

SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE GUERRA:

Una Reflexión sobre la Relación Conflicto Armado – Salud Mental
en el Pueblo Indígena Emberá en Situación de Desplazamiento Forzado,
Bogotá 2012 – 2014.

Luisa Fernanda Ruiz Eslava
Código 598366

Directora
Zulma Consuelo Urrego Mendoza Ph.D



Programa Interfacultades
Doctorado en Salud Pública

Bogotá D.C., Abril de 2015

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	6
LISTA DE GRÁFICOS	7
LISTA DE MAPAS	9
LISTA DE IMÁGENES	9
LISTA DE TABLAS	9
LISTA DE MATRICES	10
LISTA DE SÍMBOLOS	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1. Identificación y Ubicación del Proyecto de Investigación	14
2. Problema de Investigación	17
2.1 Pueblos Indígenas: su Situación Actual y las Repercusiones del Conflicto Armado	18
2.2 Situación de la Población Indígena Desplazada en Bogotá	25
2.3 Población Indígena Emberá: Katío y Chamí en Situación de Desplazamiento	26
2.4 Salud Mental	30
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS	32
JUSTIFICACIÓN	34
Población Emberá: Historia y Cosmovisión	36
La población Emberá Geográficamente	37
Cosmovisión Emberá	40
CAPITULO I. PROPÓSITO Y OBJETIVOS	42
I.1 Propósito	42
I.2 Objetivo General	42
I.3 Objetivos Específicos	42

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	44
II.1 Significados sobre Salud y Salud Mental	44
II.1.1 Significados de Salud Mental de Pueblos Indígenas – Hallazgos Internacionales	44
II.1.2 Significados de Salud y Salud Mental de Pueblos Indígenas en Colombia	47
II.1.3 Significados de Salud y Salud Mental en los Pueblos Emberá	50
II.1.4 Salud Mental desde un Abordaje de la Medicina Social	51
II.1.4.1 La Relación Salud – Enfermedad desde la Medicina Social un Aporta para la Salud Mental	52
II.1.4.2 Determinación Social y Salud	54
II.1.4.3 Inequidad, Salud Mental y Población Indígena	55
II.2 Violencia y Salud	59
II.2.1 El Desplazamiento como una Manifestación de la Violencia en Colombia. Aspectos Generales	61
II.2.2 Antecedentes en la Relación Conflicto Armado y Salud Mental	64
II.2.3 Algunas Repercusiones del Conflicto Armado en la Salud Mental de los Pueblos Indígenas	71
CAPITULO III. MARCO EPISTEMOLÓGICO	74
III.1 El Retorno del Sujeto Social Complejo	75
III.2 La Hermenéutica Interpretativa y la Narrativa como Elementos Fundamentales para Comprender la Existencia Humana y el Sentido de la Realidad	76
III.3 Pensamiento Colonial: La Colonialidad de la Clasificación Social y el Giro Decolonial	79
CAPITULO IV. METODOLOGÍA	82
IV. 1 Diseño y Tipo de Estudio	82
IV. 2 Mecanismos e Instrumentos de Recolección	84
IV. 2.1 Encuestas	85

IV. 2.2 Entrevistas en Profundidad	87
IV. 2.3 Grupos Focales	87
IV. 2.4 Observación Participante	88
IV. 3 Población, Muestra y Categorías de Análisis	89
IV.3.1 Población y Muestra de la Exploración Preliminar	89
IV.3.2 Población y Muestra de la Encuesta	92
IV.3.3 Población y Muestra de la Entrevista en Profundidad	94
IV.3.4 Población y Muestra de los Grupos Focales	96
IV.3.5 Población y Muestra de Observación Participante	97
IV. 4 Estrategias para el Análisis de la Información	98
CAPITULO V. RIGOR DE LA INVESTIGACIÓN	104
CAPITULO VI. ASPECTOS ÉTICOS	106
CAPITULO VII. RESULTADOS	110
VI.1 Caracterización de población indígena Emberá	111
VI.1.1 Población participante en la Encuesta	
Significados de Salud Mental	111
VI.1.2 Población participante en la Entrevista en Profundidad	118
VI.2 Significados de la Salud Mental en Pueblos Indígenas de Acuerdo a sus Propias Percepciones o Significados	119
VI.2.1 Categorías Emergentes desde la Encuesta de Pregunta Abierta: Significados de Salud Mental	119
VI.3 Narrativas del pueblo indígena Emberá alrededor de algunos aspectos de la salud mental occidental, tales como pautas de crianza y problemáticas en salud mental como: alcoholismo, violencia intrafamiliar y suicidio, y su relación percibida con el conflicto armado	154
VI.4 Aspectos que se pueden tener en cuenta para la planeación futura de intervenciones culturalmente apropiadas	167

CAPITULO VIII. DISCUSIÓN	174
VIII. 1 El Sentirse Bien y el Buen Vivir como un Estado Fundamental de Vida	175
VIII.1.1 Condiciones de Vida y Necesidades Humanas Básicas como Elementos de Pobreza e inequidad Social en la Población Indígena Emberá	178
VIII.1.2 La Familia y el Territorio como Componente Fundamental en la Vida de la Población	179
VIII. 2 Conflicto Armado, Desplazamiento y Vida en Bogotá como Determinantes de Violencia, Vulneración y Malestar en la Vida de la Población Emberá	181
VIII. 2. 1 Transformación de Tradiciones Culturales un Riesgo en la Ciudad	182
VIII. 2. 2 La Paradoja Revela la Complejidad de la Realidad de la Población	183
VIII. 2. 3 La Violencia Intrafamiliar, el Consumo de Sustancias y el Suicidio como Eventos Relacionados con las Condiciones Sociales/vida	184
VIII. 3 Intervenciones Culturalmente Apropriadas	184
VIII. 4 La Salud Pública en el Marco de las Poblaciones Indígenas	185
CAPITULO IX. CONCLUSIONES	189
CAPITULO X. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	194
ANEXOS	196
REFERENCIAS	214

RESUMEN

La violencia contra los pueblos indígenas en Colombia ha sido histórica; sus historias de vida han tenido que ser contadas desde el infortunio del dolor, del miedo, de la rabia, de la incertidumbre, del desplazamiento, de la pérdida, de la desaparición, de la muerte. Las poblaciones crecen con la percepción de que el conflicto armado hace parte de la vida misma, no es ajeno, está inmerso en su cotidianidad y es ineludible. Los pueblos indígenas, vistos desde su particularidad, como en su colectividad, se desarrollan y ponen en juego sus realidades en contextos sociales, con características específicas, que determinan la salud mental y la calidad de vida. Es vital investigar cómo el conflicto armado afecta la salud mental y las condiciones de vida de los pueblos indígenas en situación de desplazamiento, partiendo de la comprensión de que el sujeto indígena desplazado se desarrolla en espacios y contextos generadores de malestar, malestar por el capitalismo y el consumismo excesivo, por su relación con la guerra que desmiembra familias enteras, por la pobreza y la imposibilidad de tener lo mínimo para vivir, donde el poder es utilizado para obligar y doblegar.

El proyecto de investigación se desarrolla desde una perspectiva de salud mental que debe verse, entenderse, como parte de la vida colectiva de los sujetos indígenas y no como evento externo de la historia de ese sujeto. La salud mental es un elemento de la vida, es una construcción social (cambiante).

En este sentido, la pregunta de investigación apunta a ¿Cuál es la relación existente entre el conflicto armado y la salud mental en pueblos indígenas Emberá en situación de desplazamiento forzado, cuáles son las narrativas que confluyen en dicha relación, cómo estas son entendidas, y de esta forma cuáles son las acciones más pertinentes para su intervención?

Así, la investigación se desarrolla desde un método cualitativo empleando técnicas mixtas, basado en el pensamiento complejo, tomando elementos de la medicina social, de las posturas sistémicas – constructivistas, del pensamiento crítico, y de la fundamentación hermenéutica interpretativa, nutrida con elementos de la epistemología decolonial.

Resultados, 1) si quisiéramos encontrar una categoría propia de la población Emberá para hablar de lo que desde occidente denominamos salud mental esa sería Sentirse Bien en una conexión íntima con el Buen Vivir, se continúa pensando en un estado interno de bienestar que implica armonía y equilibrio con el contexto social. El nodo construido de estas dos categorías implican el todo. De esta manera, Sentirse Bien y el Buen Vivir son elementos cruciales en la vida de la población indígena, es una construcción social, donde está inmersa la familia, el colectivo, la cultura, el territorio y los acontecimientos diarios e históricos; 2) el conflicto armado es un mecanismo que fuerza a la población indígena Emberá a desplazarse a escenarios desconocidos y violentos los cuales afectan en conjunto el Sentirse Bien y el Buen Vivir, además de sus condiciones y calidad de vida y; 3) en la actualidad la población indígena Emberá no se siente bien y no vive bien, en la actualidad la población es víctima de dos tipos de violencia: la causada por la guerra y la vivida en la ciudad, ambas rodeadas por la pobreza.

Conclusiones, en la actualidad no existen intervenciones en “salud mental” culturalmente apropiadas y coherentes a las necesidades de la población indígena Emberá que puedan propiciar cambios estructurales positivos y significativos en el sujeto y su comunidad. Ahora bien, si se quiere proteger, promover, restaurar la "salud mental" de los sujetos Emberá en situación de desplazamiento, lo pertinente y necesario, es garantizar organización propia, acceso al territorio y al ejercicio del poder allí, para que puedan trabajar y vivir en comunidad, satisfaciendo a su modo las necesidades básicas. El Estado es el mayor ausente y es quien debe contribuir al desarrollo de intervenciones culturalmente apropiadas.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfica No. 1. Reporte de Desplazamiento por Pueblo Indígena 2012	27
Gráfica No. 2. Ruta por Fases	84
Gráfica No. 3. Mapa Ramificado Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados sobre la Categoría de Salud Mental en Pueblos Indígenas Emberá	120
Gráfica No. 4. Marca de Nube Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados sobre la Categoría de Salud Mental en Pueblos Indígenas Emberá	121
Gráfica No. 5. Mapa Ramificado Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor del Estado de Bienestar en Pueblos Indígenas Emberá	122
Gráfica No. 6. Marca de Nube Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor del Estado de Bienestar en Pueblos Indígenas Emberá	124
Gráfica No. 7. Mapa Ramificado Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor de los Paga Diarios en Pueblos Indígenas Emberá	125
Gráfica No. 8. Marca de Nube Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor de los Paga Diarios en Pueblos Indígenas Emberá	127
Gráfica No. 9. Mapa Ramificado Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor de los movimientos políticos y sociales propios, el conflicto armado y su situación de desplazamiento en Pueblos Indígenas Emberá	128
Gráfica No. 10. Marca de Nube Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor de los movimientos políticos y sociales propios, el conflicto armado y su situación de desplazamiento en Pueblos Indígenas Emberá	129
Gráfica No. 11. Mapa Ramificado Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor de la Organización Política, Social y Comunitaria en Pueblos Indígenas Emberá	131
Gráfica No. 12. Marca de Nube Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor de la Organización Política, Social y Comunitaria en Pueblos Indígenas Emberá	132
Gráfica No. 13. Mapa Ramificado Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor del Rol de la Mujer Emberá y su Relación con la Ciudad	134

- Gráfica No. 14.** Marca de Nube Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor del Rol de la Mujer Emberá, su forma de Trabajo y su relación con la Ciudad **135**
- Gráfica No. 15.** Mapa Ramificado Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor de los Alojamientos en Pueblos Indígenas Emberá **137**
- Gráfica No. 16.** Marca de Nube Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor de los Alojamientos en Pueblos Indígenas Emberá **138**
- Gráfica No. 17.** Mapa Ramificado Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados sobre los actores armados y su relación con el conflicto armado en Pueblos Indígenas Emberá **139**
- Gráfica No. 18.** Marca de Nube Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados sobre los actores armados y su relación con el conflicto armado en Pueblos Indígenas Emberá **141**
- Gráfica No. 19.** Marca Ramificada General, Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría de Salud Mental en Pueblos Indígenas Emberá **142**
- Gráfica No. 20.** Marca de Nube General, Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría de Salud Mental en Pueblos Indígenas Emberá **143**
- Gráfico No. 21.** Modelo Explicativo que da cuenta de las Categorías Ordenadoras y Relaciones Existentes alrededor de los Significados en Salud Mental en Pueblos Indígenas Emberá **144**
- Gráfica No. 22.** Mapa Ramificado y Marca de Nube sobre las Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría de Pautas de Crianza en Pueblos Indígenas Emberá **155**
- Gráfico No. 23.** Modelo Explicativo que da cuenta de las Categorías Ordenadoras y Relaciones Existentes alrededor de las Pautas de Crianza en Pueblos Indígenas Emberá **158**
- Gráfica No. 24.** Mapa Ramificado sobre las Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría Tiempos de Guerra en Pueblos Indígenas Emberá **162**

Gráfica No. 25. Marca de Nube sobre las Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría Tiempos de Guerra en Pueblos Indígenas Emberá	162
Grafico No. 26. Modelo Explicativo que da cuenta de las Categorías Ordenadoras y Relaciones Existentes alrededor de la Relación Conflicto Armado – Salud Mental en Pueblos Indígenas	166
Gráfica No. 27. Mapa Ramificado y Marca de Nube sobre las Narrativas alrededor de las Propuestas de Intervención Culturalmente Apropriadas en Pueblos Indígenas Emberá	168

LISTA DE MAPAS

Mapa No. 1. Departamentos Expulsores y Receptores del Pueblo Emberá Katío y Chamí	28
Mapa No. 2. Distribución de la Población Indígena Emberá (E) por Departamentos	38
Mapa No. 3. Departamentos y Municipios de Mayor Concentración del Pueblo Emberá Katío	39
Mapa No. 4. Departamentos y Municipios de Mayor Concentración del Pueblo Emberá Chamí	40

LISTA DE IMÁGENES

Imagen No. 1. Percepción y Representación Gráfica del Mundo Emberá. 1987	51
Imagen No. 2. Encuesta – Preguntas Abiertas	86
Imagen No. 3. Encuesta de Preguntas Abiertas – Fotografías	86

LISTA DE TABLAS

Tabla No. 1. Distribución de Población Emberá Chamí en el alojamiento de la Secretaria Distrital de Integración Social según Edad y Sexo	
---	--

Bogotá D.C – Año 2013	94
Tabla No. 2. Distribución de Población Emberá Katío en el alojamiento de la Secretaria Distrital de Integración Social según Edad y Sexo Bogotá, D.C – Año 2013	95
Tabla No. 3. Distribución de Población Emberá Chamí y Katia Intervenida por la Encuesta: Significados de Salud Mental según Sexo y Edad Bogotá, D.C – Año 2012 – 2014	111
Tabla No. 4. Distribución de Departamentos Expulsores de Población Emberá Chamí y Katia según Sexo y Lugar de Origen	112
Tabla No. 5. Distribución del Tiempo en Situación de Desplazamiento de Población Emberá Chamí y Katia según Sexo	113
Tabla No. 6. Distribución del Tiempo de Vida en Bogotá de Población Emberá Chamí y Katia según Sexo	114
Tabla No. 7. Distribución de Escolaridad de Población Emberá Chamí y Katio según Sexo y Edad	115
Tabla No. 8. Distribución de Estado Civil de Población Emberá Chamí y Katio según Sexo y Edad	117
Tabla No. 9. Distribución de Características Poblacionales de la Población Emberá Chamí y Katio según Sexo y Etapa de Ciclo	119

LISTA DE MATRICES

Matriz No. 1. Condiciones de Protección y Amenazas en los Tres Ámbitos de la Relación Ser Humano: Territorio, Naturaleza y Comunidad como Determinantes de Afectación del Estado de Salud de la Población Indígena	24
Matriz No. 2. Población Emberá Residente en Bogotá	29
Matriz No. 3. Entrevista en Profundidad – Preguntas Orientadoras	87
Matriz No. 4. Grupo Focal – Preguntas Orientadoras	88
Matriz No. 5. Observación Participante – Diario de Campo	89
Matriz No. 6. Definición de Categorías de Análisis – Exploración Preliminar	91
Matriz No. 7. Tamaño de Muestra	92

Matriz No. 8. Definición de Categorías de Análisis – Encuesta Tópico Características Sociodemográficas y Tópico de Preguntas Abiertas	93
Matriz No. 9. División Estructural por Grupo, Sexo y Edad	95
Matriz No. 10. Definición de Categorías de Análisis – Entrevista en Profundidad	96
Matriz No. 11. Población y Muestra de los Grupos Focales	96
Matriz No. 12. Definición de Categorías de Análisis – Grupos Focales	97
Matriz No. 13. Definición de Categorías de Análisis – Observación Participante	98
Matriz No. 14. Análisis Narrativo de Narrativa Fase No. 1, 2, 3 y 4. Exploración Preliminar, Encuesta, Entrevistas en Profundidad y Grupo Focal	99
Matriz No. 15. Contraste entre Dos Tipos de Análisis de Datos Narrativos	99
Matriz No. 16. Resumen Proceso Metodológico	103
Matriz No. 17. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría de Salud Mental en Pueblos Indígenas Emberá	121
Matriz No. 18. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados Alrededor del Estado de Bienestar en Pueblos Indígenas Emberá	123
Matriz No. 19. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados Alrededor de los Paga Diarios en Pueblos Indígenas Emberá	126
Matriz No. 20. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados Alrededor de los movimientos políticos y sociales propios, el conflicto armado y su situación de desplazamiento en Pueblos Indígenas Emberá	129
Matriz No. 21. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados alrededor de la Organización Política, Social y Comunitaria en Pueblos Indígenas Emberá	131
Matriz No. 22. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados alrededor del Rol de la Mujer Emberá y su Relación con la Ciudad	134
Matriz No. 23. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados alrededor de los Alojamientos en Pueblos Indígenas Emberá	137
Matriz No. 24. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre los actores armados y su relación con el conflicto armado en Pueblos Indígenas Emberá	140

Matriz No. 25. Categorías Ordenadoras para el Análisis Narrativo Relacionado con el Significado en Salud Mental en Pueblos Indígenas Emberá – Entrevistas en Profundidad	145
Matriz No. 26. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados alrededor de la Categoría Emocionalidad en Pueblos Indígenas Emberá según Entrevistas de Profundidad	146
Matriz No. 27. Matriz de Necesidades y Satisfactores de Manfred Max-Neef. 1993	148
Matriz No. 28. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados alrededor de Estado de Bienestar y Vida en Pueblos Indígenas Emberá según Entrevistas de Profundidad	149
Matriz No. 29. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados alrededor de Experiencia de Vida en Bogotá en Pueblos Indígenas Emberá según Entrevistas de Profundidad	152
Matriz No. 30. Categorías Ordenadoras para el Análisis Narrativo Relacionado con Aspectos de la Salud Mental Occidental, tales como Pautas de Crianza y Problemáticas en Salud Mental como: Alcoholismo, Violencia Intrafamiliar y Suicidio en Pueblos Indígenas Emberá – Entrevistas En Profundidad	154
Matriz No. 31. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría de Pautas de Crianza en Pueblos Indígenas Emberá	156
Matriz No. 32. Categorías Ordenadoras para el Análisis Narrativo Relacionado con Tiempos de Guerra en Pueblos Indígenas Emberá	163
Matriz No. 33. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría Tiempos de Guerra en Pueblos Indígenas Emberá	164
Matriz No. 34. Categorías Ordenadoras para el Análisis Narrativo Relacionado con Propuestas de Intervención Culturalmente Apropriadas en Pueblos Indígenas Emberá	167
Matriz No. 35. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados alrededor de las Propuestas de Intervención Culturalmente Apropriadas en Pueblos Indígenas Emberá	170

LISTA DE SÍMBOLOS

CICR. Conforme al Derecho Internacional Humanitario el Comité Internacional de la Cruz Roja.

