

pṣc̣ọẹspacios

ISSN-e: 2145-2776

Vol. 15, Nº 26, enero-junio 2021



Fortalezas para la prevención de conductas de riesgo en adolescentes del Distrito de Aguablanca de Cali (Colombia)

Strengths for the prevention of risk behaviors in adolescents in Distrito de Aguablanca of Cali (Colombia)

NORMAN DARÍO MORENO-CARMONA ^A
Universidad San Buenaventura, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-8216-2569>

MAYELLI TASAMÁ RINCÓN
Casa de Justicia de Aguablanca, Secretaría de Seguridad y Justicia, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-2164-0432>

CARLOS ALBERTO ROJAS CRUZ
Secretaría de Seguridad y Justicia del Municipio de Santiago de Cali, Colombia
<https://orcid.org/0000-0003-0915-6653>

JOSÉ DARÍO SOTO SOTO
Corporación Juan Bosco, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-2277-9989>

^AAutor de correspondencia: norman.moreno@usbmed.edu.co

Recibido: 4 mayo 2021 • Aceptado: 6 agosto 2021 • Publicado: 29 agosto 2021

Cómo citar este artículo: Moreno-Carmona, N.D., Tasamá Rincón, M., Rojas Cruz, C.A. y Soto Soto, J.C. (2021). Fortalezas para la prevención de conductas de riesgo en adolescentes del Distrito de Aguablanca de Cali (Colombia). *Psicoespacios*, 15(26). <https://doi.org/10.25057/21452776.1406>

humano, así sean divergentes al discurso dominante de la salud como ausencia de enfermedad promulgado por el modelo biomédico. Respecto a la libertad, cada persona tiene autonomía para comportarse de acuerdo con su valoración de la salud, pero al mismo tiempo el Estado debe otorgar las oportunidades materiales para que se haga posible, por ejemplo, querer hacer deporte en espacios dispuestos para ello; de esto se desprende la capacidad de acción y agencia que tiene el sujeto en su dimensión racional, social y política para su propio bien y el de los otros, exigiendo al gobierno la garantía de sus derechos.

Finalmente, Sen propone el término objetividad posicional, para aclarar que, si bien el concepto de salud es determinado por cada individuo, este debe considerar tanto las visiones externas del saber experto del médico o del epidemiólogo, como las percepciones que las personas tienen de la salud. Este razonamiento ético es una forma de mediar entre la imposición de un discurso hegemónico centralizado en la ciencia y la decisión arbitraria por parte del individuo para decidir qué es bueno y de valor para él; de allí que Sen no se interese por una definición predeterminada y única de la salud sino por el reconocimiento de la diversidad en las valoraciones individuales respecto a ella, además de la capacidad para procurar el bien de los otros (Restrepo-Ochoa, 2013). En este escenario, la salud sería un objeto de preocupación de la racionalidad pública, de modo que el Estado se responsabilice por brindar las condiciones para que los sujetos desarrollen sus capacidades y puedan tener participación política en las discusiones para determinar lo bueno o conveniente para la salud de las poblaciones.

Amartya Sen posibilita una idea de salud pública distinta a la oficial, la cual, unida a la salud positiva, estaría orientada hacia la calidad de vida de las personas, no desde el bienestar sino desde la posición subjetiva del buen vivir y de la construcción propia de

hábitos, prácticas y comportamientos que integren ese significado, relacionado también con la creencia particular de salud. En este sentido, el compromiso ético de la salud pública no se limitaría a la asistencia sanitaria, ni a lo que Granda (2000) denuncia como enfermología pública, sino que debe ser consecuente con las capacidades de los sujetos para traducir el acceso a la salud en una oportunidad real, instalándose así en un terreno de justicia social, lo que implicaría el reconocimiento del entorno social, político, económico y cultural que los rodea.

Las ideas desarrolladas hasta aquí nos permiten proponer, para efectos pedagógicos, una clasificación de las visiones de la salud mental, diferenciadas según su sustento en: teorías de las ciencias sociales y de la salud, tales como la sociología funcionalista, la psicología crítica, la antropología cultural y la salud colectiva (Hernández-Holguín, 2020; Arias López y Hernández Holguín, 2020); planteamientos de la OMS (1950, 2001); y en conceptos de base filosófica (Lopera Echavarría, 2012; Restrepo-Ochoa, 2013). Reiteramos la validez de cada una de ellas y añadimos a este texto las reflexiones sobre el lugar de la salud mental en el escenario de la salud pública teniendo en cuenta las particularidades del contexto colombiano.

