-de-la-guerra-en-colombia-en-los-ultimos-54-anos.html>
- Espinoza M. (sf). Observatorio de Violencia Familiar: Una experiencia intersectorial de salud pública. Recuperado de [http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2012\\_Vig\\_Viol\\_Consumo/VFS/ovf\\_experiencia\\_intersectorial.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2012_Vig_Viol_Consumo/VFS/ovf_experiencia_intersectorial.pdf)
- Fantova, F. (2006). Tercer sector e intervención social: el papel de las organizaciones no gubernamentales, balances, perspectivas e implicaciones de su intervención en lo social. En: *Aproximaciones de la intervención social*. Recuperado de [fantova.net/?wpfb\\_dl=125](http://fantova.net/?wpfb_dl=125)
- Fantova, F. (2007). Repensando la intervención Social. *Revista Documentación Social*, núm. 147, pp. 183- 198). Recuperado de [fantova.net/?wpfb\\_dl=139](http://fantova.net/?wpfb_dl=139)
- Fernández, J. D., Ferreira, S. L., Albergaria, A. K., & da Conceição, F. M. (2002). Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Volumen 10 (2), 199-206. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10515.pdf>
- Hernández, D. Restrepo, D. Restrepo, M. & Cuartas, G. (2014). Salud mental: una mirada desde la salud pública. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 32 (S1), S3-S10. Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/22305/18467>
- Krause, M. (2001). Hacia una redefinición del concepto de comunidad -cuatro ejes para un análisis crítico y una propuesta. *Revista de Psicología*, volumen X (2), 49-60. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26410205>
- Martínez, V. M. (2006). El Enfoque Comunitario: El desafío de incorporar a las Comunidades en las Intervenciones Sociales. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Recuperado de

[http://dspace.usalca.cl/bitstream/1950/9417/1/martinez\\_ravanal.pdf](http://dspace.usalca.cl/bitstream/1950/9417/1/martinez_ravanal.pdf).

- Ministerio de la Protección Social (2007) Decreto número 3039 del 10 de agosto de 2007, Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010. Dirección General de Salud Pública. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Recuperado de [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas Nacionales Salud-Colombia\\_2007-2010.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (1998). Resolución 2358 de 1998, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Bogotá: Ministerio de Salud. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Observatorio Nacional de Salud Mental. Bogotá: Dirección de Epidemiología y Demografía. Grupo Gestión del Conocimiento. Recuperado de [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Observ\\_Salud%20Mental.%20V1\\_06\\_09\\_2012.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Observ_Salud%20Mental.%20V1_06_09_2012.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Bogotá: Dirección Nacional de Salud Pública. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social y COLCIENCIAS (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo 1. Recuperado de [http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta Nacional de Salud Mental Tomo I.pdf](http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social y Universidad Nacional de Colombia. (2014). Documento propuesta de ajuste a la Política Nacional de Salud Mental para Colombia, 2014. Bogotá: Ministerio de Salud y la Protección Social. Recuperado de <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2014/07/POL%C3%8DTICA-NACIONAL-DE-SALUD-MENTAL-2014.pdf>
- Moscovici, S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires,

Argentina: Huemul S.A. Recuperado de:  
<https://taniars.files.wordpress.com/2008/02/moscovici-el-psicoanalisis-su-imagen-y-su-publico.pdf>

- Moviñas, A. (2002) Epistemología y Representaciones Sociales: Concepto y Teoría. *Revista de Federación Española de asociaciones de psicología*. Vol. 47, N°. 4, 1994, págs. 409-419. Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2385297>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2001). Resolver los problemas de la salud mental. Cp. 3. En: *Informe sobre la Salud Mental en el mundo*. Recuperado de [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_ch3\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch3_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2004) *Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica: Informe compendiado*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2005). Mental Health - Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Abuse. Mental Health Atlas - 2005. Geneva: World Health Organization. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/global\\_results.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/global_results.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Programa mundial de acción en salud mental (MHGap). Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra: Departamento de salud mental y abuso de sustancias. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhgap\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2011). Mental health atlas 2011. Geneva: World Health Organization. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/publications/mental\\_health\\_atlas\\_2011/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/)
- Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 – 2020. Ginebra: World health Organization. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud (2018). Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta. Centro de prensa. Abril de 2018. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Mayo 28 2018

- Organización Panamericana de la Salud (2016). *Antecedentes y desarrollo histórico del Programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)*. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11660&Itemid=41733&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11660&Itemid=41733&lang=es).
- Ortiz, Karin s. (2015). "Conductas y condiciones de autocuidado en Salud Mental de los defensores y las defensoras de derechos humanos de la niñez y la adolescencia". Universidad Rafael Landívar. Facultad de Humanidades. Maestría en gestión del desarrollo de la niñez y la adolescencia. Guatemala de la asunción, enero de 2015. Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/67/ortiz-karin.pdf>
- Paralez, C. y Vizcaino, M. (2007). *Las Relaciones Entre Actitudes Y Representaciones Sociales: Elementos Para Una Integración Conceptual*. Revista Latinoamericana de Psicología. Volumen 39, No 2, 351-361. Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v39n2/v39n2a10.pdf>
- Pérez, Liliana. Díaz, Yudis, Páez Graciela (2010). Discursos, *Representaciones y prácticas sobre intervención social y ciudadanía de estudiantes del programa de Trabajo Social de la Universidad de Cartagena*. Recuperado de <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/3376/1/Representaciones%20discursos%20y%20practicas%20de%20Intervencion%20social%20y%20ciudadania%20UDC.pdf>. Accedido el 25 de febrero de 2018
- Posada, J. (2013). La Salud Mental en Colombia. *Biomédica*. Instituto Nacional de Salud Volumen 33, No. 4, Bogotá, D.C., Colombia - Diciembre, 2013. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v33n4/v33n4a01.pdf>
- Red Colombia (Sin fecha). Antecedentes, contexto y Justificación. Recuperado de [http://www.redcolombia.org/oscar/varie/contexto\\_colombia\\_arauca\\_es.pdf](http://www.redcolombia.org/oscar/varie/contexto_colombia_arauca_es.pdf)
- Ríos, J. M., Palacios, F. F., de Alba González, M., & Sandoval, M. M. (2003). Construcción de significados acerca de la salud mental en población adulta de una comunidad urbana marginal. *Salud Mental*, volumen 26 (5), 51-60. Recuperado de <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm2605/sm260551.pdf>
- Torres, T. Aranzazú, J. Aranda, C. Salazar, J. (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. *Revista CES Psicología*, 63-76. Recuperado de

<http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v8n1/v8n1a06.pdf>

- Uribe, T (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. XVIII (2) septiembre de 1999 (p. 109 - 118) Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquia. Medellín. Recuperado de <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16870/14608>
- Vignolo, Julio (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Prensa médica Latinoamericana. Uruguay.; XXXIII (1):11-14. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>