CODHES. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento.

DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

DIH. Derecho Internacional Humanitario.

ESE. Empresas Sociales del Estado.

ICBF. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

ND. No Disponible.

OIT. Organización Internacional del Trabajo.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

ONIC. Organización Nacional Indígena de Colombia.

RUPD. Registro Único de Población Desplazada.

SISPI. Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural.

TEPT. Trastorno por Estrés Postraumático.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Identificación y Ubicación del Proyecto de Investigación

El proyecto de investigación, busco realizar un acercamiento a la relación conflicto armado – salud mental, tomando como marco de comprensión el punto de vista del pueblo Emberá, el sujeto como protagonista de la vida relacional – colectiva, el pensamiento complejo; tomando elementos de la medicina social, de las posturas sistémicas –construccionistas, del pensamiento crítico, y de la fundamentación hermenéutica interpretativa, nutrida con elementos de la epistemología decolonial.

En Latinoamérica, **la medicina social** y la salud colectiva en Brasil^{a1} han venido avanzando en la comprensión de salud, llegando a proponer un cambio de paradigma que esté abierto a las dinámicas sociales y que no se rijan por el biologicismo clásico causal y la salud puramente asistencialista. De esta forma, la medicina social propone nuevas comprensiones frente a los fenómenos sociales, frente a la relación salud-enfermedad y frente a la relación sujeto-objeto; alejándose de posturas tradicionales, como las expuestas por las políticas del Estado, la salud pública en general y las corrientes epidemiológicas en particular.

Para la **población indígena** el concepto de salud hace referencia a la integralidad de la vida, donde la cosmovisión de cada pueblo, la armonía y el equilibrio son fundamentales. Al hablar de equilibrio se habla del bienestar físico, emocional, espiritual dando relevancia a la relación consigo mismo, la familia, la comunidad y la naturaleza. De esta manera la salud se da en relación con los otros significativos, pero también en la relación con el territorio – tierra y su cuidado, con el ambiente, la colectividad, la producción y alimentación. Para la **población Emberá**, específicamente, la salud es

^a El nombre de Medicina social ha sido adoptado en la mayoría de los países latinoamericanos. “Sin embargo, es oportuno aclarar que en Brasil la corriente ha adoptado el nombre de salud colectiva porque el movimiento sanitario surgido en ese país consideró importante destacar que sus análisis del conjunto de las prácticas y organizaciones de salud, incluida la práctica médica, abandonan la enfermedad y su tratamiento, y el acto médico, como eje central del proceso salud/enfermedad/atención. Asimismo, consideraron que había que resaltar la noción de que es un proceso construido colectivamente, tanto en la forma que adquiere en cada sociedad y momento histórico como en las posibilidades de transformarlo”. Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., Merhy, E. Medicina Social Latinoamericana: Aportes y Desafíos. Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 12(2), Pág. 128. 2002.

vista como el resultado del equilibrio entre el individuo y el medio que lo rodea, así la salud se da como un proceso que involucra el bienestar colectivo donde las condiciones de vida, la cultura y la equidad son vitales.

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

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

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

Por tanto, al hablar de **salud mental en tiempos de guerra** me refiero a una realidad social actual que se vislumbra entre periodos, secuencias y contextos específicos, de la vida cotidiana de los sujetos y sus comunidades, donde el conflicto armado converge como un mecanismo de dolor y destrucción que busca principalmente el dominio del Ser, determinando de manera radical la realidad individual y social de una persona o una colectividad y su desarrollo en la vida.

El **conflicto armado** será comprendido como una forma de violencia política, entendida está como “aquella ejercida como medio de lucha política social con el fin de mantener,

modificar, substituir o destruir un modelo de Estado o de sociedad, o también, para destruir o reprimir a un grupo humano por su afinidad social, política, gremial, racial, ideológico o cultural, esté o no organizado. Esta violencia se expresa entonces, en una sociedad como la colombiana, a través de violaciones de los derechos humanos, infracciones graves al derecho internacional humanitario, acciones bélicas y violencia política – social”².

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

De esta manera, el proyecto de investigación, tiene como objetivo general comprender la naturaleza de la relación conflicto armado – salud mental en el pueblo indígena Emberá en situación de desplazamiento forzado en la ciudad de Bogotá; desde una postura compleja que no se casa con un enfoque de manera radical, sino que toma

^b “...la cibernética social debiera ser una cibernética de segundo orden – una cibernética de la cibernética – [es la cibernética de los sistemas observantes] de modo tal que el observador que entre en el sistema puede estipular su propio propósito: él es autónomo... Los pilares conceptuales esenciales para una teoría del observador [son]: cálculo de las recursiones infinitas, el otro es un cálculo de la autorreferencia. Con ayuda de estos cálculos somos ahora capaces de introducir rigurosamente un marco conceptual que se ocupa del observador y no sólo del observado”. Foerster, Heinz Von. Cibernético de la Cibernético. En: Las Semillas de las Cibernéticas Obras Escogidas. Editorial Gedisa. 1996 Segunda Edición. Pág. 92.

elementos de la medicina social, de las posturas sistémicas – construccionistas, del planteamiento hermenéutico el cual se ubica en la situación histórico-cultural en que se desarrolla el sujeto, del pensamiento crítico y la epistemología decolonial.

2. Problema de Investigación

Colombia durante siglos ha vivido todo tipo de violencia relacionada con el conflicto armado, conflicto que ha estado presente en los diversos campos donde los sujetos desarrollan sus vidas, en los hogares, en los colegios, en la ciudad, entre otros escenarios. Muchas de las historias de vida de los pueblos indígenas han tenido que ser contadas desde el infortunio del dolor, del miedo, de la rabia, de la incertidumbre, del desplazamiento, de la pérdida, de la desaparición, de la muerte. Las poblaciones crecen y se desarrollan con la percepción de que el conflicto armado hace parte de la vida misma, no es ajeno, está inmerso en su cotidianidad y es ineludible. La violencia política contra los pueblos indígenas en Colombia ha sido histórica; las acciones del Estado para disminuirla o acabarla han sido insuficientes.

Conforme al Derecho Internacional Humanitario el Comité Internacional de la Cruz Roja – CICR ha definido el Conflicto Armado No Internacional como “enfrentamientos armados prolongados que ocurren entre fuerzas armadas gubernamentales y las fuerzas de uno o más grupos armados, o entre estos grupos, que surgen en el territorio de un Estado [Parte en los Convenios de Ginebra]. El enfrentamiento armado debe alcanzar un nivel mínimo de intensidad y las partes que participan en el conflicto deben poseer una organización mínima”⁴

El conflicto armado en Colombia ha tenido diferentes periodos, caracterizados estos por la presencia de diversos actores. Estos se han diferenciado por la forma y el uso de la violencia y el terror. Desde 1964 hasta 1984, la violencia era focalizada, no había masacres, el desplazamiento no era un fenómeno masivo, los agentes se pueden reducir a los grupos guerrilleros y a las fuerzas Armadas. Desde la mitad de los 80s aparecen los grupos de autodefensa, los grupos del narcotráfico y la disputa por el

territorio se hace más violenta, por lo tanto los actos de terror aparecen y se generalizan. Desde los años 90s con la consolidación de los paramilitares, se da un proceso masivo del uso del terror para controlar el territorio, la población y los delitos. Las violaciones a los derechos humanos, las masacres y los actos de terror aumentan; las consecuencias son múltiples, se reflejan en la calidad de vida, en la salud y el bienestar de cada uno de los sujetos y sus comunidades^c.

2.1 Pueblos Indígenas: su Situación Actual y las Repercusiones del Conflicto

Armado

En la actualidad los pueblos indígenas son definidos de acuerdo al Convenio 169⁵ de la Organización Internacional del Trabajo – OIT y ratificado por Colombia en la Ley 21 del 4 de Marzo de 1991. De esta forma, “indígena se refiere a los pueblos^d que total o parcialmente conservan sus idiomas, instituciones y formas de vida diferentes a la sociedad dominante y que ocuparon el área antes que otros grupos poblacionales llegaran”.

En el Convenio se define a los pueblos indígenas como comunidades que: a) descenden de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales; b) conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas, de acuerdo con sus sistemas legales; c) se consideran distintos de otros sectores de la sociedad que ahora prevalecen en esos territorios o en parte de ellos; d) constituyen ahora sectores no dominantes de la sociedad; e) tengan la determinación de preservar, desarrollar y transmitir a futuras generaciones sus territorios ancestrales y su identidad étnica.

^c Ruiz Edgar Antonio & Ruiz Luisa Fernanda. Fragmento construido en un espacio de discusión relacionado con el conflicto armado en Colombia y las consecuencias de este en la calidad de vida, la salud y el bienestar de los sujetos. Bogotá 2010. Ruiz Edgar: Economista de la Universidad Nacional de Colombia, con especialización en Gobierno y Políticas Públicas de la Universidad de Los Andes.

^d El término “pueblos” reconoce a una colectividad con cultura, identidad, creencias y organización propias, así como una especial relación con la tierra. Organización Internacional del Trabajo – OIT. Ibíd. 5. Convenio No. 169. Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes.

Por su parte, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas anota en su artículo primero: “Los pueblos y los individuos indígenas son libres e iguales a todos los demás pueblos y personas y tienen derecho a no ser objeto de ningún tipo de discriminación en el ejercicio de sus derechos, en particular la fundada en su origen o identidad indígenas”. En el artículo 9 adopta “Los pueblos y los individuos indígenas tienen derecho a pertenecer a una comunidad o nación indígena, de conformidad con las tradiciones y costumbres de la comunidad o nación de que se trate [...]”, y reitera en el artículo 33.1 el derecho de los pueblos indígenas a determinar “su propia identidad o pertenencia conforme a sus costumbres y tradiciones”^{6 7}.

Con la Constitución Política de Colombia de 1991, a los territorios indígenas se les confirió un rango de institución política – administrativa lo cual permite “governarse por autoridades propias, establecer tributos, participar de las rentas de la nación, administrar sus propios recursos y prestar los servicios públicos propios de los entes territoriales, como los referidos a la salud, la educación, el saneamiento básico y la infraestructura comunitaria”⁸.

Para los pueblos indígenas de Colombia la Ley de Origen, del Derecho Mayor y del Derecho Propio, contextualizan y enmarcan la cosmovisión de los Pueblos Indígenas y su estado actual, de esta manera:

La ley de Origen es comprendida como “la ciencia tradicional de la sabiduría y del conocimiento ancestral indígena para el manejo de todo lo material y lo espiritual. Su cumplimiento garantiza el equilibrio y la armonía de la naturaleza, el orden y la permanencia de la vida, del universo y de los [...] mismos [...] Pueblos Indígenas como guardianes de la naturaleza”⁹.

Por su parte, el Derecho Mayor se asume “como el cuerpo de derechos [que acompañan a los pueblos indígenas] como miembros de las comunidades y pueblos originarios de las tierras americanas, que tiene plena validez jurídica y que presenta

primacía sobre los demás derechos consagrados constitucionalmente". De esta forma, el derecho mayor es un *"derecho histórico, cultural^e y colectivo, nace de la tierra^f que les ha pertenecido antes que a nadie; se constituye en fundamento político de sus reivindicaciones y luchas, como instrumento para legitimar su ejercicio de Gobierno propio con Autonomía^g, herramienta para la construcción de futuro y mandato de protección para la realización y el ejercicio de sus derechos especiales, humanos, culturales, constitucionales y legales^h".*

Finalmente, *"dicho en términos occidentales, el Derecho Propio no sería otra cosa que el "Derecho de los pueblos". En este caso el derecho de [...] seguir viviendo y formando parte de la historia". Así "el Derecho Propio está constituido por: Las formas de existencia y resistencia de cada pueblo y por las manifestaciones culturales y de relación con la naturaleza y con el [...] entorno que constituyen un elemento fundamental en la cosmovisión propia [...]". "Teniendo relación con: la Autonomía, lo Cultural, lo territorial, el resurgimiento de lo propio, el fortalecimiento y defensa territorial, lo colectivo, las cosmovisiones, y lo integralⁱ".*

En esta perspectiva la Organización Nacional Indígena de Colombia – ONIC en su texto Derechos de los Pueblos Indígenas y Sistemas de Jurisdicción Propia se acerca a una definición puntual de indígena tomado del informe Cobo^j. Así se define lo que se entiende por "indígenas" en los siguientes términos:

^e Cultura comprendida como el principio *"para el fortalecimiento, rescate y persistencia de la identidad como pueblos indígenas"*. *"La identidad cultural de los hombres y mujeres indígenas y de sus pueblos se enlaza con su historia, sus conocimientos y sus costumbres, y con la forma en que se relacionan con la naturaleza"*, de esta manera *"la identidad cultural es el derecho de los Pueblos Indígenas a reafirmar y reproducir las instituciones y formas de organización, valores y prácticas propias de la cultura y ejercer el control sobre el cambio cultural"*. *Ibíd.* 9. Junio de 2007. En: *¿Qué es ONIC?* y Pág. 35. Organización Nacional Indígena de Colombia – ONIC.

^f Compreendida como principio y *"elemento esencial para la vida y desarrollo de los pueblos indígenas"*. *Ibíd.* 9. Junio de 2007. En: *¿Qué es ONIC?* .Organización Nacional Indígena de Colombia – ONIC.

^g Principio para la aplicabilidad de los principios de *unidad* (definida como mecanismo de fortalecimiento organizativo para la defensa de los Territorios y Pueblos Indígenas) y *tierra* como ejercicio de autoridad y poder. *Ibíd.* 9. Junio de 2007. En: *¿Qué es ONIC?* .Organización Nacional Indígena de Colombia – ONIC.

^h *Ibíd.* 9. Junio de 2007. Pág. 16 .Organización Nacional Indígena de Colombia – ONIC.

ⁱ *Ibíd.* 9. Junio de 2007. Pág. 17 .Organización Nacional Indígena de Colombia – ONIC.

^j "Estudio del problema de la discriminación contra las poblaciones indígenas" realizado por José R. Martínez Cobo (Ecuador), presentado entre 1981 y 1984 (documento ONU E/CN.4/Sub.2/1986/7, de 1986) en el que se proponen medidas nacionales e internacionales para eliminar dicha discriminación.

“Son comunidades, pueblos y naciones indígenas los que teniendo una continuidad histórica con las sociedades precoloniales anteriores a las invasiones que se desarrollaron en sus territorios, se consideran distintos de otros sectores de las sociedades que ahora prevalecen en esos territorios o en parte de ellos. Constituyen ahora sectores no dominantes de la sociedad y tienen la determinación de preservar, desarrollar y transmitir a futuras generaciones sus territorios ancestrales y su identidad étnica, como base de su existencia continuada como pueblo y de acuerdo con sus propios patrones culturales, sus instituciones sociales y sus sistemas legales”^k.

De acuerdo al Auto 004 de 2009 de la Corte Constitucional el cual tiene como referencia, la protección de los derechos fundamentales de las personas y los pueblos indígenas desplazados por el conflicto armado, señala:

“Algunos pueblos indígenas de Colombia están en peligro de ser exterminados – cultural o físicamente- por el conflicto armado interno, y han sido víctimas de gravísimas violaciones de sus derechos fundamentales individuales y colectivos y del Derecho Internacional Humanitario”¹⁰.

De la misma forma, el Informe del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los pueblos indígenas, James Anaya, reconoce como los esfuerzos del gobierno Colombiano, en términos de leyes, programas y políticas, no permiten la protección y satisfacción de los derechos humanos de los pueblos indígenas en el país¹¹.