La salud mental en el escenario de la salud pública en Colombia

Según Restrepo-Espinosa (2012), cuando se da la relación entre salud mental y prácticas políticas, surge lo que se conoce como salud mental pública. Esto hace referencia al campo de la salud que trasciende las fronteras de la ciencia para orientar la toma de decisiones políticas con incidencia en las comunidades y los sujetos. Así, los discursos sobre la salud mental son usados para definir la forma de gastar los recursos públicos en poblaciones e individuos específicos predefinidos como

vulnerables, frágiles o en riesgo, y sobre ellos recaerá el ejercicio de poder del Estado biopolítico, es decir, de aquel que gobierna sobre la vida y lo viviente. Desde este punto de vista, la salud pública es un campo epistemológico de frontera entre el saber, el Estado, la economía y el poder (Restrepo-Espinosa, 2012).

Soportada en lo anterior, Restrepo-Espinosa (2012) cuestiona la atención diferencial en salud mental, pues se reconocen vulnerabilidades según el tipo de personas. Por ejemplo, si son víctimas del desplazamiento forzado, van a requerir un trato especial distinto al de otros grupos poblacionales en riesgo psicosocial. Sin embargo, esta característica propia de la gubernamentalidad contemporánea se basa en que dicho discurso de atención diferencial normaliza un sufrimiento y naturaliza la relación entre víctima, pobre y excluido. Siendo así, las víctimas del conflicto se ven obligadas a cumplir con unos requisitos y gracias a estos acceder a sus derechos, los cuales, independiente de su condición de vulnerabilidad deberían ser una garantía para todos. En esta dirección, Arias López (2013) aclara que el sufrimiento no es una enfermedad y atender a quien sufre desde otras categorías y no solo desde el trauma, permite valorar sus recursos propios y redes de soporte, que constituirían también la salud mental.

Sin embargo, los poderes políticos ajustan a sus prácticas reguladoras la versión de la salud mental que más les conviene. Ejemplo de esto, será lo que el movimiento de higiene mental estadounidense incentivará a finales de la Primera Guerra Mundial por mandato del gobierno de turno, para proveer tratamiento psiquiátrico a los soldados que volvían de la guerra con síntomas de estrés postraumático y cuyas bajas representaban un alto costo para el país, además del interés en corregirlos en ciertas conductas para la adaptación al medio social (Lopera Echavarría, 2012). Para el caso de Colombia y el

conflicto armado, esta lógica se despliega de la misma manera por medio de la ley de víctimas (Congreso de la República, Ley 1448, 2011), que exige a las personas su condición exclusiva de víctima, vulnerable y en riesgo, para que pueda ser beneficiada y atendida por el Sistema General de Salud y demás servicios del Estado.

En ambos escenarios la salud mental es para el Estado ausencia de enfermedad, y supedita a la aparición de esta el acceso a la atención. No obstante, las alteraciones de la salud mental no se deben solo al conflicto armado en sí mismo, sino a las circunstancias de inequidad y corrupción motivadas por los mismos gobernantes. Sucede que a las víctimas de estos hechos, casi por expiación, se les otorga en apariencia un trato especial, desconociéndose la complejidad y confluencia de diversos fenómenos. Comprender esto podría contribuir a la reflexión conceptual sobre la salud mental, toda vez que los discursos científicos o filosóficos requieren de una permanente discusión y actualización, pues el uso que de ellos se hace en las prácticas políticas, y en especial en la biopolítica, tiene efectos contraproducentes de exclusión y control social, más que de libertad para las comunidades.

Reconociendo la delicada línea que divide los discursos políticos y científicos sobre salud mental cuando se trata de su aplicabilidad en las vidas reales de los individuos, nos preguntamos cómo sus conceptualizaciones podrían relacionarse con fenómenos cotidianos de la vida característicos del contexto colombiano, por ejemplo, la violencia política y el conflicto armado. En el marco de estas situaciones, Arias López (2013) sostiene que la hegemonía del discurso biomédico para referirse al trauma y al síndrome de estrés postraumático como la única explicación etiológica válida ha obturado la posibilidad de los Estados para incluir en sus enfoques de atención la naturaleza colectiva que tiene

la guerra, sea entre naciones o producto de enfrentamientos internos de los países, como es el caso de Colombia. De ahí que nociones como trauma psicosocial, sugerido por Martín-Baró, y sufrimiento social basado en la antropología permiten una ampliación a la mirada biomédica del trauma. La primera encuentra en el socavamiento de las relaciones sociales el principal efecto de la guerra en la salud mental, entendiéndose así que esta es una dimensión de las interacciones sociales desplegada en la capacidad colectiva de amar y trabajar (Martín-Baró, 1984). Desde la perspectiva antropológica, el sufrimiento, similar a lo descrito por el modelo cultural, tiene en cuenta las influencias de los poderes macrosociales —economía, política— en los niveles microsociales de las relaciones interpersonales —familia, pareja, comunidad— (Arias López, 2013).