Los pueblos indígenas vivencian situaciones de alto riesgo relacionadas con el conflicto armado interno de Colombia, sus consecuencias, principalmente el desplazamiento, donde los derechos de los pueblos indígenas siguen siendo amenazados y vulnerados, poniendo en riesgo la consolidación étnica y cultural de los individuos y colectivos. Según al Auto 004:

^k *Ibíd.* 9. Junio de 2007. Pág. 35 .Organización Nacional Indígena de Colombia – ONIC. Tomado de Mackay, Fergus. Los Derechos de los Pueblos Indígenas en el Sistema Internacional. APRODEH. Lima. 1999. Pág. 69.

- a. La causa principal del desplazamiento de los indígenas es el conflicto armado, reorientado por actividades relacionadas con el narcotráfico, lo que se convierte en el principal riesgo para la existencia misma de docenas de comunidades y pueblos indígenas.
- b. El conflicto armado está conformado principalmente por la participación de paramilitares, grupos guerrilleros, grupos delincuenciales y miembros de la fuerza pública que se han introducido en territorios ancestrales por medio de la fuerza (ocupación de lugares sagrados, instalación de bases militares, instalación de minas antipersonales), sin involucrar activamente a las comunidades indígenas, pero afectándolas directamente.
- c. Procesos bélicos que involucran activamente a los pueblos y comunidades indígenas y a sus miembros individuales en el conflicto armado por medio de: 1) señalamientos (se señala a la población individual y colectivamente, de manera arbitraria e infundada de ser colaboradores de grupos armados ilegales o de las Fuerzas Públicas); 2) asesinatos de líderes, autoridades o miembros importantes de las comunidades indígenas; 3) amenazas, hostigamiento, persecuciones y/o confinamientos de individuos, familias y comunidades enteras; 4) control sobre la movilidad de personas, alimentos, medicamentos, combustibles, bienes y servicios básicos y ayuda humanitaria de emergencia; 5) control de comportamiento y pautas culturales; 6) reclutamiento forzado de menores; 7) apropiación y hurto de bienes de subsistencia (cultivos, animales, insumos básicos); 8) prostitución forzada, violencia sexual y enamoramiento de mujeres y jóvenes indígenas como táctica bélica; 9) homicidio, amenaza y hostigamiento de maestros, promotores de salud y defensores de los derechos de los indígenas por los actores armados irregulares; y 10) ocupación temporal de escuelas, viviendas.
- d. Procesos territoriales y socioeconómicos conexos al conflicto armado interno que afectan los territorios tradicionales y las culturas indígenas: despojo territorial con intereses económicos sobre la tierra; desarrollo de actividades lícitas o ilícitas en territorios indígenas; fumigaciones de cultivos ilícitos.
- e. Procesos socioeconómicos que, sin tener relación directa con el conflicto armado, resultan exacerbados o intensificados por causa de la guerra: la pobreza;

inseguridad alimentaria; condiciones de salud deterioradas; debilitamiento étnico y social.

- f. La tierra como factor común subyacente a la afectación de los pueblos indígenas por el conflicto: la titulación formal de tierras y la constitución de resguardos en la práctica no garantizan la posesión material por las comunidades; de hecho sus territorios, sean o no parte de resguardos, son apropiados por grupos armados ilegales, delincuentes/narcotraficantes, colonos, y agentes movidos por intereses económicos.
- g. Impacto diferencial del conflicto armado sobre los grupos indígenas, reflejado principalmente en los alarmantes patrones de desplazamiento forzado.
- h. En la actualidad se reconocen más de 30 etnias como en estado de alto riesgo de exterminio cultural o físico por causa del conflicto armado y del desplazamiento forzado.

Las consecuencias del desplazamiento forzado de pueblos indígenas, tanto individual como masivo^l, traen consigo secuelas destructivas sobre el tejido étnico y cultural de estos grupos sumergiéndolos en un estado total de desubicación que conlleva a la inserción abrupta a entornos urbanos y de miseria a los que son completamente ajenos y los cuales están marcados por rupturas de pautas culturales, situación de hambre, problemas de salud, entre otros. Es importante resaltar y de acuerdo a las costumbres y modos de vida de la población indígena, está presenta dificultades para afrontar la vida urbana, sometiéndose a condiciones de miseria y desprotección, siendo más vulnerables a peligros como la violencia sexual, el comercio ilícito, la mendicidad y la explotación^m.

Según el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI para *“determinar el estado de salud de los pueblos este debe ser acorde con los conceptos propios como cosmogonía y planteamientos respecto la armonía. Por otro lado, es necesario*

^l El desplazamiento de los pueblos indígenas, tanto individual como masivo “...surte impactos destructivos tanto sobre los derechos individuales de las personas pertenecientes a las etnias afectadas, como sobre los derechos colectivos de cada etnia a la autonomía, la identidad y el territorio”. *Ibíd.* 7. Corte Constitucional. Auto 004 de 2009. Protección de los Derechos Fundamentales de las Personas y los Pueblos Indígenas Desplazados por el Conflicto Armado. 2009. Pág. 12.

^m *Ibíd.* 10. Corte Constitucional. Auto 004 de 2009. Pág. 11 – 13.

identificar las condiciones de protección y amenazas que hay actualmente en tres ámbitos de relacionamiento [...] [con el fin] de establecer las situaciones y circunstancias relacionadas con las enfermedades propias y externas”¹². A continuación se exponen los ámbitos en mención dando cuenta de las condiciones de protección y amenaza.

Matriz No. 1. Condiciones de Protección y Amenazas en los Tres Ámbitos de la Relación Ser Humano: Territorio, Naturaleza y Comunidad como Determinantes de Afectación del Estado de Salud de la Población Indígena.

Ámbitos	Condiciones de Protección	Condiciones de Amenaza
Relación Ser Humano - Territorio	<ul style="list-style-type: none"> • Patrones culturales colectivos de propiedad y prácticas integrales en salud de relación con el territorio. • Protección, conservación y recuperación del territorio ancestral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tierras insuficiente en los pueblos, resguardos y por familia; presencia de actores armados en los territorios indígenas. • Normas y leyes existentes si llevados a cabo los debidos procesos con los pueblos que afectan los principios cosmogónicos y colectivos. • Leyes de despojo territorial.
Relación Ser Humano - Naturaleza	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de soberanía alimentaria. • Espacios y condiciones para la protección de la medicina tradicional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vulneración a los principios relacionados con la reciprocidad y la redistribución. • Modelo de explotación irracional de la tierra y el entorno natural con fines extractivos. • Implementación de políticas de infraestructura, saneamiento básico y ambiental en los territorios indígenas.
Relación Ser Humano – Autoridades Propias y Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Prácticas espirituales permanentes para la armonía y el equilibrio. • Lengua, educación y salud propia. • Marco jurídico propio • Planes de vida • Cultura alimentaria propia 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos de salud inapropiada, educación y tierras. • Desplazamiento forzado interno y externo. • Discriminación, segregación racial y racismo. • Adopción de prácticas familiares externas. • Criminalización, señalamiento y estigmatización de las formas de pervivencia indígena.

Fuente: Subcomisión Nacional de Salud Propia e Intercultural de la Mesa Permanente de Concertación (SNSPI-MPC/DTO: 1397/96). Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI: propuesta propia de salud y la apuesta colectiva de los pueblos indígenas.

Los pueblos indígenas en situación de desplazamiento han atravesado por diversas formas de maltrato; individuos, familias y comunidades enteras han sido víctimas de crímenes atroces que han vulnerado su existencia y realidad. Los sentimientos de

miedo, dolor y pérdida se perpetúan en nuevas historias acompañadas de desesperanza y escepticismo por lo que vendrá. Las condiciones del día a día, atravesadas por el hambre, la mendicidad, el desconocimiento, la incertidumbre, la escasez, oprimen a comunidades enteras que se resguardan en la supervivencia del hoy. Muchos de los pueblos indígenas se encuentran agredidos, vulnerados y huérfanos frente a un Estado que no responde.

2.2 Situación de la Población Indígena Desplazada en Bogotá

De acuerdo a las cifras reportadas por el Registro Único de Población Desplazada (RUPD), de la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, los pueblos indígenas son la segunda minoría étnica con el mayor número de desplazados forzados por la violencia en Colombia, con 78.247 personas. De esta manera, el informe señala el ascenso de población indígena desplazada durante los últimos años. Para el 2008 se registraron 12.050 personas, siendo el año con mayor número de población. Los principales departamentos de salida fueron Putumayo (9.403 personas), Cauca (9.136) y Nariño (7.275). En relación al lugar de llegada, se registra, Nariño (8.766 personas), seguido de Bogotá (6.896 personas) y Putumayo (6.613)¹³.

Por su parte CODHES durante el 2009 registra 33 eventos de desplazamiento masivo que afectaron 2.991 indígenas pertenecientes a 9 pueblos: Emberá, Zenu, Awa, Eperara-Siapidaara, Wayuu, Embero Katio, Nasa y Betoyes. Los departamentos más afectados por éxodos fueron Choco, Nariño, Arauca, Antioquia, Córdoba, Cauca, Cesar, La Guajira y Risaralda¹⁴.

Según datos del Censo de Población realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE en el 2005, la población indígena en Bogotá asciende a 15.032 personas. De acuerdo a cifras reportadas por Acción Social¹⁵, la población indígena en situación de desplazamiento que se registra en Bogotá es de 6.946 personas, es decir el 46% de la población total, las cuales están distribuidas principalmente en las localidades de Santa Fe (656 personas), Bosa (634 personas),

Ciudad Bolívar (619 personas), Suba (445 personas) y Kennedy (400 personas). Es importante resaltar que el 33% de la población total no determina (ND – No Disponible) localidad receptora (2284 personas). En relación con las cifras históricas (1997 – 2010) de expulsión y recepción, Bogotá ha recibido el mayor número de población en situación desplazamiento y es la ciudad con menor expulsión, esto en comparación a otras ciudades del país.

A pesar de que Acción Social entrega una cifra aproximada del número de indígenas desplazados en Bogotá, es una realidad que la cifra no corresponde al total de la población, ya que en el momento del registro no se tiene en cuenta la etnia y el resguardo al que pertenecen, lo que desencadena un profundo desconocimiento de la problemática.

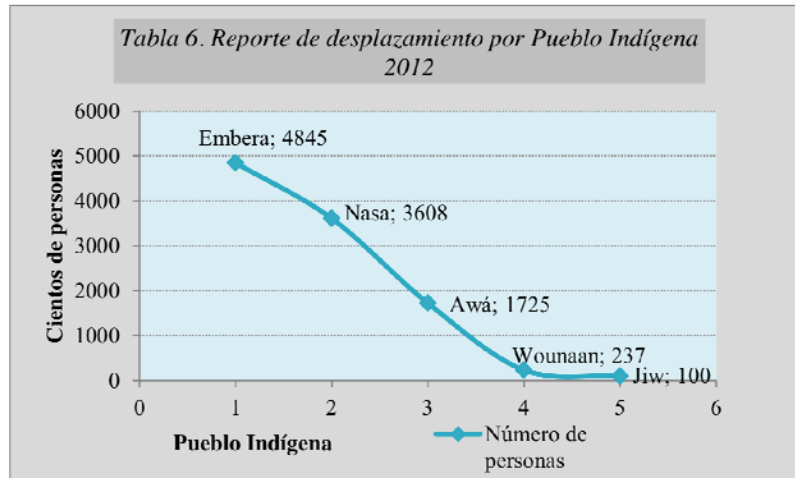
2.3 Población Indígena Emberá: Katío y Chamí en Situación de Desplazamiento

Como causante del desplazamiento en la población Emberá, el territorio se inscribe en un escenario en el que diversos actores armados confluyen y asumen la confrontación por el dominio del territorio y el control político de la población, determinando así, el modo en que la comunidad viva en lo cultural, en lo político y en lo económico. Las razones más frecuentes para la disputa del territorio son: a) El ascenso territorial del pueblo indígena y la confrontación por el control del territorio y el acceso a los recursos naturales, b) La restricción de los derechos de los pueblos indígenas como política estatal, c) La integración de la región en la economía ilícita y; d) La minería y las políticas de desarrollo¹⁶.

Según la Organización Nacional Indígena de Colombia – ONIC y la Consejería de Derechos de los Pueblos Indígenas, Humanos, DIH y Paz hasta septiembre de 2012 se registraron 33 eventos de desplazamiento masivo y multifamiliar de pueblos indígenas en todo el territorio nacional como consecuencia de combates entre la fuerza pública y grupos armados insurgentes, acciones violentas por parte de grupos paramilitares, bombardeos, entre otros. Los pueblos indígenas afectados de manera desproporcionada en lo corrido del año por el desplazamiento forzado fueron: Emberá

(4.845 de estos 3.469 del Choco y 1.189 de Risaralda); Nasa (3.608 en el departamento del cauca); Awá (1.725 del departamento de Nariño); Wounaan (237) y Jiw (100)¹⁷.

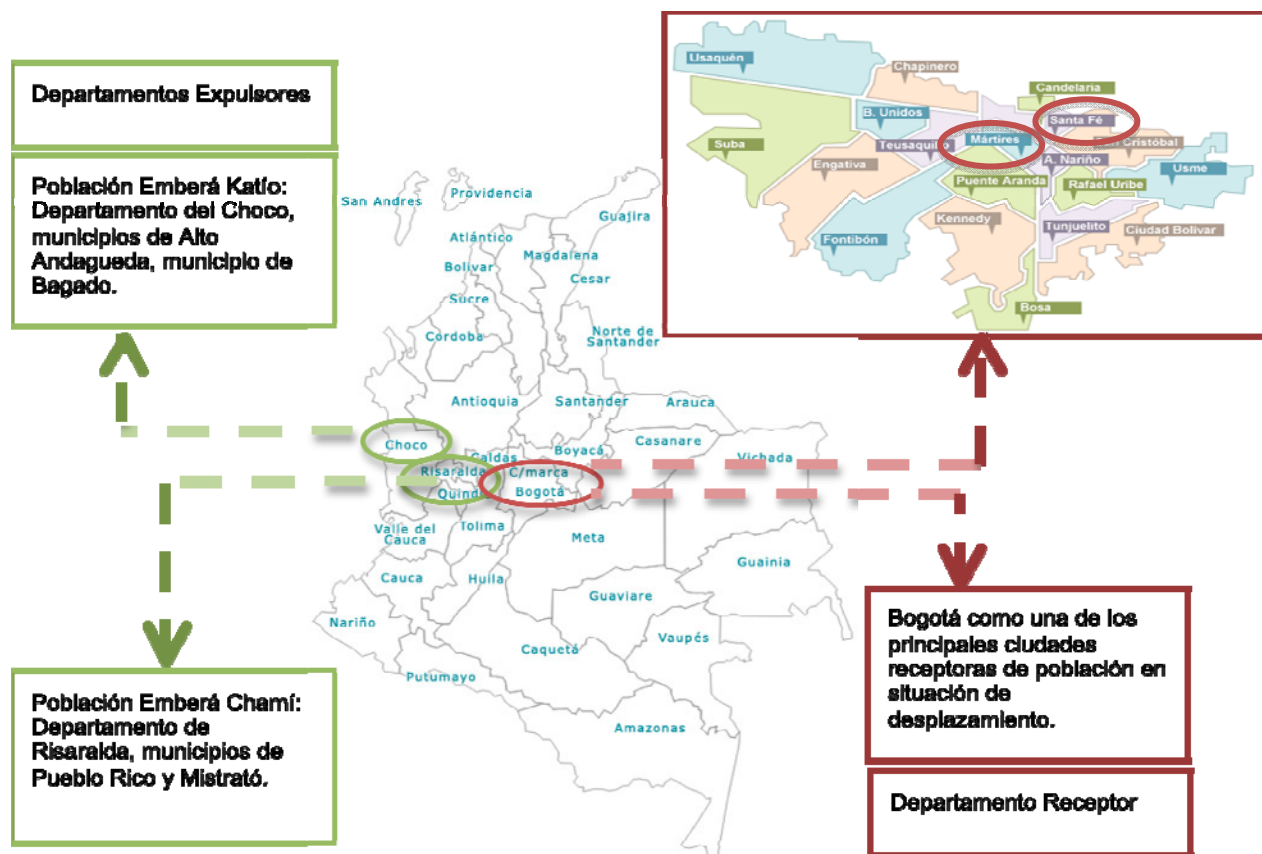
Gráfica No. 1. Reporte de Desplazamiento por Pueblo Indígena 2012.



Fuente: (Septiembre 2012) Sistema de Información de la Consejería de Pueblos Indígenas, Derechos Humanos y Paz.

Para los Emberá Katío la mayoría de los desplazamientos se han concentrado en los municipios de Alto Andaguada, municipio de Bagado, Chocó. Por su parte, los Emberá Chamí proceden del resguardo Gito Docabu en los municipios de Pueblo Rico y Mistrató, departamento de Risaralda. Como ciudad receptora Bogotá está identificada como una de las principales ciudades que recibe a población en situación de desplazamiento. Se estima que la población Emberá en Bogotá asciende a poco más de 400 indígenas ubicados en el sector de San Bernardo (UPZ Cruces) localidad de Santafé, y el sector de La Favorita (UPZ Sabana) localidad de Mártires. Ver Mapa No. 1.

Mapa No. 1. Departamentos Expulsores y Receptores del Pueblo Emberá Katío y Chamí.



“En Bogotá, según el censo realizado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF en el año 2011 la población indígena (... oscilaba) entre las 146 familias y 868 personas. En la actualidad esta población ha cambiado por el retorno de un grupo de familias Emberá Chamí, apoyado por la Unidad de Víctimas en diciembre de 2012. Sin embargo, es importante señalar que los censos son cambiantes, que existe una alta movilidad y que actualmente en Bogotá, luego del retorno de diciembre de 2012, han quedado un grupo de familias katíos y otro grupo de Chamí que esperan ser reubicados”ⁿ.Ver Matriz No. 2.