Lo anterior, nos lleva de nuevo a las aproximaciones basadas en las teorías individualistas y sociales, y aunque se evidencian como dos polos opuestos, destacamos las posibilidades de complementariedad entre los diversos énfasis. Siendo esto último importante, es más relevante el compromiso ético y político de los investigadores en la permanente autocrítica de sus propias prácticas científicas y marcos comprensivos y explicativos, puesto que ya fue notorio el uso que del conocimiento científico se hace en las instancias decisorias de la política pública. Desafío que comienza a vislumbrarse en los argumentos de las autoras aquí revisadas (Restrepo-Espinosa, 2012; Hernández-Holguín, 2020; Arias López, 2013), quienes ven en el enfoque psicosocial de la salud mental inspirado en las reflexiones de Martín Baró (1984) el más pertinente para Colombia, así todavía no aparezca en los discursos de la política pública en el país.

Y si bien este detalle no aparece en la Ley 1616 (Congreso de la República, 2013), en la Encuesta Nacional de Salud Mental-ENSM

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) realizada en población colombiana se introduce el modelo de espectro-continuum que diferencia varios términos: la *salud mental* como asunto de relaciones, los *problemas en salud mental* referidos a dificultades de la vida cotidiana y el *trastorno mental* según los criterios clínicos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM). De estas tres denominaciones subrayamos la *salud mental* soportada en las categorías subjetiva-relacional y social colectiva. Lamentablemente no se encuentra en este documento un referente teórico que las explique, pero vemos necesaria su articulación con lo ya puntualizado por la OMS (1950) y Martín-Baró, pues lo que se deduce de los resultados de este estudio es el interés por las relaciones sociales en los ámbitos interpersonal e intrapersonal.

Ahora bien, ¿cómo ese énfasis en las relaciones sociales puede materializarse en la realidad de las comunidades en Colombia? Para responder a esto, retomamos dos investigaciones de Beatriz Elena Arias López con poblaciones campesinas del oriente antioqueño, en Colombia (2014, 2016). En su estudio de 2014, ella identificó los actos de resistencia de estos grupos sociales ante los escenarios del conflicto armado prolongado, destacando que han sido respuestas creativas que potenciaron sus capacidades transformadoras. Algunas de las prácticas de resistencia consistían en reunirse y hablar con los jóvenes para que se negaran a ingresar a los grupos ilegales, no usar el color negro o verde en la ropa, llegaban a acuerdos tácitos para responder a lo que la guerrilla esperaba escuchar, se autoimpusieron colectivamente el toque de queda voluntario, y ante situaciones más amenazadoras, recurrían al silencio y a las prácticas religiosas en familia o pequeños grupos.

Otro modo de entender la abstracción propia a las concepciones sociales de la salud

mental se cimienta en elementos concretos tales como la riqueza cultural, las redes de apoyo social, las condiciones de vivienda y alimentación de las personas y sus sistemas simbólicos para entender y afrontar los conflictos sociales del país (Arias, 2016). En este estudio, Arias denuncia que la deuda histórica de una reforma agraria en Colombia ha obligado a los campesinos a construir de manera colectiva nuevos sentidos alrededor de la producción de alimentos, surgiendo así la soberanía campesina alimentaria para generar alternativas económicas que tengan como base los saberes comunitarios sobre las semillas, el uso de la tierra, la distribución, venta y preparación de alimentos. Las capacidades y el rol activo de este grupo social le han posibilitado mantenerse autónomo respecto a los poderes políticos y económicos para tener una vida digna, develando procesos específicos de salud mental en el contexto de las relaciones.

Lo que llama la atención de estos ejemplos es que la salud mental no la tiene un individuo o grupo en el sentido de posesión o de condición interna o externa que la determina; para estos casos, la salud mental aparece como un efecto del cuidado que los campesinos se proponen hacer de manera individual o conjunta por medio de prácticas concretas para minimizar la angustia ante situaciones de violencia social. Cabe añadir que ese efecto permite a la persona o grupo una modificación del entorno para adaptarse y continuar con su cotidianidad sin que precise del calificativo normal, pues ¿qué puede serlo cuando la vida está en permanente riesgo durante un conflicto armado inacabado?

Salud mental y covid-19

En Colombia, desde que en la primera semana de marzo de 2020 se detectara el primer caso de covid-19, se abrió, como en todos los demás países, un debate sobre las decisiones que debían tomarse (Rodríguez Pinzón,

2020). Dichas medidas propiciaron cambios y alteraciones en las dinámicas sociales, políticas y económicas que influyeron en las personas y sus territorios. Por ende, contribuirá a la reflexión conceptual realizar una lectura de lo expuesto hasta aquí en materia de salud mental a la luz de lo que sucede con ocasión de la pandemia. Es importante considerar que los discursos en los que se posiciona el cuidado de la salud física y mental cobran especial relevancia para comprender cómo se direccionan las medidas de atención establecidas por el Gobierno en la problemática sanitaria por la covid-19 (Gómez, 2020).

En primer lugar, se esperaría que este tipo de emergencias fueran afrontadas desde aquello que la Declaración de Alma Ata (Conferencia internacional sobre atención primaria en salud, 1978) definió como atención primaria en salud, la cual consiste en una asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías puestas al alcance de toda la comunidad, con costos accesibles para la misma que formen parte tanto de los sistemas nacionales de salud como del desarrollo socioeconómico de la sociedad en general. Sin embargo, Villarroel (2020) señala que el hospitalo-centrismo y el paternalismo biomédico, ambos términos centrados en la patología y la normalidad o anormalidad orgánica, están arraigados en las organizaciones que velan por la salud de los ciudadanos, en las cuales “la atractiva muerte contable siempre está más cerca de los hospitales que de la atención primaria” (p. 32).

En este sentido, se observa que en Colombia la atención primaria en salud no cumple con la cobertura que debería tener, demostrando que es la prevención terciaria, centrada en el tratamiento y la rehabilitación, la que ha primado (Montenegro Grisales, 2015; Franco, 2012). Esto evidencia una predominancia de la salud mental en su acepción biomédica, a lo que se suman las falencias de un sistema de salud que para

el caso de la prevención del contagio por la covid-19 ha incentivado el autocuidado, sin reconocer la corrupción y desigualdad social que ha caracterizado a los mandatos locales, regionales y nacionales.

Respecto al autocuidado de la salud mental, los documentos publicados en la web por el Ministerio de Salud y Protección Social (2020) y otros autores (Castro Camacho, 2020; Ramírez-Ortiz et al., 2020) promueven acciones principalmente individuales para evitar la ansiedad, el estrés o la depresión, suscitadas o incrementadas a causa de la pandemia: higiene del sueño, autorregulación de emociones, práctica del *mindfulness*, alimentación saludable, ejercicio físico, entre otros. Pero no se encuentran alusiones a la construcción de tejido social o la reconstrucción de redes de apoyo que ayuden a afrontar la situación actual, supuestamente por una primacía del aislamiento y la evitación del contacto físico en las que no tendrían cabida las causas sociales y colectivas basadas en la solidaridad. Se observa entonces un interés político en los discursos biomédicos que priorizan un conjunto de intervenciones individuales centradas en la prevención del contagio por medio de cambios en las rutinas, descuidando las bondades de un énfasis en las relaciones sociales y la ayuda mutua focalizadas en la promoción de capacidades y recursos individuales y colectivos.

Frente a esto nos preguntamos: ¿las sugerencias útiles para practicar hábitos saludables y tener pensamientos positivos son suficientes? y ¿a eso se limita el cuidado de la salud mental? En este sentido, lo que se pone en cuestión no es la promoción de dichas acciones, sino la restricción del cuidado de la salud mental solamente a ellas, omitiendo la desigualdad social, la corrupción, el asesinato de líderes sociales y, en general, el socavamiento de las relaciones sociales, colectivas y comunitarias que también integran la salud mental, según la perspectiva psicosocial pro-

puesta por Martin Baró, el modelo cultural y el de la determinación social.

Esto deja en evidencia que la mayoría de las decisiones políticas, económicas y psicosociales para atender a la población en estos tiempos de pandemia se siguen sopor-tando en modelos tradicionales centrados en el individuo, en la enfermedad o en los cambios de comportamiento, elementos que han sido criticados por su poca relación con los contextos de países latinoamericanos como el nuestro; además de la paradoja de un sistema de salud colombiano sostenido en un enfoque de derechos y al mismo tiempo en una preocupación por la rentabilidad financiera (Hernández Holguín y Sanmartín Rueda, 2018). Ante este panorama, cabe preguntarnos: ¿qué consecuencias trae para las relaciones o tejidos sociales el aislamiento y el distanciamiento social?