ⁿ Ibid. 27. Ministerio del Interior & Asociación de Cabildos Indígenas Embera, Wounan, Katío, Chamí y Tule del Departamento del Chocó – Orewa. El Desplazamiento y la Integración de la Población a los Espacios Urbanos: la Mendicidad. En: Plan Salvaguarda Pueblo Emberá. Documento Unificado Planes Regionales. Junio 2013. Pág. 49.

Matriz No. 2. Población Emberá Residente en Bogotá

Denominación	Barrio /Localidad	Familias	Hombres	Mujeres	Total
Emberá Chamí	San Bernardo y la Favorita	86	234	278	512
Emberá katio	Los Mártires y Santafé	62	175	181	356
Total		146	409	459	868

Fuente ICBF 2011. Censo de Población Emberá en el Distrito Capital

En términos de condiciones^{o 18} y calidad de vida^{p 19}, los pueblos indígenas en situación de desplazamiento en Bogotá, vivencian una lucha cultural y desorientación a la llegada y permanencia en la ciudad, donde el idioma, los sistemas de creencias y las formas de vida se contraponen a las habituales dinámicas de la vida cotidiana. La mayoría de la población vive en condiciones de extrema pobreza, hacinamiento y en numerosas ocasiones mendicidad; esto en un contexto de desatención estructural de los derechos de la población por parte del Estado, afectando directamente el acceso a salud, educación, vivienda y seguridad, entre otros.

Los pueblos indígenas vivencian situaciones de alta vulnerabilidad, caracterizada por, discriminación por parte de los habitantes de Bogotá, pobreza extrema, peligro de sufrir violencia y explotación sexual e intimidación. Para los indígenas las acciones de recuperación, en términos de trabajo, son difíciles; a pesar de su conocimiento, a razón de su cultura, de sus usos y costumbres, en la ciudad se les exige nivel de escolaridad

^o “Las condiciones de vida pueden verse como un conjunto de factores determinantes que interactúan para proteger o deteriorar el desarrollo humano y social; asimismo reflejan la capacidad de la sociedad de resolver satisfactoriamente el conjunto de necesidades humanas. Vistas ampliamente, las condiciones de vida tienen dos grandes dimensiones: la pobreza —abstracción de orden económico y político— y la desigualdad social, que es consecuencia de la diferenciación social e involucra conceptos estructurales como equidad y ciudadanía”. Organización Panamericana de la Salud, OPS – Organización Mundial de la Salud, OMS. Entornos Saludables en Función de las Condiciones de Vida. En: Gente Sana en Entornos Saludables. 1997. Pág. 9.

^p “La noción de calidad de vida se asocia con lo que se valora socialmente como bueno o deseable, y también con lo que hace movilizar energías, recursos y esfuerzos para que sea efectivamente alcanzado en un punto del futuro. Es un concepto integrador de las necesidades humanas que rompe con las concepciones fragmentadas y parciales de la realidad social y desarrolla un enfoque continuo de la vida y de sus determinaciones sociales en todas sus etapas, procesos y contextos. Propone igualmente formas de construcción de respuestas colectivas que trascienden las políticas centradas en la prestación de servicios y articula las políticas económicas y sociales alrededor de objetivos y metas públicas dirigidas a impactar en la transformación de las condiciones de vida de la gente. La estrategia de promoción de calidad de vida es el esfuerzo colectivo que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales...”. D’ Elia, Yolanda, De Negri Armando, Huggins Magally, Vega Mauricio y Bazó Manuel. Agencia de Cooperación Técnica Alemana – Ministerio de Salud y Desarrollo Social Venezuela. Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. La Construcción de Políticas por la Calidad de Vida desde una Perspectiva de Derecho y Equidad. 2002. Pág. 2.

completo, experiencia en el área de trabajo y para los hombres libreta militar, lo que los lleva a ser descalificados. Con relación a las redes de apoyo, las cuales fueron fuertes antes del desplazamiento, la población manifiesta que los lazos étnicos se encuentran muy afectados por la desconfianza²⁰.

2.4 Salud Mental

Durante siglos y hasta nuestros tiempos se ha relacionado la salud mental con enfermedad, lo que ha llevado a fortalecer imaginarios sobre la locura y a sufrir un estancamiento en el desarrollo de comprensiones que permitan realizar una mirada compleja y dinámica sobre la salud mental.

En la actualidad las comprensiones e intervenciones propuestas por las políticas de Estado en materia de salud mental no han vislumbrado las diferencias étnicas y situacionales, lo que conlleva a una atención inequitativa y excluyente para los pueblos indígenas^{9 21}, caracterizadas por restricción de acceso, oportunidad y calidad en los servicios, quebrantando muchas veces aspectos culturales y sociales particulares de la población, lo que sumado al hecho de ser víctimas del conflicto armado, se convierte en una manera más de violencia.

Con el fin de apuntar a intervenciones culturalmente apropiadas en salud mental y coherentes con la realidad de la población indígena, es necesario indagar y reconocer cuáles son los significados existentes de los pueblos indígenas frente a la salud mental.

Los pueblos indígenas tienen ideas sofisticadas de la salud y el bienestar, conceptos que están más cerca que la mayoría de puntos de vista occidental a la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud. Salud para muchos pueblos

⁹ Las desigualdades en salud de los pueblos indígenas están relacionadas con la colonización, la globalización, la migración, la pérdida de la lengua y la cultura, y la desconexión de la tierra. King Malcolm, Smith Alexandra, Gracey Michael. Indigenous Health Part 2: The Underlying causes of the Health Gap. The Lancet, Vol 374, July 4, 2009. Page 76.

*indígenas no es simplemente ausencia de enfermedad, sino también un estado espiritual, colectivo, de equilibrio y bienestar*²².

Es vital investigar cómo el conflicto armado afecta la salud mental y las condiciones de vida de los pueblos indígenas en situación de desplazamiento, partiendo de la comprensión de que el sujeto indígena desplazado se desarrolla en espacios y contextos generadores de malestar, malestar por el capitalismo y el consumismo excesivo, por su relación con la guerra que desmiembra familias enteras, por la pobreza y la imposibilidad de tener lo mínimo para vivir, donde el poder es utilizado para obligar y doblegar.

La violencia política y social es una realidad para muchas comunidades indígenas en América Latina, con repercusiones de muerte en algunos países o exilio y conllevando a dificultades en salud mental²³. Los pueblos indígenas, vistos desde su particularidad, como en su colectividad, se desarrollan y ponen en juego sus realidades en “campos”²⁴, con características específicas, que determinan la salud mental y la calidad de vida.

Es necesario reconocer la realidad social, cultural, política y económica de los pueblos indígenas en situación de desplazamiento y cómo estas realidades en la actualidad los están afectando, es urgente identificar las consecuencias negativas que ha traído la guerra y cómo cada una de sus siniestras manifestaciones están afectando la vida de esta colectividad.

^r “Pensar en términos de campo es pensar *relacionalmente*. El modo relacional (en lugar del más estrechamente “estructuralista”) de pensar [...] Un campo puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (*situs*) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación. Homología, etcétera)”. Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loic (2005 [1992]). El propósito de la sociología reflexiva. En Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loic (Eds). Una invitación a la sociología reflexiva. Siglo XXI Editores: Argentina. Pág. 149 -150.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS

1. Preguntas de Investigación

Pregunta de Investigación General:

- ¿Cuál es la relación existente entre conflicto armado y salud mental en el pueblo indígena Emberá en situación de desplazamiento forzado?

Preguntas de Investigación Específicas:

- ¿Cuáles son las narrativas que confluyen en la relación existente entre conflicto armado y salud mental y cómo estas son entendidas por el pueblo indígena Emberá?
- ¿Cuáles son las acciones más pertinentes para la intervención en salud mental del pueblo indígena Emberá?

2. Hipótesis

El conflicto armado fuerza a la población indígena Emberá a desplazarse a escenarios desconocidos y violentos, distintos al conflicto armado, los cuales afectan en conjunto su salud mental, además de sus condiciones y calidad de vida. De allí surgen narrativas específicas que dan cuenta de las realidades vividas por la población las cuales han tenido que ser relatadas desde el infortunio del dolor, del miedo, de la rabia, de la incertidumbre, del desplazamiento, de la pérdida, de la desaparición, de la muerte. Las intervenciones en salud mental implementadas para el abordaje a la comunidad indígena se han centrado en los eventos en salud mental, comprendidos desde occidente (consumo de sustancias psicoactivas, violencias y conducta suicida, principalmente) y, no han realizado un acercamiento a la comprensión de salud mental desde la población; por ende, no existen intervenciones en salud mental culturalmente apropiadas que puedan propiciar cambios positivos y significativos.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad las políticas, planes y programas, traducidos en oferta de servicios en salud mental para los pueblos indígenas en situación de desplazamiento, están trazadas por la mirada hegemónica occidental de salud mental vista como ausencia de la enfermedad mental, de la práctica unidireccional de intervención y de políticas donde la realidad del sujeto indígena y sus colectividades se excluye y se pierde dentro de la norma, afectando directamente la calidad de vida de la población.

Las construcciones en salud mental de las poblaciones indígenas son fundamentalmente diferentes de las formas no-indígenas que se estructuran en los países desarrollados, de esta forma, la atención a pueblos indígenas desde una perspectiva occidental es comprendida, en algunos casos, como una forma de perpetuar la opresión, desconociendo características situacionales e identitarias de las poblaciones. La identidad es un requisito previo necesario para la salud mental, los altos niveles de estrés emocional, depresión, ansiedad, abuso de sustancias, y el suicidio en poblaciones indígenas están estrechamente relacionadas con cuestiones de la identidad individual y la autoestima⁵.

El proyecto de investigación propone una comprensión en salud mental la cual se aleja del signo esencialista impuesto por el diagnóstico, de posturas lineales para la intervención; y se acerca a la diversidad inherente y llena de matices de las realidades y significados construidos por las colectividades indígenas, realidades complejas, históricas, culturales y políticas.

“La salud mental constituye una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos, más que un estado individual... La salud mental no reside tanto en el funcionamiento abstracto de un organismo individual cuanto en el carácter de las relaciones sociales donde se asientan, construyen y desarrollan las vidas de cada persona”²⁵.

⁵ *Ibíd.* 21. *The Lancet*, Vol. 374, July 4, 2009. Page. 79.

Es una realidad, que las condiciones sociales en Colombia son precarias para muchos. Algunos autores señalan como las actuales condiciones de vida (el capitalismo, la globalización, la guerra, entre otros) han causado el deterioro en la construcción de vida del sujeto.

Estudios psicopatológicos sobre salud mental sugieren que las personas que viven un estilo de vida moderno – sociedades contemporáneas pagan un precio psicológico en términos de ansiedad y estrés. Estos síntomas surgen del mundo capitalista contemporáneo [caracterizados por diversidad de conflictos individuales y colectivos, donde las ansias de poder llevan al desconocimiento del otro], donde impera el nerviosismo y permanentes crisis de identidad. Se identifica el mundo actual como individualista, narcisista (del individuo en relación consigo mismo y con el mundo). De esta manera, se señala la nueva era como factor desencadenante de enfermedades mentales a través del desenraizamiento, discontinuidad cultural generada por el mundo globalizado y siempre competitivo que nos hace desear lo que no tenemos²⁶.

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

Sullivan[†], concibe el trastorno mental como un proceso interactivo, como punto de partida de la investigación cultural, donde se requiere que el trastorno mental se comprenda en el ámbito de la vida social cotidiana y no en el escáner cerebral o la clínica²⁷.

En la actualidad se reconoce como la vida cotidiana y los escenarios en los que se desenvuelven los sujetos, marcan la salud mental, la construcción del ser, de las relaciones, de la capacidad de actuar, narrar e interactuar con el otro, con lo social.

[†] Citado por Jenkins, Janis Hunter. Schizophrenia as a Paradigm Case for Understanding Fundamental Human Processes. En: Hunter y Barret (Eds). Schizophrenia, Culture and Subjectivity. Cambridge University Press, Cambridge. 2004. Pág. 47.

Muchos de los sujetos, hoy, se encuentran incompletos, alienados, la construcción socio-histórica está marcada por la carencia, falta de oportunidades, de comida, de vivienda, de estudio, de familias, de afectos. Estas condiciones marcan la vida misma.

De esta forma, el proyecto de investigación se desarrolla desde una perspectiva de salud mental que debe verse, entenderse y ser intervenida, como parte de la vida colectiva de los sujetos indígenas y no como evento externo de la historia de ese sujeto. La salud mental es un elemento de la vida, es una construcción social (cambiante), donde estamos inmersos todos y nuestros aconteceres. Es importante señalar que comprender la salud mental de una manera distinta a la tradicional-positivista, implica un cambio en el quehacer de cada uno de los implicados; la transformación de comprensiones, convoca a nuevas formas de intervención, sean estas políticas, académicas, terapéuticas o técnicas.

Escuchar a los pueblos indígenas, y responder a sus prioridades e ideas, es una parte crucial de la ecuación política^u

Población Emberá: Historia y Cosmovisión

La palabra Emberá ancestralmente significa “persona”, gente que piensa, actúa, siente y hace, pero sobre todo los Emberá son personas que tienen su propia historia y su propia manera de ver el mundo. Con relación a los Embero Oibida o Chamí; la palabra Oi significa “selva” o “monte adentro”, es decir, el Emberá Chamí es la persona que vive selva adentro. En la actualidad, muchas de estas selvas, entre los límites de los departamentos de Chocó, Risaralda y Antioquia, fueron colonizadas por campesinos y terratenientes, perdiendo el Emberá chamí su hábitat ancestral. Los Embero Eyabida; en Antioquia se les conoce como Katíos por parte de la sociedad mestiza mayoritaria, pero ellos se autodenominan “Eyabida”, que significa “los de las altas montañas”, es decir, gente de la montaña, los que viven arriba en los cerros²⁸.

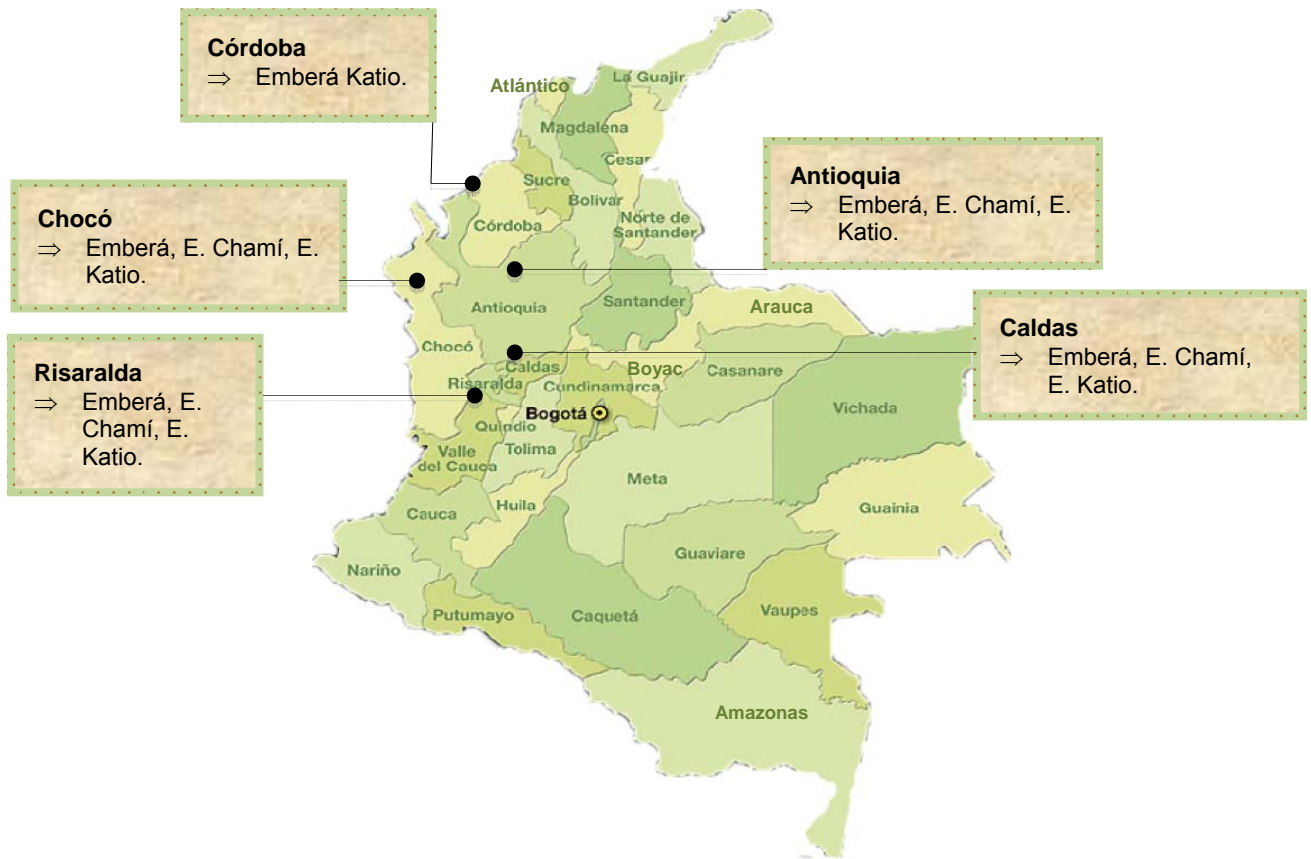
^u Ibíd. 22. The Lancet, Vol 367, June 17, 2006. Pág. 2019.

La población Emberá Geográficamente

Geográficamente la población Emberá se encuentra ubicada desde la provincia del Darién, en límites con Panamá, hasta la frontera con Ecuador. Demográficamente, el pueblo Emberá representa el 8,2 % de la población indígena en el país (sesenta y seis mil de una población total de ochocientos mil aproximadamente), ubicados principalmente en el occidente colombiano, pero también hay población Emberá en Córdoba y Caquetá^v.