Las relaciones sociales involucran, además de un contacto físico, una conexión simbólica y de permanente construcción de significados individuales y colectivos con los espacios que habitamos y con quienes convivimos. Por lo tanto, la coyuntura actual trasciende la pérdida del contacto físico, pues se trata, además de este, de los sentidos que tienen los lazos amorosos, sociales, familiares, filiales y de amistad a los que culturalmente hemos estado acostumbrados y las formas como los establecemos. Sin embargo, el silencio institucional ante las manifestaciones colectivas en tiempos de pandemia ha tenido efectos de discriminación, control social y rechazo a quien no lleva el tapabocas, se haya infectado o haga parte del personal de salud.

Hasta ahora no se ha indagado por los efectos que tendrán en las personas el cierre de múltiples lugares públicos y privados, la regulación de los horarios en los cuales se puede salir para las diligencias y la determinación de las actividades que pueden o no realizarse. Además, poco se ha reflexionado acerca de las razones por las que las perso-

nas no acatan las medidas decretadas en las normas, pese a la cantidad de excepciones (Decreto 593, Ministerio del Interior, 2020). Esta transformación de la cotidianidad, de difícil asimilación en tan corto tiempo, se ha pretendido facilitar por medio de las recomendaciones ya descritas y centradas en prácticas individuales, pero esto no siempre es posible, debido a que muchas de las personas y familias ni siquiera tienen una vivienda en la cual llevarlas a cabo, no tienen ingresos económicos suficientes, no cuentan con los elementos necesarios (computador, energía, internet, agua potable, etc.), la casa que habitan es pequeña, el barrio es peligroso o demasiado ruidoso, son familias numerosas o hay personas alejadas de sus seres queridos y territorio de origen. Descuidar lo mencionado anteriormente incrementa la inequidad social, económica y política que atenta contra la salud mental en sus diferentes matices: el despliegue armónico del ser (Lopera Echavarría, 2012; OMS, 1950), la expansión de la libertad (Sen, citado en Restrepo-Ochoa, 2013), y la autonomía en las decisiones y la capacidad de agencia de las comunidades (Martin-Baró, 1984).

Por su parte, autores como Agamben (2020) y Žižek (2020) manifiestan en el texto *La Sopa de Wuhan* que la pandemia ha dado lugar a una privatización y restricción de la libertad en nombre de la salud y seguridad pública, por las que los gobiernos se valen del miedo y el pánico colectivo para ejercer un control sobre los ciudadanos y sus relaciones, afectando las interacciones más elementales con otras personas y los objetos que nos rodean, incluidos nuestros propios cuerpos. Estos autores proponen que dichas disposiciones traen consigo un deterioro en las relaciones sociales, convirtiéndose todo en un círculo vicioso donde la limitación de la libertad impuesta por los gobiernos es aceptada en nombre de un deseo de seguridad ante una amenaza inducida por estos

mismos, los cuales ahora intervienen para contrarrestarla. Esto es notorio, específicamente, en las decisiones de ayuda económica o activación de servicios públicos a las comunidades que tenían el derecho a ello mucho antes de la pandemia, y a otra clase de medidas arbitrarias que dependen del grupo social al que se quiera beneficiar.

Ejemplo de ello fue el día sin IVA (Impuesto al Valor Agregado), autorizado por el gobierno local y nacional para que el pasado 3 de julio de 2020 los ciudadanos salieran sin ninguna restricción a comprar productos sin IVA. Desde esta fecha ha incrementado el número de casos positivos por coronavirus y, con ello, el miedo y el pánico colectivo, la desconfianza en el encuentro con otros, lo que trajo además, nuevamente, mayores niveles de coerción social, restricción de la libertad, cierre de espacios y lugares, medidas de aislamiento, multas y comparendos; todo en nombre de la seguridad y protección de la ciudadanía. Sin embargo, con esto se deja entrever un conjunto de propuestas ambiguas que ponen en duda el verdadero interés por cuidar a las personas.

Otras muestras de lo expuesto anteriormente pueden ser los recientes casos de corrupción dentro del sistema de salud conocidos como “El cartel de las UCI” (El Tiempo, 2020) en los que varias entidades recibían retribuciones económicas según la cantidad de pacientes internados por covid-19. Además, las irregularidades en la distribución de ayudas y subsidios solidarios que evidenciaron desfalcos en el gasto de los recursos públicos denunciadas por Sáenz (2020) en el periódico *El Espectador*. Estas y otras situaciones dan cuenta de una necesidad por afianzar, desde la academia y otros sectores sociales, las luchas colectivas en contra del actual Gobierno y sus políticas tributarias, en materia de seguridad, empleo, educación y salud, que por ocasión de la pandemia y la bioseguridad

se vieron diezgadas y que habían tenido gran impacto a finales del 2019.

Para finalizar, se considera importante destacar que, a pesar del panorama anterior, durante la emergencia también ha sido posible encontrar prácticas que dan cuenta de una apuesta por la salud mental, similares a las que implementaron los campesinos del oriente antioqueño. Por ejemplo, en la ciudad de Medellín, debido a la poca presencia del Estado en algunas comunidades, varios colectivos y corporaciones barriales tales como Unión Latina, Elemento Ilegal, Casa la Loma, Sueños de Papel, entre otros, de forma autónoma o apoyados por organizaciones no gubernamentales y entidades de mayor nivel, gestionaron ayudas alimentarias, económicas, académicas y psicosociales a personas que lo necesitaban. También algunos barrios se manifestaron por medio de un trapo rojo en las ventanas de las casas, noticia destacada por Ramírez Gil (2020) en el sitio web de la FM, en la que informó que con dichos actos simbolizaban para los hogares más afectados por la pandemia un pedido urgente de ayuda. Esto evidencia cómo las personas adquieren códigos y significados de manera espontánea para promover el tejido social y demuestra la importancia de la dimensión colectiva en la salud mental.

Conclusiones

Tal como lo afirma Zweig (2020) en la cita con la que iniciamos este texto, la salud es un fenómeno naturalmente inherente a lo humano, y de lo humano distintos saberes y conocimientos han ofrecido sus explicaciones, reconociéndose así la diversidad de perspectivas que, identificadas y diferenciadas, facilitan el análisis, la crítica y la reflexión. Presentamos en este artículo una variedad de conceptos teóricos, técnicos y filosóficos sobre la salud mental y unas reflexiones contextualizadas a la salud pública, al contexto

de conflicto armado en Colombia y a la pandemia por la covid-19. Identificamos cinco perspectivas sobre la salud mental, sea para definirla en función de lo que una persona tiene (enfermedad o bienestar) o para dar cuenta de lo que la determina (condiciones sociales, políticas, económicas, culturales y relacionales). Luego reseñamos algunos elementos históricos asociados con la definición técnica propuesta por la OMS después de la Segunda Guerra Mundial, que exigió relaciones complejas entre la academia, la política, la economía y la ideología, siendo relevante que ella en su versión original de 1950, y no la modificada en 2001 y actualmente vigente, tenga una estrecha cercanía con las definiciones que priorizan las relaciones sociales de fuerte connotación filosófica, las cuales además no se alejan de lo promovido por la perspectiva psicosocial, cuyo principal representante, citado en la mayoría de las fuentes, es Martín-Baró.

Si bien hemos enfatizado en que dichos abordajes conceptuales de la salud mental se constituyen en discursos situados histórica y contextualmente, también fue evidente que de estos las personas, las organizaciones o los gobiernos hacen un uso ajustado a sus propios intereses e intencionalidades. Los ejemplos reales de los campesinos que han afrontado por mucho tiempo el conflicto armado y las acciones colectivas de entidades sociales y grupos organizados en los barrios de Medellín ante la emergencia de la covid-19 nos enseñan que la construcción de tejido social potencia la salud mental. La creación de redes de apoyo, sumada a la difusión de mensajes estatales que enfatizan en lo valioso de las relaciones colectivas, propiciarían el entendimiento de la salud mental a partir de diversas perspectivas sociales y complementarían los modelos biomédico-comportamental y del bienestar y las potencialidades; todo esto con impacto en las políticas públicas que la pandemia por la covid-19 ha denunciado

como urgentes y necesarias para la reparación del tejido social históricamente fracturado en nuestro país.

Finalmente, será importante analizar en posteriores investigaciones de qué forma puede transformarse el concepto de salud mental y cómo este se vivencia en Colombia, debido al inevitable cambio en las formas de relacionarse con el otro y con el entorno, lo cual se espera que se dé con el trascurso del tiempo. Así mismo, se plantea la cuestión acerca de cómo puede recuperarse el tejido social teniendo en cuenta el impacto aún vigente de la covid-19. En este sentido, también es relevante comprender el conflicto social del país para pensar de forma más profunda las nuevas desigualdades que ha aumentado la pandemia, lo cual sin dudas tiene y tendrá repercusiones en la concepción de la salud mental y en la salud mental misma de los ciudadanos.