Así, los pueblos Emberá se encuentran ubicados principalmente en los departamentos del Chocó (Alto Sinú y Alto San Jorge, procedentes de la región del Darién), Córdoba (Montería) y Antioquia (región de Urabá). Estos pueblos se caracterizan por mantener procesos migratorios, entre regiones y dentro de la misma zona, por causa de la violencia²⁹. Por esta razón, es común encontrar miembros de esta población en departamentos como Caldas y Risaralda. Ver mapa No. 2.

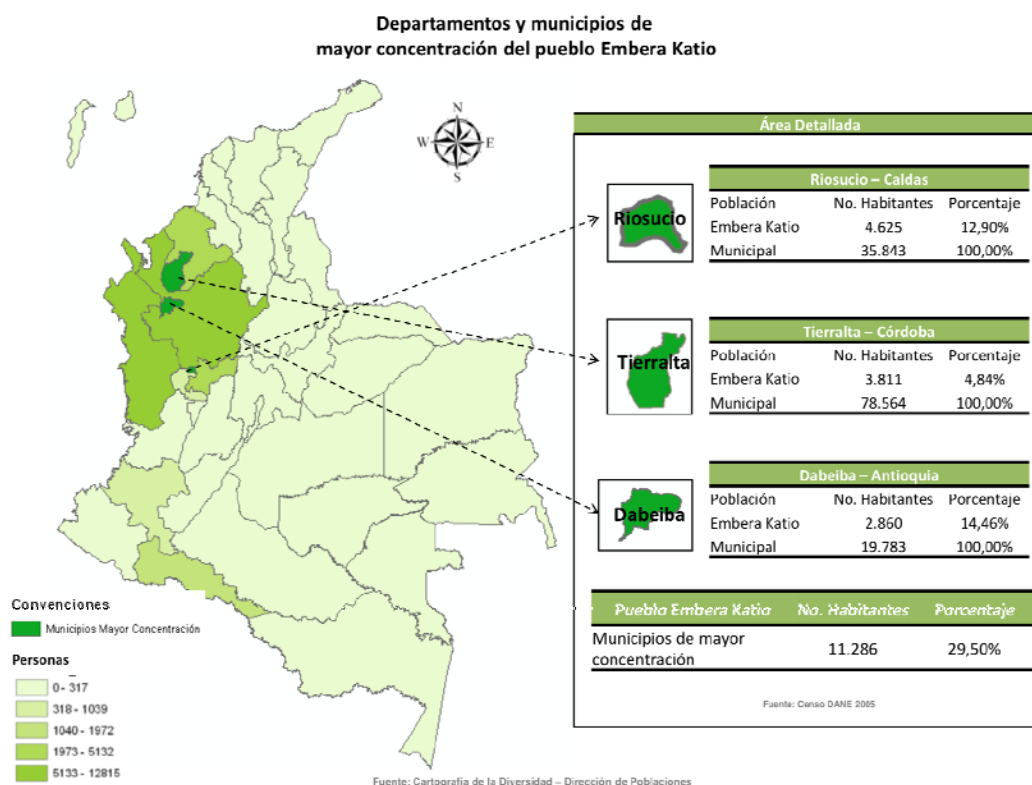
^v *Ibíd.* 28. Guzmán. 2007

Mapa No. 2. Distribución de la Población Indígena Emberá (E) por Departamentos.

De acuerdo a la caracterización del pueblo Emberá Katío, realizada por el Ministerio de Cultura de Colombia, y según los datos del Censo DANE 2005, “38.259 son personas autoreconocidas como pertenecientes al pueblo Embero katío, de las cuales el 50,7% son hombres (19.383 personas) y el 49,3% mujeres (18.876 personas). El pueblo Embero katío se concentra en el departamento de Antioquia, en donde habita el 33,5% de la población (12.815 personas), le sigue Chocó con el 26,5% (10.148 personas) y Córdoba con el 13,4% (5.132 personas) concentrando entre los tres, el 73,4% de la población katío. Sobre el total de la población indígena censada por el DANE, los katío representan el 2,7% de indígenas de Colombia. La población Emberá katío que habita en zonas urbanas corresponde al 13,6% (5.185 personas), cifra inferior al promedio nacional de población indígena urbana que es del 21,43% (298.499 personas)”³⁰. Ver

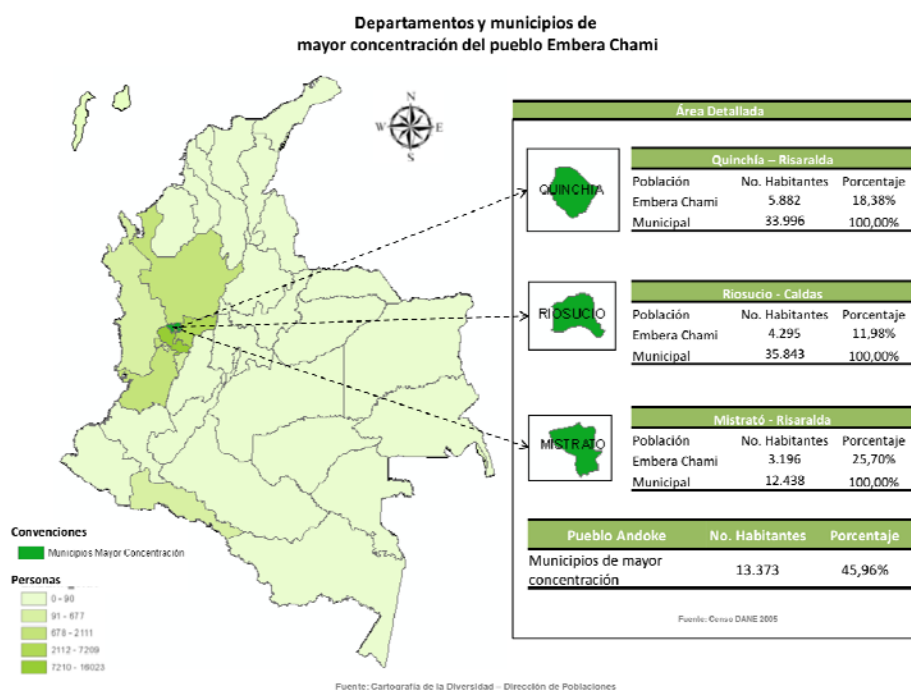
mapa No. 3.

Mapa No. 3. Departamentos y Municipios de Mayor Concentración del Pueblo Emberá Katío.



Con relación al pueblo Embero Chamí “El Censo DANE 2005 reportó 29.094 personas autoreconocidas como pertenecientes al pueblo Embero Chamí, de las cuales el 50,2% son hombres (14.609 personas) y el 49,8% mujeres (14.485 personas). El pueblo Embero Chamí se concentra en el departamento de Risaralda, en donde habita el 55,1% de la población (16.023 personas). Le sigue Caldas con el 24,8% (7.209 personas) y Antioquia con el 7,3% (2.111 personas). Estos tres departamentos concentran el 87,1% poblacional de este pueblo. Los Emberá Chamí representan el 2,1% de la población indígena de Colombia. La población Emberá Chamí que habita en zonas urbanas corresponde al 27,6% (8.042 personas), cifra superior al promedio nacional de población indígena urbana que es del 21,43% (298.499 personas)³¹. Ver mapa No. 4.

Mapa No. 4. Departamentos y Municipios de Mayor Concentración del Pueblo Emberá Chamí.



Cosmovisión Emberá

La cosmovisión Emberá piensa que hay tres mundos: el de arriba donde están Karagabí (la luna y padre de Jinopotabar) y Ba (el trueno); el de los humanos, que es la tierra, donde viven los Emberá; y el de abajo, al cual se llega por el agua y es donde viven los Dojura, Tutruica, Jinopotabar y los antepasados y se originan los Jaibaná (sabios tradicionales/médicos brujos). Jinopotabar une todos los mundos y puede pasar de uno a otro con su trabajo, pues es cure, sabio, Jaibaná. Este mundo tiene también tres partes, tres órdenes: el del monte; el de la tierra, donde viven los Embero en las orillas de los ríos; y el del agua; tres componentes que se equivalen y relacionan con los tres anteriores. Así, sus términos extremos, monte y río, son las vías de comunicación con el mundo de arriba y el de abajo, respectivamente. El equilibrio entre estos mundos y los órdenes que están entre ellos generan la vida cotidiana³².

CAPITULO I. PROPÓSITO Y OBJETIVOS

I.1 Propósito

Avanzar en la comprensión de la naturaleza de las relaciones entre conflicto armado y salud mental en el pueblo indígena Emberá en situación de desplazamiento forzado, particularmente comprendiendo en qué términos se expresa esa relación, cómo y qué repercusiones tiene en la vida de las colectividades. Esto con el fin, de contribuir a la formulación y planeación de futuras intervenciones las cuales sean culturalmente apropiadas.

I.2 Objetivo General

Comprender la naturaleza de la relación conflicto armado – salud mental en el pueblo indígena Emberá en situación de desplazamiento forzado en la ciudad de Bogotá.

III.3 Objetivos Específicos

1. Explorar significados de salud mental en el pueblo indígena Emberá en situación de desplazamiento forzado desde su propio punto de vista.
2. Reconocer las narrativas del pueblo indígena Emberá alrededor de algunos aspectos de la salud mental occidental, tales como pautas de crianza y problemáticas en salud mental como: alcoholismo, violencia intrafamiliar y suicidio, y su relación percibida con el conflicto armado.
3. Aportar algunas comprensiones alrededor de la salud mental indígena con el fin de contribuir a la planeación futura de intervenciones culturalmente apropiadas.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

II.1 Significados sobre Salud y Salud Mental

II.1.1 *Significados de Salud Mental de Pueblos Indígenas – Hallazgos Internacionales*

El concepto de salud mental entre las culturas aborígenes se encuentra estrechamente relacionado con las creencias y enseñanzas acerca de la creación, la vida, las prácticas espirituales, el bienestar individual y la interrelación de los factores anteriormente mencionados. De esta forma, para las poblaciones aborígenes el Espíritu es la fuerza eterna de la cual se desarrollan todos los aspectos de la creación. A nivel humano, el Espíritu es el fundamento del ser y del bienestar. Cuidar el Espíritu fomenta el equilibrio y la armonía del cuerpo, la mente y las emociones, el descuido de uno de estos componentes conlleva al desequilibrio del ser. En relación con la anterior, la salud es el resultado de la integración del bienestar individual, familiar y comunitario³³.

De la misma forma, los conceptos de equilibrio y holismo son fundamentales para la comprensión de la salud mental de la población indígena. De acuerdo con esta interpretación, el equilibrio de las cuatro dimensiones de la vida - lo físico, mental, espiritual y emocional - es generalmente visto como la base de la salud. Por otra parte, el holismo se refiere a la conciencia en la interconexión de las personas con los contextos donde se desarrolla: naturaleza, la familia y la comunidad, y dentro de cada persona, la interconexión de cuerpo, mente, corazón y espíritu³⁴. El concepto fundamental de la interconexión inherente de los individuos, las familias y las comunidades implica que el individuo, la familia y el bienestar de la comunidad también deben ser entendidos como esencialmente entrelazados³⁵.

Así mismo, Parker señala como la cultura aborígen relaciona la salud mental con diversos factores, entre ellos, la comprensión del sí mismo referida a un sentido colectivo, íntimamente ligado con todos los aspectos de la vida, la comunidad, la espiritualidad, la cultura y el país. Así, la cultura, el país y las creencias, entre otros

factores, proporcionan reglas y relaciones de parentesco, roles sociales, orientación y confort y ofrecen un sentido de conectividad y pertenencia y por ende sentido y significado a la vida. Con relación a la enfermedad mental, el autor explica como la destrucción de la cultura aborígen [producto de la colonización o el desplazamiento] ha sido causante de la epidemia del trastorno mental, por ejemplo, como la eliminación de la tierra ancestral dio lugar a la angustia psicológica, a la desesperación espiritual, a la destrucción de estilos de vida lo cual ha llevado a la marginación, la pobreza y a diferentes problemas relacionados con el suicidio y el consumo de alcohol³⁶.

Vukic, Gregory, Martin & Etowa en su artículo, *Aborígenes y Occidentales Concepciones de Salud Mental y Enfermedad*^w, realizan un acercamiento a la comprensión de la salud mental de la población aborígen en Canadá y señalan a la medicina Wheel como un modelo indígena que realiza un acercamiento a la comprensión de la salud mental de los pueblos aborígenes. La Rueda de la Medicina es representada como un círculo con símbolos y con cuatro cuadrantes los cuales representan el equilibrio mental, el bienestar físico, el emocional, y el espiritual de un individuo. Así, el círculo representa la totalidad de la existencia, la interconexión de las relaciones, y es un símbolo de la vida. Todas las cosas están relacionadas entre sí (la relación es un valor central) y todo en el universo es parte de un todo único. De esta manera, en el marco de la Rueda de la Medicina, la enfermedad mental no puede ser reducida a la presencia de un trastorno físico, sino a una desconexión en la interconexión de la mente, las emociones, el espíritu y el cuerpo. La expresión, enfermedad mental, perpetúa un dualismo mente-cuerpo, situado en las formas occidentales de conocimiento y la comprensión de la enfermedad mental. Los autores concluyen que el modelo aborígen consiste en los aspectos físicos, emocionales, mentales y espirituales de una persona en relación a la familia, la comunidad y la tierra³⁷.

De otra parte, la Rueda de la Medicina aplicada al desarrollo humano expone cuatro ciclos de vida secuenciales los cuales tienen un proceso propio frente al desarrollo de la

^w Artículo resultado de un proyecto de investigación participativo basado en la comunidad Mi'kmaq de Canadá.

persona, desde el nacimiento hasta la vejez y la muerte. Los ciclos de la vida son comprendidos de la siguiente manera:

- La primera dirección es el Este: la dirección de la infancia. La tarea de desarrollo en este cuadrante es aprender pertenencia. Los niños aprenden el lugar de las personas y todas las cosas en la creación, así como su propio lugar en el corazón de la vida familiar y comunitaria.
- La segunda dirección es el Sur: la dirección de la maestría. La tarea de desarrollo en este cuadrante es el aprendizaje de nuevas habilidades y comportamientos.
- La tercera dirección es el oeste: la dirección de interdependencia. La tarea de desarrollo en esta fase es poner los conocimientos que se han adquirido y carisma propio de uno en servicio en beneficio de la familia, la comunidad y la nación.
- La cuarta dirección es el norte: la dirección de la generosidad. Esta es la dirección de los ancianos, cuya tarea es regalar su sabiduría.

Cualquier interrupción que se presente en los cuatro ciclos puede causar un desequilibrio y por ende una pérdida de conexión con lo sagrado. De esta manera, las prácticas curativas tradicionales se centran en restablecer el equilibrio en donde se ha perdido^x.

McKendrick en el informe, la Salud Mental de los Pueblos Indígenas, presenta los resultados de un proyecto realizado a población aborígen de Australia el cual tenía como objetivos, documentar las formas en que los aborígenes hablan de los problemas de salud mental, reconocer los conceptos locales sobre las causas de un problema de salud mental e identificar las soluciones a los mismos. El autor señala como resultados lo siguiente: la población aborígen prefiere no realizar una diferenciación entre la salud mental y la salud física. Para la población indígena es claro que los problemas de salud mental que enfrentan sus habitantes están relacionados con la historia, el racismo, la privación socioeconómica, el trauma y las pérdidas. Se presentan fuertes creencias

^x *Ibíd.* 34. 2005. *Reclaiming Connections: Understanding Residential School Trauma Among Aboriginal People – A Resource Manual.* Ottawa.

acerca de la asociación entre el mundo espiritual, la salud y la enfermedad. Factores espirituales son citados como las causas de las enfermedades físicas y mentales. De la misma manera, factores espirituales podrían tener un efecto curativo. En cuanto a las soluciones a estos problemas, se hizo hincapié en la necesidad de un cambio social y la acción de los gobiernos para abordar los problemas de pobreza, falta de educación, oportunidad y desempleo. Se expone la necesidad al acceso a los servicios de salud. Y finalmente, para la población objeto de estudio, la solución consistía en llevar a la gente de vuelta a su lugar de origen³⁸.

Es importante mencionar que lo expuesto con antelación busca dar una ilustración general de como cada pueblo indígena tiene una versión de lo que es salud mental de acuerdo con su propia cosmovisión. A continuación me centrare en los pueblos indígenas de Colombia y más exactamente en los Emberá.

II.1.2 Significados de Salud y Salud Mental de Pueblos Indígenas en Colombia

“El concepto de salud hace referencia a una integralidad de vida, a la armonía y equilibrio de las personas con respecto a su entorno y su diario vivir, por lo tanto la salud no es solo bienestar físico, sino también la estabilidad y tranquilidad emocional, los pensamientos, las emociones, espiritualidad y hasta los recuerdos. La salud también se interpreta como estar sano o no estar enfermo y una persona solo se enferma cuando no hay equilibrio entre el frío y el calor”³⁹.

El Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI es una apuesta colectiva de los pueblos indígenas donde se expone una propuesta propia² de salud, de esta manera, definen salud como un “estado de **armonía**, que responde a condiciones de integralidad y de la **cosmovisión** de cada pueblo; depende de las relaciones de la persona consigo misma, la familia, la comunidad y la naturaleza. La salud se expresa

^Y Indígena Kichwua. Política Pública Distrital para el reconocimiento, garantía, protección y restablecimiento de derechos de los pueblos indígenas. Bogotá Septiembre 2011.

^Z Propio “Porque el fundamento del sistema parte del reconocimiento de los saberes y prácticas milenarias ancestrales en salud de los pueblos indígenas”. Subcomisión Nacional de Salud Propia e Intercultural de la Mesa Permanente de Concertación (SNSPI-MPC/DTO: 1397/96).

en la relación con el territorio y su cuidado, con el ambiente y las relaciones sociales, la autoridad, el respeto, la colectividad, la producción y alimentación, las relaciones con otros pueblos, culturas y con el Estado”^{aa}.