Referencias

- Agamben, G. (2020). La invención de una epidemia. En P. Amadeo (Ed.), *Sopa de Wuhan* (pp. 17-21). ASPO. <http://iips.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2020/03/Sopa-de-Wuhan-ASPO.pdf>.
- Ahumada, C. (2002). *El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana*. El Áncora Editores.
- Arias López, B. E. (2013). Salud mental y violencia política. Atender al enfermo psiquiátrico o reconocer al sujeto de la micropolítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(3), 276-282. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70020-9](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70020-9)
- Arias López, B. E. (2014). La potencia de la noción de resistencia para el campo de la salud mental: Un estudio de caso sobre la vida campesina en el conflicto armado colombiano. *Salud Colectiva*, 10(2), 201-211. <https://doi.org/10.18294/sc.2014.222>
- Arias, B. E. (2016). Saberes locales campesinos sobre el alimento: aportes a la soberanía y la salud mental comunitaria. *Revista de La Universidad Industrial de Santander*, 48(2), 232-239. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016008>
- Arias López, B. E. y Hernández Holguín, D. M. (2020). Salud mental colectiva y cuidados transnacionales. Retos y desafíos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1-12. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepsal/article/view/31370>
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: Su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3149>
- Cartagena, L. C. (2016). Los estudios de la violencia en Colombia antes de la violentología. *Diálogos. Revista Electrónica de Historia*, 17(1), 63-88. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/article/view/18103>
- Castro Camacho, L. (2020). Mejorando la salud mental: más allá del COVID-19. *Colegio Colombiano de Psicólogos*. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Mejorando%20la%20salud%20mental%20m%20C3%A1s%20all%20del%20COVID-19%20Doc.Leonidas%20Castro.pdf>
- Colombia. Congreso de la República. (2011, 10 de junio). Ley 1448. *Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial 48 096.
- Colombia. Congreso de la República. (2013, 21 de enero). Ley 1616. *Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial 48 680.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Tomo I. Minsalud-Colciencias.
- Colombia. Ministerio del Interior (2020, 24 de abril). Decreto 593. *Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia generada por la pandemia del coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público*.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Documentos técnicos Covid-19*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Documentos-tecnicos-covid-19.aspx>

- Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. (1978, 6-12 de septiembre). *Declaración de Alma Ata*. Alma-Ata, URRSS. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- El Tiempo. (2020, 27 de mayo). Revuelo en el Valle del Cauca por presunto ‘cartel de las UCI’. *El Tiempo*. <https://www.eltiempo.com/columbia/california/corruptcion-en-el-valle-del-cauca-con-pacientes-covid-19-500230>
- Franco, A. (2012). Atención primaria en salud (aps). ¿De regreso al pasado? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 83-94. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/7630>
- Guinsberg, E. (2007). “Salud mental” y subjetividad como aspectos sustantivos de la salud colectiva. En E. C. Jarillo Soto. y E. Guinsberg (Eds.), *Temas y desafíos en Salud Colectiva* (pp. 245-272). Lugar Editorial.
- Giraldo Osorio, A. (2018). Instrumentos que valoran las funciones de la atención primaria de salud: perspectiva de los usuarios. *Revista de Salud Pública*, 20(4), 498-504. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n4.60261>
- Granda, E. (2000). La salud pública y las metáforas sobre la vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 83-100. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/994>
- Gómez, M. (2020). ¿De cuál salud mental hablamos en tiempos de Covid-19 y cómo promoverla? En D. P. Carmona Hernández (Coord.), *Polifonía para pensar una pandemia* (pp. 169-181). Fondo Editorial FCSH.
- Guerra, D. E. (2006). El neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 142-146. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/253>
- Hernández-Holguín, D. M. (2020). Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 25(3), 929-942. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.01322018>
- Hernández Holguín, D. M. y Sanmartín Rueda, C. F. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 43-56. <https://dx.doi.org/10.11144/javeriana.rgps17-35.psmc>
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology, Quarterly*, 61(2), 121-140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
- Lopera Echavarría, J. D. (2012). Salud mental y sabiduría práctica. Un intento de integración y aproximación conceptual. *Tesis Psicológica*, (7), 60-75. <http://hdl.handle.net/10495/5816>
- Martín-Baró, I. (1984). Guerra y Salud Mental. *Estudios Centroamericanos*, 429/430, 503-514. <http://www.papelesdel psicologo.es/resumen?pii=585>
- Mendoza Bermúdez, C. (2009). Sociología y salud mental: una reseña de su asociación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 555-573. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615422012.pdf>
- Miranda Hiriart, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1438570>
- Montenegro Grisales, D. (2015). Los niveles de prevención a la luz del ámbito colombiano. *Revista Electrónica Psyconex*, 6(9), 1-9. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/22436>
- Moreno-Viafara, F. (2010). El desarrollo del Estado liberal en Colombia. *Papel Político*, 15(1), 135-163. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0122-44092010000100006&script=sci_abstract&tlng=pt
- Muñoz, C. O., Restrepo, D. y Cardona D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*,

- 39(3), 166-173. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28310>
- Obando Silva, L. M., Viscaya Puentes, Y. C. y Fernández Cediell, M. C. (2016). Conflicto armado, problemática de poderes que ha vulnerado a la sociedad colombiana. *Revista Katharsis*, 21, 385-417. <https://doi.org/10.25057/25005731.774>
- Organización Mundial de la Salud (1950). Informe del Comité de Expertos en Higiene Mental. *Serie de Informes Técnicos*, N.º. 31. OMS, Ginebra. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38043>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental*. OMS (Hoja informativa, N.º 220).
- Ramírez Gil, J. (2020, 9 de abril). El SOS con trapos rojos de familias pobres en Medellín. *LaFM*. <https://www.lafm.com.co/colombia/el-sos-con-trapos-rojos-de-familias-pobres-en-medellin>
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F. y Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia Covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 48(4). <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Restrepo, D. y Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/10764>
- Restrepo-Espinosa, M. H. (2012). Biopolítica: elementos para un análisis crítico sobre la salud mental pública en la Colombia contemporánea. *Revista Gerencia Política Salud*, 11(23), 39-55. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp11-23.bepa>
- Restrepo-Ochoa, D. A. (2013). La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública. *Cadernos de saúde pública*, 29(12), 2371-2382. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00069913>
- Rico-Velasco, J. (1997). Neoliberalismo, salud pública y atención primaria. *Colombia Médica*, 28(1), 27-33. <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/44>
- Rodríguez Pinzón, E. (2020). Colombia: Impacto económico, social y político de la COVID-19. *Análisis Carolina*, (24), 1-14. https://doi.org/10.33960/AC_24.2020
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Sáenz, J. (2020, 19 de abril). Corrupción, la pandemia en el COVID-19 que se busca frenar a tiempo. *El Espectador*. <https://www.elespectador.com/coronavirus/corrupcion-la-pandemia-en-el-covid-19-que-se-busca-frenar-tiempo-articulo-915484/>.
- Spink, M. J. y Medrado, B. (2013). Produção de Sentido no Cotidiano. En M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 22-41). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, P., Teixeira Ribeiro, M. A., Peixoto Conejo, S. y De Souza, E. (2014). Documentos de domínio público e a produção de informações. En M. J. Spink, J. I. Machado Bibragão, V. L. Vitoriano do Nascimento, M. P. Cordeiro (Org.), *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (pp. 207-228). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Uribe-Tirado, A., Yarce De los Ríos, A., De la Torre Urrea, A. E., Monterroza-Ríos, Á., Quintero-Posada, Á. Lissett Pérez, A., González-Agudelo, E. A., Saldarriaga-Ruiz, G. J., Vélez-Cuartas, G., Quintero-Pérez, G. I., Gutiérrez Avendaño, J., Sarrazin, J. P., Orrego-Arismendi, J. C., Jaén-Posada, J. S., Escobar-Gómez, L., Gallón, L., Galeano-Marín, M. E., Duque Roldán, M. I., Zuluaga-Callejas, M. I., Gómez, M., Ruiz-Osorio, M. A., Botero-Jaramillo, N., Vain, P. D., Orozco-Arcila, S., Díaz Facio Lince, V. E. y Osorio-Sánchez, Y. L. (2020). *Polifonía para pensar una pandemia*. Fondo Editorial FCSH de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia.

- Vázquez-Sixto, F. (1996). El análisis de contenido temático. *Objetivos y medios en la investigación psicosocial*. (Documento de trabajo) (pp. 47-70). Universitat Autònoma de Barcelona.
- Villarroel, S. (2020). Hilos virales y líneas epidémicas. Tecno-políticas del COVID-19 en salud pública. *Cuadernos Médico Sociales, Especial Pandemia*, 60(1), 31-36. <https://cms.colegiomedico.cl/especial-pandemia-no1-2020/>
- Žižek, S. (2020). El coronavirus es un golpe al capitalismo a lo Kill Bill. En P. Amadeo, *Sopa de Wuhan* (pp. 21-29). ASPO. <http://iips.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2020/03/Sopa-de-Wuhan-ASPO.pdf>.
- Zweig, S. (2020). *La curación por el espíritu*. (J. Fontcuberta, Trad.). El Acanalado (original publicado en 1931).