“La tierra significa la vida misma, de ella la comunidad se alimenta y vive. La llamamos Pacha Mama, madre tierra, porque en ella se construye y se adquieren los derechos como pueblo”^{bb}.

La salud está profundamente ligada con la chagra o huerto ya que para la cosmovisión indígena la falta de tierras y alimentos representan enfermedades, de esta manera la seguridad alimentaria garantiza la existencia física y espiritual de los pueblos indígenas⁴⁰.

“La salud para el pueblo Nasa es producir y consumir los productos propios que da la madre tierra para estar bien físicamente y espiritualmente. La medicina tradicional ayuda a mantener la armonía y el equilibrio personal, familiar y comunitario para pervivir sanos y firmes como los antepasados, bajo los saberes de los mayores espirituales”^{cc}.

De acuerdo a lo anterior, el significado de tierra se acerca más a la idea de territorio, y está ligado a la manera de ver e interpretar el mundo social y natural. La tierra vincula a los pueblos indígenas con el pasado y el futuro, les proporciona un sentido de unión, de supervivencia y pertenencia, siendo también la garantía para el ejercicio de la autonomía y la existencia como pueblo. “La tierra representa el universo, e incluye la flora, la fauna, las fuentes de agua y demás elementos, en ella se encierran y se reproducen todas las relaciones sociales y está ligada a lo sagrado y a los antepasados”.

^{aa} Ibíd. 12. Subcomisión Nacional de Salud Propia e Intercultural de la Mesa Permanente de Concertación (SNSPI-MPC/DTO: 1397/96). Pág. 3.

^{bb} Emilio Cristóbal Cuical. Enlace Indígena. Cuaspud, Nariño. Pueblo Pastos. Citado por Acción Social – Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional. Presidencia de la Republica. Promoción de la Educación y la Salud. En: Familias en Acción para Pueblos Indígenas. Pág. 30 – 75.

^{cc} Lorenzo Velasco T. Enlace Indígena. Pueblo Nasa. Municipio Morales, Cauca. Citado por Acción Social – Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional. Presidencia de la Republica. Promoción de la Educación y la Salud. En: Familias en Acción para Pueblos Indígenas. Pág. 30 – 75.

“...los indígenas somos hijos de la tierra, es decir la gente está ligada a la tierra como un árbol a su raíz o a su vivencia, así que el valor de una persona se da fundamentalmente en la tierra a la cual pertenece, no es lo mismo vivir en una tierra extraña, en la cual se es desconocido, que vivir en una tierra en la cual todas las personas están ubicadas en coordenada social...”^{dd}.

Por otra parte Clavijo⁴¹, mediante una investigación de tipo etnográfico llevada a cabo entre 1997 y 2009 hizo un acercamiento a los sistemas médicos de comunidades indígenas de la Amazonía Nororiental realizando un acercamiento al concepto de salud y concluyendo “desde la perspectiva indígena la salud no se busca como un proceso individual sino como uno que involucra el bienestar colectivo, dando gran importancia con ello a la cultura propia y a las relaciones de solidaridad y a la equidad social. Un segundo elemento importante para la definición de la salud encontrado en las comunidades [...] es su relación con el accionar de la vida. La salud aparece así como un evento dinámico, inherente a las posibilidades de que el individuo se movilice e interactúe plenamente con los demás”.

"[salud es] vivir bien la vida". "Es cuando uno puede trabajar, pescar, hacer varias cosas". "Es vivir mejor con la familia, cuidar los niños, mantener bien la comida ya que si come mal se enferma y cuando se enferma da tristeza". "Estar sano es estar bien con la familia y estar con la comunidad, todo es un conjunto armónico, y para que haya esa armonía se reza, se despurifica el medio en que vivimos"^{ee}

^{dd} Martínez Ubarnez, Simón y Ángel Hernández Guerra. Territorio y Ley en la sociedad Wayuu. Fondo Mixto para la promoción de la cultura y de las artes de La Guajira. Riohacha, La Guajira, 2005, p. 155. Citado por Acción Social – Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional. Presidencia de la Republica. Promoción de la Educación y la Salud. En: Familias en Acción para Pueblos Indígenas. Pág. 30 – 75.

^{ee} Belém de Inambú, julio de 1998. Citado por: Clavijo Úsuga, Carmen Raquel. Sistemas Médicos Tradicionales en la Amazonía Nororiental: Salud y Saberes Alternativos. Latreia Vol. 24 (1) Marzo 2011. Pág. 11 – 13.

II.1.3 Significados de Salud y Salud Mental en los Pueblos Emberá

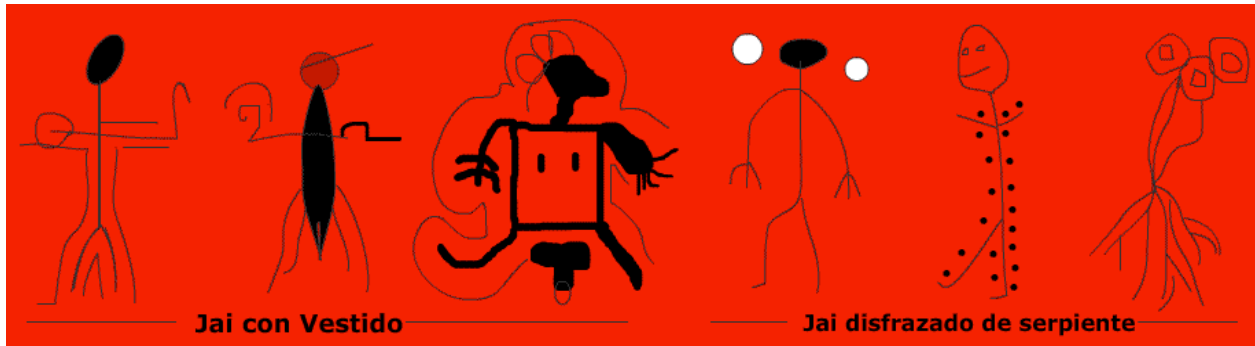
“Entre los Emberá, el concepto de salud, es visto como el resultado del equilibrio entre el individuo y el medio que lo rodea, generado en el universo mítico y representado en niveles mentales y físicos que exigen una serie de restricciones sociales, con el fin de evitar rupturas con el orden establecido en su universo y cuyo incumplimiento se manifiesta en las enfermedades”⁴².

“Los Emberá explican la enfermedad como la posesión del cuerpo por agentes malignos, que pueden ser demonios Antomiá o espíritus Jai” (maleficio o embrujamiento). “Las enfermedades de la mente [...] son explicadas como consecuencias del maleficio o posesión por los demonios”. “Entre los Emberá, existe todo un ritual de curación jaibanística, cuya base esencial es el canto Jai”, comprendido como un ritual mediante el cual el Jaibaná habla con los espíritus. “Los Emberá consideran al Jaibaná como un jefe zonal, pero sus poderes no controlan a seres de este mundo, sino a espíritus benignos y malignos. El Jaibaná simboliza la concepción dual del pensamiento mítico, en él se da la dualidad bien – mal”^{ff}.

Por su parte, “los espíritus tienen apariencias variables de humanos o animales; comen, beben, se emborrachan, matan y enferman (Jai maléfico) pero también curan (Jai bueno). Los hay con forma humana, forma animal o mixtos”. “Los colores también tienen un carácter simbólico. El negro se refiere a espíritus benéficos que ayudan al Jaibaná, en la curación y se asocia a espíritus de tierra. El rojo corresponde a espíritus benéficos también, pero principalmente de agua. Por tanto, la oposición negro-rojo, ubica la presencia de los Jaibaná en dos espacios diferentes (tierra/agua) e implica el reconocimiento de dos fuerzas con propósitos similares”⁴³.

^{ff} Ibíd. 29. Morales. 2004. Pág. 114 – 119.

Imagen No. 1. Percepción y Representación Gráfica del Mundo Emberá. 1987.



Gobernación de Antioquia. Secretaria de Educación – SED U-CA. Percepción y Representación Gráfica del Mundo Emberá del Noroccidente de Antioquia. 1988.

II.1.4 Salud Mental desde un Abordaje de la Medicina Social

La medicina social se enmarca en: 1) “la noción de determinación como proceso o modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades [lo que implica] modos históricos estructurales”⁴⁴, 2) “la [noción de] inequidad da cuenta de la esencia del problema, es lo que está en el fondo o en la raíz, mientras que la desigualdad es una evidencia empírica que se hace ostensible en los agregados estadísticos”⁴⁵.

En relación a lo anterior, nos podríamos preguntar ¿qué implica abordar la salud mental desde la medicina social?, ¿qué elementos de la medicina social aportan para comprender la relación conflicto armado y salud mental? Con el fin de dar respuesta a los interrogantes planteados, a continuación se desarrollarán tres campos en los que ha venido avanzando la medicina social: primero, la relación salud enfermedad, segundo, la noción de determinación y tercero la noción de inequidad.

II.1.4.1 La Relación Salud – Enfermedad desde la Medicina Social un Aporte para la Salud Mental

Para la medicina social, la salud y la enfermedad son componentes de una realidad que se desarrolla en el acontecer diario de los sujetos y que está enmarcada por unas características sociales, culturales e históricas.

“La enfermedad, como evento en la vida de un ser humano, no puede darse por fuera de esta realidad. Esto significa que la salud y la enfermedad son elementos constitutivos de un proceso que ocurre siempre en sociedad y en cultura y son, por tanto, históricos. Simultáneamente, este proceso se siente, se interpreta y se vive siempre en sociedad y en cultura.”⁴⁶

De esta manera, se puede decir que la salud es mucho más que la ausencia de la enfermedad (definición de la OMS) y la salud mental es mucho más que la ausencia de la locura. Tanto la salud como la enfermedad son campos en la vida cotidiana de los sujetos que se desarrollan en escenarios sociales y culturales.

La relación salud-enfermedad debe trascender la postura lineal causa-efecto, donde el objeto transita como única forma de ilustración, es necesario reconocer las subjetividades existentes. Al hablar de subjetividades^{99 47} me refiero a los pensamientos y sentimientos complejos que dan cuenta del Sí Mismo^{hh 48} del sujeto y de su identidad, esta última construida por una cultura determinada que se desarrolla en espacios

⁹⁹ Sherry Orther define la subjetividad de manera que pone en evidencia la relación entre “formaciones culturales y los estados internos de los sujetos actuantes” y señala: “por subjetividad entiendo el conjunto de modelos de percepción, afecto, pensamiento, deseo, temor, etc., que animan a los sujetos actuantes. Pero también aludo a las formaciones culturales y sociales que modela, organizan y generan determinadas estructuras de sentimiento”. Orther, Sherry (2005). Geertz, Subjetividad y Conciencia Posmoderna. En, Etnografías contemporáneas, Abril, pp. 25-54.

^{hh} El sí mismo hace parte de ese lugar interno e íntimo de los sujetos, ese lugar donde reflexionamos y nos preguntamos por nosotros mismos, por nuestros amores y nuestros miedos, por el sentido de estar, de sentir, de pensar, de ser en la vida, de ser como sujetos. Es ese lugar donde la subjetividad nace llena de significados y la cual se visibiliza por medio del lenguaje. Apoyándome en Goolishian y Anderson “el sí mismo se convierte en las maneras, más o menos estables y emocionales, de contarnos a nosotros mismos y a los otros acerca de uno mismo y la propia continuidad, a través del cambio azaroso y continuo del vivir”. Goolishian H. Y Anderson H. Narrativa y Self. Algunos Dilemas Posmodernos de la Psicoterapia. En Nuevos paradigmas, Cultura y Subjetividad. Editorial Paidós, 1994. Pág. 298

económicos, políticos y sociales establecidos, marcando así características de la personalidad.

Tanto la vida colectiva de los sujetos, como sus subjetividades deben ser recogidas, reconocidas y comprendidas desde un marco social de realidad que determina la forma de intervenir y de comprender los fenómenos humanos y sus implicaciones. Es necesario vislumbrar la salud – enfermedad desde posturas circulares-complejas e interdependientes (abandonando las implicaciones de causalidad lineal).

...“La salud no es primordialmente “individual-subjetiva-contingente“, ni es primordialmente “colectiva-objetiva-determinada”; es siempre y simultáneamente el movimiento de génesis y reproducción que hace posible el concurso de procesos individuales y colectivos, que juegan y se determinan mutuamente. No es tampoco primero individual, y luego colectivo como producto de la combinación de realidades individuales. En definitiva, una mirada dialéctica nos hace ver que esa discusión no tiene sentido, porque libre albedrío y determinación colectiva, no son términos excluyentes, sino interdependientes”⁴⁹.

La vida y sus dinámicas se entrelazan en acontecimientos inéditos, emergentes e inciertos, las relaciones humanas se dan en forma de bucle, de una forma continua, finita, girante; el sujeto y su realidad se esboza en dinámicas sociales que son determinadas por instituciones mediadoras, injusticias del Estado, juegos de poder, relaciones sociales desiguales, inequidades profundas, entre tantos otros factores. Estas dinámicas sociales afectan la vida individual y colectiva de los sujetos y por ende su bienestar y calidad de vida. Apoyándome en Granda, “La vida genera la salud y ésta no se da únicamente por descuento de la enfermedad; salud es una forma de vida autónoma y solidaria, consustancial a la cultura humana, dependiente y condicionante de las relaciones que se establecen con la naturaleza, la sociedad y el Estado”⁵⁰

Los aportes de la Medicina Social en la comprensión del problema de la salud mental en población indígena en situación de desplazamiento, son diversos y de gran riqueza.

Entre las contribuciones más significativas encontramos: el énfasis en el contexto socio-cultural e histórico de la relación salud-enfermedad; el rol crucial de lo social en la determinación de subjetividades e identidades, que hace que la salud mental siempre se vea en el contexto de relaciones sociales históricamente definidas, reconocimiento del escenario político, económico, cultural e histórico de los sujetos; la comprensión de acción relacional y colectiva de los individuos; la aproximación descriptiva – interpretativa – explicativa a los fenómenos humanos; el fortalecimiento y reconocimiento de expresiones individuales y colectivas y; la perspectiva de salud como un derecho de todos.

II.1.4.2 Determinación Social y Salud

La medicina social llega desde 1979 a la noción de determinación definida “como proceso o modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades”ⁱⁱ. De acuerdo a lo anterior, se podría establecer la determinación de la salud como un proceso que adquiere unas características determinadas dentro de un acontecer relacional, cultural, histórico, político y económico. Para la medicina social, los procesos sociales son determinantes en la vida de los sujetos. Es así como el capitalismo, las inequidades, los significados construidos socialmente, la atención y las prácticas cotidianas participan en la construcción de sentidos sobre la vida misma y por ende sobre la concepción de la salud, en este caso mental.

Es así como el capitalismo, entendido en términos de producción y reproducción, marca grandes diferencias en la calidad de la vida de lo que Breilh ha llamado la triple inequidad, las diferencias según clases sociales, géneros y etnias, reflejan condiciones de vida que a su vez se expresan en distintos perfiles de salud, enfermedad y atención. De la misma forma, los individuos y sus colectivos construyen sentidos y significados de la salud y de la vida, que se materializan en prácticas en salud^{jj}.

La medicina social realiza un llamado interesante a reconocer las complejidades de la vida, (importante en un contexto tan particular como el latinoamericano) la circularidad

ⁱⁱ Ibid. 44. Breilh. 2008. Pág. 5.

^{jj} Ibid. 45. Asociación Latinoamericana de Medicina Social – ALAMES. 2008. Pág. 5.

de las relaciones, las características sociales, las fuerzas de poder que imperan en los escenarios nacionales, las construcciones y relatos realizados por la población, los imaginarios y “emociones”^{kk 51}, las voces de hombres, mujeres y niños que buscan cada día un mejor acontecer.

Por otra parte, la medicina social convoca a la crítica social, a la investigación, a la conversación, a la construcción de saberes, a la búsqueda de la equidad social, a la defensa de la salud, a la construcción de escenarios posibilitadores, al desarrollo de una vida justa e igualitaria.

II.1.4.3 Inequidad, Salud Mental y Población Indígena

La inequidad esta presente en la realidad social de sujetos y sus colectivos, esta implica la diferencia o desigualdad en la distribución del tener al no tener, o que algunos tengan más o menos que otros. De esta forma, la inequidad surge de relaciones desiguales en la repartición de recursos, bienes y servicios. El pensar que la distribución de recursos no es igual para todos y que las condiciones y calidad de vida de las colectividades se ven afectadas por esto, convoca un sentido moral de lo que es justo e injusto. En este sentido, las inequidades son resultados de desigualdades sociales injustas.

“La desigualdad es diferente a la inequidad. La desigualdad se puede constatar como una categoría descriptiva de cualquier sociedad o de la comparación entre grupos humanos. La inequidad es un concepto ético e implica una valoración de la desigualdad, desde algún valor o sistema de valores. El valor central para definir una desigualdad como inequidad es la justicia, de manera que la inequidad es una desigualdad considerada injusta. Hay injusticia cuando se identifica una inequidad y hay más justicia cuando se supera tal inequidad”⁵²

^{kk} “La emoción que constituye la existencia social es el amor, esto es, el dominio de aquellas acciones que constituyen al otro como un legítimo otro en coexistencia con uno, y nosotros, los seres humanos, nos hacemos seres sociales desde nuestra infancia temprana en la intimidad de la coexistencia social...”. Maturana, Humberto y Verden-Zoller, Gerda. El Emocionar. En Amor y Juego. Fundamentos Olvidados de lo Humano. Desde el Patriarcado a la Democracia. Editorial Comunicaciones Noreste LTDA, 1993. Pág. 45.

Ahora bien, la discriminación y el racismo en América Latina han traído secuelas de pobreza, exclusión y desigualdad a la población indígena. Así, se puede encontrar que la población presenta un deterioro en sus condiciones de salud superior a la media de la población general⁵³.

“El racismo puede ser comprendido como una jerarquía global de superioridad e inferioridad sobre la línea de lo humano que ha sido políticamente producida y reproducida durante siglos. Las personas que están por encima de la línea de lo humano son reconocidos socialmente en su humanidad como seres humanos con derecho y acceso a subjetividad, derechos humanos/ciudadanos/civiles/laborales. Las personas por debajo de la línea de lo humano son consideradas subhumanos o no-humanos, es decir, su humanidad está cuestionada y, por lo tanto, negada”⁵⁴

De esta manera, la discriminación racial es un proceso social que fomenta diferencias de salud entre las personas, dificultando el acceso a los servicios, permitiendo que los servicios sean de mala calidad e impidiendo que les llegue información adecuada para la toma de decisiones⁵⁵.

“La pertenencia a un grupo étnico se ha considerado como uno de los principales determinantes en la configuración de desigualdades indeseables e injustas en salud”⁵⁶

⁵³ “En un mundo imperial/capitalista/colonial, la raza constituye la línea divisoria transversal que atraviesa las relaciones de opresión de clase, sexualidad y género a escala global. Esto es lo que se ha conocido como la “colonialidad del poder” (Quijano, 2000). La “interseccionalidad” de las relaciones de poder de raza, clase, sexualidad y género, concepto desarrollado por las feministas negras (Crenshaw, 1991), ocurre en ambas zonas del mundo que describe Fanon. Sin embargo, la experiencia vivida de las diversas opresiones y la manera particular como ocurre la interseccionalidad es diferente en la zona del ser en comparación con la zona del no-ser. En la zona del ser, los sujetos, por razones de ser racializados como seres superiores, no viven opresión racial sino privilegio racial. [...], esto tiene implicaciones fundamentales en cómo se vive la opresión de clase, sexualidad y género. En la zona del no-ser, debido a que los sujetos son racializados como inferiores, ellos viven opresión racial en lugar de privilegio racial. Por lo tanto, la opresión de clase, sexualidad y género que se vive en la zona del no-ser es cualitativamente distinta a cómo estas opresiones se viven en la zona del ser. El asunto que se debe enfatizar es que hay una diferencia cualitativa entre cómo las opresiones interseccionales se viven en la zona del ser y la zona del no-ser en el “sistema-mundo capitalista/patriarcal occidentalocéntrico/cristianocéntrico moderno/colonial”. Grosfoguel, Ramón. La Descolonización del Conocimiento: Diálogo Crítico entre la Visión Descolonial de Frantz Fanon y la Sociología Descolonial de Boaventura de Sousa Santos. En: Formas-Otras: Saber, Nombrar, Narrar, Hacer. IV Training Seminar de Jóvenes Investigadores en Dinámicas Interculturales, Fundación CIDOB [Internet]. 2011 [Consulta Febrero 2015]; Barcelona; 97-108. Disponible en: www.cidob.org/en/content/.../97-108_RAMON+GROSFOGUEL.pdf

En este sentido, las desigualdades e inequidades^{mm} en salud están relacionadas con obstáculos derivados de la pobreza, vinculados a la falta de atención primaria, factores geográficos, seguro de enfermedad inadecuado, falta de información y conocimiento, modos de vida riesgosos, determinantes con las empresas promotoras de salud, susceptibilidad percibida sobre la enfermedad, creencias y actitudes culturales⁵⁷.

Así, la discriminación étnica es una de las principales causas de la inequidad en salud, lo que resulta en una situación de extrema pobreza, precariedad sanitaria y subalimentación. De otra parte, la discriminación de la medicina tradicional en favor de la medicina occidental ha hecho descuidar o negar durante décadas la posibilidad de contar con la rica tradición médica que poseen los indígenas⁵⁸.

De esta forma, se vislumbra como políticamente en la historia se han impuesto unas jerarquías que modelan la manera de existir de los sujetos de acuerdo a la raza o la etnia a la que pertenecen. Puntualmente, a la población indígena se les ha ubicado en un lugar de subordinación respecto a los “blancos”, siendo estos primeros, sometidos a unos contextos de extrema pobreza que les generan peores condiciones para desarrollarse en la vida y para el acercamiento a un buen vivir.

Con relación a lo anterior, la población Emberá ha sido víctima de una falta continua de garantía de derechos, especialmente en el tema de salud, incluyendo la salud mental. En este sentido, se presenta inequidad en el tipo de servicio en salud mental que se da

^{mm} Apoyándome en Ariza y Hernández los conceptos de discriminación e inequidad serán comprendidos como se exponen a continuación: “La discriminación se entiende como la distribución desigual del poder social, económico y político, que determina que grupos poblacionales específicos estén explotados y marginados de la posibilidad de construir un desarrollo propio y un nivel satisfactorio de autonomía y ejercicio de sus derechos.

La inequidad en salud se entiende [...] como la presencia de desigualdades en salud, enfermedad y muerte, derivada de una desventaja sistemática de un grupo social respecto de otros como resultado de su posición social. Tal posición resulta de las diferencias de poder, riqueza o prestigio, definidas por su lugar en la estructura laboral o socioeconómica, de género, de raza, de etnia o del ciclo vital en que se encuentra. Un referente inmediato para valorar una desigualdad como inequidad es la falta sistemática de garantía de derechos humanos interdependientes, en especial a la salud, definidos en el pacto constitucional y en los pactos internacionales de derechos humanos. También existe una inequidad en el acceso a los servicios de salud cuando éstos no reconocen las diferencias o no responden a diferenciales de necesidad”. Ariza John & Hernández Mario. *Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia*, 2007. *Rev Salud Publica (Bogota)*. [Internet]. 2008 Mayo [Consulta Febrero 2015]; 10 (1): 58 – 71. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10s1/v10s1a06.pdf>

a la población indígena desplazada, ya que no se les atiende según su necesidad sino de acuerdo a lo que para la medicina occidental debe ser el servicio; de esta forma no se ofrece lo que se necesita sino lo que se quiere dar.

Por otra parte, desde las comprensiones de la medicina occidental no se espera de la población indígena según sus capacidades y realidades, se olvida, que la población tiene unos modos propios de entender la salud y la salud mental y unas maneras propias de intervenir sus dificultades. Es importante resaltar que esos modos y maneras propias no son tomadas en cuenta por la oferta tradicional de servicios en salud mental, colocando a la población, nuevamente, en una condición de mayor subordinación ya que se les impone la manera de comprender y hacer de acuerdo a la medicina occidental, sin tomar en cuenta sus necesidades; así, se brindan servicios desde lo que cree el profesional que esta en posición de privilegio necesita la población y no lo que realmente merece, desconociendo al indígena, como sujeto constructor de realidades, con la capacidad de gestionar y tener una estética vital de cambio en pro de mejores condiciones de vidaⁿⁿ.

Para la medicina social no sólo se trata de solucionar las desigualdades visibles, se trata de tomar posturas éticas donde la vida^{oo} ⁵⁹ de los sujetos sea respetada, valorada y compartida. La vida como escenario del Ser sujeto, donde se pone en juego lo biológico, lo social, lo individual, la subjetividad, el Sí mismo, el otro. Como sujetos esbozamos, sombreamos, lineamos, esculpimos la realidad humana y es aquí donde la realidad de la salud y la enfermedad transitan, así, se convoca a la construcción y desarrollo de nuevos paradigmas^{pp} ⁶⁰, nuevas formas de comprender y accionar el conocimiento, la realidad, la vida.

ⁿⁿ Urrego, Zulma Consuelo & Ruiz, Luisa Fernanda. Este fragmento y el anterior, surgen de un espacio de construcción en el marco de la dirección del proceso de investigación.

^{oo} “la vida como el deber cultural y moral de reconocer al otro como sujeto vivo y libre y nunca supeditado al mercado de cuerpos y órganos, la vida y la salud como realidad cultural, ética y veraz, que se produce en el cotidiano vivir de la gente. La vida como lucha contra los fragmentos estallados de la modernidad, sean éstos, empresa, mercado y Estado que en ocasiones la desconocen en nombre del poder o del dinero”. Granda, Edmundo. El Sujeto, la Ética y la Salud. En: La Salud y la Vida. Volumen 1. Marzo 2009. Pág. 107.

^{pp} “...una tarea importante [...] es precisamente aumentar la capacidad de los sujetos para reconocer lo nuevo. En relación a esto, hay dos cosas que podemos buscar activamente: Primero, necesitamos desarrollar maneras de reconocer lo nuevo (paradoja uno!), porque si no estuviéramos dispuestos a percibirlo, pasará sin que lo veamos. Segundo, más importante todavía es aumentar la conciencia de la oportunidad de *lo nuevo por la deconstrucción de lo viejo*, es decir, traer la inquietud para los que cumplen lo normal, ponerlos a todos en una situación incómoda ante

La salud y la enfermedad, deben abarcarse desde la vida misma^{qq} 61, desde la historia de los sujetos, desde los saberes y prácticas transdisciplinarias^{rr} 62, desde las relaciones significativas, los aconteceres sociales, históricos, políticos y económicos que participan en la dinámica cotidiana de los sujetos.

“El retorno del sujeto significa, al mismo tiempo, el retorno a la vida y a la salud”^{ss}.

II.2 Violencia y Salud

La violencia es un proceso humano^t y complejo que tiene como objetivo fundamental el uso de la fuerza contra un individuo o un grupo de seres humanos con el fin de alcanzar metas e intereses particulares. La violencia esta relacionada con el dominio del otro, con el daño físico, psicológico, emocional, económico, cultural, político, ético y social; con ejercicios de poder que afectan el bienestar y la calidad de vida de sujetos y comunidades.

La violencia embiste directamente la vida y por ser la vida el sentido de la salud pública, la violencia se convierte en un problema de salud sobre la vida y el bienestar del individuo y sus colectividades.

sus propios procesos de pensamiento. Hay que aprovechar la crisis de los paradigmas para salir del caparazón de la normalidad. Paradoja dos: es necesario salir para ver las salidas. Y ¿por dónde escapar? Por la transdisciplinariedad (Almeida Filho 1997). Sin embargo, esta salida se encuentra abierta solamente a los “anfibiaos” aquéllos capaces de transitar, entre diferentes campos disciplinarios, por los cortes epistemológicos, desde los viejos paradigmas a los nuevos”. Almeida-Filho, Naomar y Pain, Jairmilson Silva. La Crisis de la Salud Pública y el Movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales (Rosario). 1975. Pág. 20.

^{qq} “Se hace ciencia para comprender y mejorar la vida. Y, siendo mucho más que la ciencia – porque es también arte, cotidianidad, amor y luchas – la vida es el alma de la ciencia...” Franco, Saúl. El Genoma Humano y su Impacto en la Salud Pública. En: La Salud Pública Hoy. Enfoques y Dilemas Contemporáneos en Salud Pública. Memorias Cátedra Manuel Ancizar I Semestre de 2002. Universidad Nacional de Colombia. 2003. Pág. 118.

^{rr} “...el carácter instrumental de la transdisciplinariedad como práctica de transformación de la “ciencia normal” en ciencia “revolucionaria”, para respetar la terminología kuhniana, en la emergencia de nuevos paradigmas en el campo científico y de nuevas estrategias de acción en el campo de la práctica social”. Almeida-Filho, Naomar. Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. En: Salud Colectiva, Buenos Aires. Mayo – Agosto 2006. Pág. 142.

^{ss} *Ibíd.* 59. Granda. 2009. Pág. 107.

^{tt} “... el ser humano es un ser abierto a la violencia y a la agresión como posibilidades comportamentales que tienen su base en la configuración de su propio organismo. Que estas posibilidades se materialicen dependerá de las circunstancias sociales en que se encuentren los individuos y las exigencias particulares que cada persona tenga que confrontar en su propia vida”. *Ibíd.* 25. Martín Baró, Ignacio. Violencia y Agresión Social. En: Poder, Ideología y Violencia. Editorial Trotta. 2003. Pág. 119.

La OMS en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, reconoce la violencia como un problema de salud pública en todo el mundo que afecta la calidad de vida de las poblaciones. En el informe se define la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. La tipología de la violencia, propuesta por la OMS se define según el autor del acto, de esta forma, se encuentra la violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva^{uu} 63.

Martín Baró señala, como la violencia es un *concepto* amplio “que expresa aquellos fenómenos o actos en los que se aplica un exceso de fuerza”. Para el autor, la violencia presenta tres presupuestos: 1) La violencia presenta múltiples formas y [...] entre ellas pueden darse diferencias muy importantes, entre estas podemos encontrar la violencia estructural, la violencia interpersonal, violencia educativa, entre otras; 2) La violencia tiene un carácter histórico y, por consiguiente, es imposible entenderla fuera del contexto social en que se produce y; 3) Los actos de violencia social tienen un peso autónomo que los dinamiza y los multiplica – “espiral de violencia”^{vv}.

Explicar la violencia, sus causas, formas, repercusiones, e intenciones, implica el reconocimiento y comprensión de diversos escenarios, escenarios que deben ser multi – interrelacionados. La violencia como proceso humano no puede ser explicada de manera única y universal, como advierte Franco, es necesario “avanzar en esfuerzos explicativos que abran camino no sólo a las discusiones sino a la construcción de

^{uu} *Violencia dirigida contra uno mismo* se refiere a la violencia caracterizada por comportamientos suicidas y las autolesiones. *Violencia interpersonal* abarca la violencia intrafamiliar o de pareja (miembros de la familia, compañeros sentimentales) y la violencia comunitaria (individuos no relacionados entre sí que pueden o no conocerse). Las formas de estas violencias suelen ser la violencia juvenil, contra la pareja, el maltrato y abandono de menores por parte de sus padres o cuidadores, el maltrato a los ancianos y la violencia sexual. *Violencia colectiva* se caracteriza por “el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos. Con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales” y los cuales tienen unos posibles motivos e intereses particulares. Entre las formas se encuentran: el conflicto armado, genocidio, represión, terrorismo y violación de los derechos humanos entre otras. Organización Mundial de la Salud – OMS. Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud. 2002.

^{vv} *Ibíd.* 25. Martín Baró, Ignacio. Guerra y Salud Mental. En: Poder, Ideología y Violencia. Editorial Trotta. 2003.

estrategias de enfrentamiento y superación”⁶⁴. Explorar las posibilidades, explicaciones, estructuras y dinámicas de la violencia llevó al autor a la construcción de lo que el define como contexto explicativo; este último es comprendido como un “conjunto específico de condiciones y situaciones culturales, económicas y político – sociales en las cuales se hace racionalmente posible entender la presentación y el desarrollo de un fenómeno”^{ww}. El trabajo con los contextos explicativos implica el acercamiento a las condiciones estructurales (raíces y expresiones) y a los procesos coyunturales de la violencia^{xx}.

II.2.1 El Desplazamiento como una Manifestación de la Violencia en Colombia.

Aspectos Generales

El conflicto armado interno en Colombia, ha expuesto a miles de niños, niñas, jóvenes, hombres y mujeres a las más atroces experiencias, donde se vulneran los derechos humanos y el Derecho Internacional Humanitario. Poblaciones enteras han recorrido nuestro país en búsqueda de un lugar donde vivir, el ser víctimas del desplazamiento forzado ha transformado sus historias de vida. La guerra y las manifestaciones de violencia que la acompañan, han desmembrado la vida de familias enteras.

Para Meertens “el desplazamiento constituye, más allá de pérdidas materiales y derechos vulnerados, un conjunto de interacciones y procesos subjetivos de “negociación” y, a veces, de “negación” de identidades sociales”⁶⁵. Complementando Bello señala, “el desplazamiento constituye una violación múltiple de los derechos humanos. Las consecuencias que acarrea no son sólo demográficas, económicas o políticas sino que, debido a una serie de eventos violentos que existen antes, durante y después del desplazamiento, las personas son afectadas en su dignidad, su identidad y, por lo tanto, en su bienestar emocional”⁶⁶.

^{ww} Ibíd. 64. Franco, S. 2000. Pág. 331.

^{xx} Entre las condiciones estructurales se encuentran: 1) la inequidad la cual esta relacionada principalmente con el contexto económico; 2) la intolerancia la cual se vincula con el contexto político y; 3) la impunidad como expresión del contexto político y cultural. En relación a los procesos coyunturales, Colombia presenta tres grandes problemas: el conflicto político – militar, la neoliberación del estado y el problema narco. Ibíd. 65. Franco, Saul. Contextos Explicativos de la Violencia en Colombia. En: La Salud Colectiva a las Puertas del Siglo XXI. Memorias Curso Internacional Itinerante. Volumen II. Universidad Nacional de Colombia – Universidad de Antioquia. Medellín, Febrero 14 – 18 de 2000. Pág. 329 – 362.

El desplazamiento forzado, sus causas y repercusiones, han venido sucediendo en Colombia por más de 20 años, siendo el país con más desplazados internos en el mundo^{yy} 67 y con un gran número de refugiados en países de América Latina^{zz} 68. De sus causas^{aaa} se podrían nombrar la violencia política, el conflicto armado, la injusticia social, los intereses particulares de algunos grupos, enfrentamientos armados, masacres, entre otras expresiones de guerra. Sus repercusiones, las más dolorosas y despiadadas, muertes de miles de personas, abuso sexual, pérdida de seres significativos para la familia –hijos, madres, padres, hermanos, esposas, esposos, entre otros-, abandono a su lugar de arraigo, ruptura de tradiciones culturales, situaciones de presión que llevan al abandono de la vida misma, donde se ve afectada la integralidad del sujeto, sus contextos significativos, sus relaciones, su vida cotidiana, su Ser biológico, mental, relacional, emocional, histórico, su bienestar, su Si Mismo.

En el año 1997 como reconocimiento a la grave situación de desplazamiento en el país, el gobierno nacional expide la ley 387⁶⁹ donde se “adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia”.

De acuerdo a la ley 387 desplazado es toda persona que:

^{yy} “Con 2 o 3 millones de afectados, Colombia tiene la mayor cifra de desplazados internos del hemisferio occidental, y la segunda población desplazada del mundo después de Sudán”. ACNUR. Capítulo 7, Desplazados Internos. En: La Situación de los Refugiados en el Mundo, Desplazamientos Humanos en el Nuevo Milenio. 2007. Pág. 170.

^{zz} “La mayoría de colombianos que han huido de la violencia y de los abusos a los derechos humanos en su país han encontrado protección en Ecuador, la República Bolivariana de Venezuela, Panamá y Costa Rica”. ACNUR. Situación de Colombia. En: Actualización de los Programas y Estrategias del ACNUR, 2009. Pág. 366.

^{aaa} Según la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento – CODHES. Las causas del desplazamiento son motivados por acciones violentas vinculadas a: 1. Dominio territorial y control político de antiguos y/o nuevos grupos paramilitares en tierras o zonas arrebatadas a campesinos donde en la actualidad se controlan negocios del narcotráfico. 2. Disputa entre, fuerzas militares del Estado y grupos ilegales (guerrilla o paramilitares), por el dominio territorial. 3. Fumigaciones aéreas y erradicación forzada de cultivos ilícitos. 4. Aumento de homicidios y practicas de intimidación en la población. *Ibíd.* 14. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento – CODHES. ¿Salto Estratégico o Salto al Vacío? Boletín Informativo de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, Numero 76, Bogotá, 27 de Enero de 2010. Pág. 4 – 5.

- a. se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional.
- b. ha abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: Conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público.

La situación de desplazamiento implica un problema que se ve inmerso en diversas esferas: políticas, económicas, sociales, culturales y demográficas, entre otras. El Estado colombiano como agente rector, debería proteger, brindar bienestar y subsanar, los daños a esta población, sin embargo su papel es insuficiente y su intervención inequitativa e injusta. Mientras tanto mujeres y hombres, de todas las edades, continúan con el temor en la piel, con la desesperanza, con la incertidumbre de un futuro, con el “desconocimiento de su propia condición de sujetos de derechos”⁷⁰.

La Corte Constitucional identificó un listado de derechos mínimos prestacionales que siempre debe satisfacer el Estado colombiano a favor de la población en situación de desplazamiento entre los que se encuentran: el derecho a la vida, los derechos a la dignidad y a la integridad física, psicológica y moral, el derecho a la familia y a la unidad familiar, el derecho a una subsistencia mínima, el derecho a la salud, el derecho a la protección frente a prácticas discriminatorias basadas en la condición de desplazamiento (derecho a la igualdad), el derecho a la educación básica para los niños hasta los quince años de edad, la provisión de apoyo para el autosostenimiento por vía de la estabilización socioeconómica de las personas en condiciones de desplazamiento, el derecho al retorno y al restablecimiento^{bbb}. Es de conocimiento de todos que estos derechos son vulnerados día a día, que la población en situación de desplazamiento se

^{bbb} *Ibíd.* 70. Derechos Humanos y Litigio Internacional - CEDHUL, La Agencia de la ONU para los Refugiados - ACNUR y la Generalitat Valenciana. 2007. Pág. 18.

encuentra abandonada, desprotegida y vulnerable; con temor al presente, perplejidad al futuro y vivenciando una vida desconocida y violenta.

De esta forma, se comprende el fenómeno del desplazamiento como un fenómeno complejo el cual se da dentro de un contexto de guerra, donde están inmersos diversos actores, situaciones y escenarios, los cuales se interrelacionan construyendo realidades sociales que se desarrollan en la esfera de lo público y lo privado. Entre ellas, se puede observar la vida del sujeto en situación de desplazamiento y su realidad, el Estado y sus obligaciones, los grupos ilegales y sus intereses particulares.

II.2.2 Antecedentes en la Relación Conflicto Armado y Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud – OMS, en su Informe Sobre la Salud en el Mundo 2001, Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas, señala como el conflicto, en especial la guerra, ocasiona grandes problemas mentales. De la misma forma, estiman unos 50 millones de refugiados y desplazados en el mundo por la misma causa. Entre las enfermedades más frecuentes por causa del conflicto armado se encuentran, el estrés postraumático (TEPT) acompañado muchas veces de angustia, depresión y ansiedad. Es importante anotar, que existen diversos “síntomas” que emergen luego de una situación violenta y que no son diagnosticados como trastornos pero que afectan gravemente la calidad de vida de los sujetos⁷¹.

De la misma manera, el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS) expresa que “la violencia y la crueldad de los conflictos se asocian a diversos problemas psíquicos y comportamentales, como depresión y ansiedad, conductas suicidas, abuso de alcohol y [de nuevo] trastorno por estrés postraumático”^{ccc}, alterando muchas veces la vida de los sujetos y causando otros tipos de violencia como agresiones a otros y

^{ccc} *Ibíd.* 63. Organización Mundial de la Salud – OMS. Las Formas y los Contextos de la Violencia. En: Informe Mundial Sobre la violencia y la Salud. 2002.

conflictos familiares. A esto se suma, escenarios de vida socialmente inestables que generan condiciones de vulnerabilidad para las poblaciones^{ddd}.

Para la población en general, lo más terrorífico de la guerra es el cambio en su vida cotidiana, el dejar todo lo que habitualmente los rodea trae un trasfondo de dolor y desesperanza. El sentimiento de pérdida abrumba; los determinantes estresores se perpetúan.

La inseguridad, la inestabilidad, el desconocimiento de futuro, las dificultades económicas, la persecución. Las acciones violentas contra la población, las más horrendas; violencia física, psicológica y sexual, estas pueden ser representadas por actos de tortura, asesinato, violaciones, desplazamiento, muerte, entre otros. Lo anteriormente descrito conlleva en la mayoría de los casos a la pérdida de una identidad individual causando reacciones de miedo, ansiedad, ira, insensibilidad emocional, culpa, duelo, trauma y, estrés post-traumático (“concepto que agrupa las reacciones patológicas al trauma”)⁷².

Para Lira, América Latina históricamente ha vivido una violencia política represiva, caracterizada por el uso de métodos psicológicos – métodos invisibles – de control y amenaza política, donde el miedo ha sido una constante que afecta a indígenas, campesinos, mineros y a las poblaciones más vulnerables. La relación, entre amenaza política y la respuesta del miedo, individual o social, es comprendida como proceso psicológico y político que se influyen dialécticamente, donde el miedo delimita invisiblemente la vida cotidiana de los sujetos y la represión política se pone en juego en las relaciones sociales construyendo así realidades políticas. De esta manera, el miedo y la amenaza son entendidos como elementos de una relación social específica que confluyen en las subjetividades, conciencias y comportamientos de los sujetos, afectando sus condiciones de vida y posibilitando experimentar sentimientos de dolor, sufrimiento y pérdida⁷³.

^{ddd} *Ibíd.* 63. OMS. 2002. Organización Mundial de la Salud – OMS. Las Formas y los Contextos de la Violencia. En: Informe Mundial Sobre la violencia y la Salud. Pág. 7 – 27.

De esta forma, se vislumbra como el conflicto armado afecta la salud mental de los sujetos, Sironi (2008) señala como “las violencias de la historia colectiva producen un gran impacto sobre la psicología individual de las personas. Engendran sufrimientos psicológicos, psicopatologías o sociopatologías graves, de consecuencias individuales y colectivas”. Es importante anotar, que los trastornos causados por el conflicto armado son provocados de manera intencional por acciones políticas donde las situaciones traumáticas “moldean” la historia de los individuos y el tipo de enfermedad que padezcan, encontrándonos con sujetos que han vivenciado todo tipo de violencia: ataques terroristas, conflictos étnicos, torturas, genocidios, exilios y desplazamiento forzosos, lo que lleva a considerar la incidencia que ocupa la historia colectiva [en este caso enmarcada en un conflicto armado] en la psicología individual⁷⁴.

De acuerdo a múltiples investigaciones, los efectos del conflicto armado en la salud mental pueden ser diversos, entre los más representativos se encuentran, ansiedad, depresión, insomnio, tendencias suicidas, temblores, mareos, miedos, recuerdos perturbadores, conflictos emocionales, somatización – representada en migrañas, náuseas, dolores de cabeza, espalda y estomago⁷⁵. A esto se suma una amplia gama de problemas psicosociales, la falta de condiciones básicas para vivir, alimento, vivienda, educación, salud, lo que conlleva al incremento de sentimientos de inseguridad y miedo. De la misma forma, se presentan manifestaciones individuales como, pensamientos negativos, bajo autoestima, aislamiento y deterioro social, tristeza profunda y permanente, llanto, falta de concentración, sentimientos de desesperanza y soledad, irritabilidad, pensamientos de no futuro, violación de normas sociales y comportamientos agresivos entre otros⁷⁶. Es importante resaltar que estas expresiones son relacionadas con trastornos mentales, tales como, trastorno disocial, psicosis, depresión, etc. Para la Organización Panamericana de la Salud – OPS, las guerras, “inciden en la elevación de la morbilidad por trastornos psíquicos” y aumentan problemas emocionales y comportamentales en los individuos⁷⁷.

Para Samayoa los cambios de comportamiento y de pensamiento ocasionados por la guerra traen consigo un proceso de deshumanización que caracteriza el

empobrecimiento de cuatro capacidades del ser humano: 1) la capacidad de pensar lucidamente; 2) la capacidad de comunicarse con veracidad; 3) la sensibilidad frente el sufrimiento ajeno; y 4) la esperanza. Entre los cambios cognoscitivos y de comportamiento de los individuos para adaptarse a la guerra, se encuentran: la desatención selectiva y el aferramiento a prejuicios; la absolutización, idealización y rigidez ideológica; el escepticismo evasivo; la defensa paranoide; y el odio y deseo de venganza. A la pregunta de cómo se reflejan o cómo surgen estas transformaciones en los individuos, Samayoa señala tres dimensiones adaptativas o de supervivencia: primero, la inseguridad frente al propio destino; segundo, la carencia de propósito o un sin sentido en lo que se tiene que hacer; y tercero, la necesidad de vinculación o pertenencia personal a algún grupo⁷⁸.

Por su parte Martín Baró señala, como las relaciones sociales de la guerra de un país se cristalizan o se materializan en las personas causando trauma psicosocial^{eee}, afectando directamente sus elementos psíquicos (conocimientos, afectos, voliciones) y/o construyendo unas relaciones sociales aberrantes y deshumanizadoras. El trauma psicosocial se da de acuerdo a la ubicación social y a la forma de participación de los sujetos en los procesos de la guerra. Al hablar de trauma psíquico se tienen en cuenta tres aspectos: a) el trauma tiene un carácter dialéctico donde su naturaleza hay que ubicarla en la relación sociedad – individuo; b) el trauma es producido socialmente, su comprensión y solución no solo requieren atender el problema del individuo, sino sus raíces sociales, es decir, las estructuras o condiciones sociales traumatógenas; y c) los traumas en los individuos no son solo producidos por las relaciones sociales, es el mantenimiento de condiciones traumáticas el que aumenta y multiplica los casos de individuos traumatizados^{fff}.

^{eee} Martín Baró utiliza el concepto de Trauma Psicosocial para “enfatar el carácter esencialmente dialéctico de la herida causada por la vivencia prolongada de una guerra...”. *Ibíd.* 25. Martín Baró, Ignacio. *Guerra y Salud Mental*. En: Poder, Ideología y Violencia. Editorial Trotta. 2003. Pág. 366.

^{fff} *Ibíd.* 25. Martín Baró, Ignacio. *Guerra y Salud Mental*. En: Poder, Ideología y Violencia. Editorial Trotta. 2003. Pág. 292 – 370.

Al realizar la pesquisa sobre la relación conflicto armado y salud mental en Colombia encontramos investigaciones que priorizan en ciclos vitales de niñez y juventud y poblaciones en situación de desplazamiento.

Como ya lo hemos señalado, en Colombia existe el conflicto armado interno desde décadas atrás, aumentando de esta forma el riesgo de morir o enfermar, de ser víctimas del desplazamiento y de la elevación de la pobreza en comunidades afectadas. Entre las reacciones – enfermedades – más notables se encuentra el estrés caracterizado por la diversidad de síntomas y la alteración del funcionamiento social [ya mencionados en el apartado anterior]⁷⁹.

Para Sánchez y Jaramillo, el vivir alguna experiencia de violencia implica la aparición de traumas múltiples, por ejemplo, para personas en situación de desplazamiento, la situación de conflicto es un “generador de estrés psicosocial severo que produce en el individuo, la familia y la comunidad un elevado nivel de malestar” afectando directamente la integralidad personal, suscitando condiciones de impotencia, vivenciando múltiples pérdidas a nivel material y personal, comprometiendo de esta forma, al autoestima y la identidad. De esta forma, el vivenciar una experiencia violenta puede facilitar la aparición de alteraciones emocionales y comportamentales además de “síntomatologías clásicas” como: distorsión del tiempo, desinterés por el futuro, dificultad en la toma de decisiones, desesperanza, aislamiento e incapacidad para relacionarse con otros⁸⁰.

Complementando lo anterior, Médicos Sin Fronteras en su último estudio sobre el conflicto armado en el Caquetá, evidencia como “el equilibrio psíquico de las personas” y la población en general, se ven afectados no solo por la violencia directa⁹⁹⁹, sino que además son víctimas de la “violencia estructural ejercida por las instituciones”^{hhh} y la

⁹⁹⁹ Violencia Directa comprendida como la violencia física y verbal la cual es evidente y se caracteriza por daños corporales, físicos y mentales, tales como amenaza, violencia sexual, restricción de movilidad, etc. Médicos Sin Fronteras. Violencia, Conflictos y Salud. En Tres Veces Víctimas. Víctimas de la Violencia, el Silencio y el Abandono. Conflicto Armado y Salud Mental en el Departamento de Caquetá, Colombia. Junio de 2010. Pág. 6 – 7.

^{hhh} Violencia Indirecta que se da en lo colectivo derivadas de las estructuras políticas y económicas conllevando a la segmentación, exclusión y/o marginalización. Médicos Sin Fronteras. Violencia, Conflictos y Salud. En Tres Veces

violencia cultural, la cual refuerza y legitima las violencias directas e indirectas mediante mecanismos religiosos, ideológicos, lingüísticos dados en la comunicación, educación o en la socialización, los cuales son más difíciles de percibir⁸¹.

Es importante mencionar que el conflicto armado cobra vida de diversas formas, una de estas es el aumento en el reclutamiento de niñas, niños y jóvenes para participar en la guerra; esto ha conllevado a que un gran porcentaje de la población infantil de Colombia construya su realidad y sus relaciones de acuerdo "... a [...] símbolos y expresiones propias de los hechos de violencia que se dan en medio de la guerra" causando deterioro en su desarrollo psicológico y social⁸².

De la misma manera, el conflicto armado es el causante del desplazamiento forzado en Colombia, el cual ha repercutido de diversas maneras en la salud mental de los sujetos. Para Arias y Ruiz, fundadores de la Fundación Dos Mundosⁱⁱⁱ, la exposición a hechos de violencia política como el desplazamiento forzado trae consigo expresiones emocionales caracterizadas por sentimientos de desconfianza y minusvalía, agresividad, pérdida de la autoestima, tristeza, ansiedad, miedo y aislamiento; de la misma manera, se presentan alteraciones del sueño, cambios en el rendimiento escolar, cambios de roles y profundas repercusiones en las relaciones familiares y comunitarias⁸³.

Complementando lo anterior y de acuerdo a Castaño, fundadora de la Corporación Avreⁱⁱⁱ, las personas en situación de desplazamiento presentan manifestaciones emocionales derivadas del miedo y el riesgo que se vivió en el momento del desplazamiento, a esto se suma el sentimiento de pérdida "de lo que quedó atrás y que constituyó hasta ese momento el proyecto vital de cada uno". De esta forma, las personas presentan sentimientos de rabia, miedo, tristeza, nostalgia, impotencia,

Víctimas. Víctimas de la Violencia, el Silencio y el Abandono. Conflicto Armado y Salud Mental en el Departamento de Caquetá, Colombia. Junio de 2010. Pág. 6 – 7.

ⁱⁱⁱ La Fundación Dos Mundos desde 1996 "...desarrolla acciones [en Colombia] desde una perspectiva psicosocial y de derechos humanos, tendientes a la promoción del bienestar emocional y la salud mental de sujetos y comunidades expuestos a violaciones de Derechos Humanos e infracciones del Derecho Internacional Humanitario".

ⁱⁱⁱ Corporación AVRE – Apoyo a Víctima de Violencia Socio Política Pro – Recuperación Emocional. Desarrolla "acciones dirigidas a implementar un programa de salud mental [fundamentado en los derechos humanos] para víctimas de violencia socio-política".

vergüenza, desamparo y desubicación vital, lo cual puede conllevar a problemas psicológicos o trastornos mentales como la ansiedad y la depresión entre los más representativos. De la misma manera, se evidencian cambios en los contextos sociales, tanto en el núcleo familiar como en la comunidad a la que se pertenece, puesto que las dinámicas relacionales se transforman obligando a “reorganizarse para ser funcional a las nuevas circunstancias”⁸⁴.

Para Bello, los impactos del desplazamiento son variados y complejos teniendo en cuenta las múltiples características que pueden llegar a rodear la situación: a) el hecho violento que lo provoca; b) las modalidades como estos se producen (masivo, individual, abrupto, planeado); y c) las condiciones de los contextos de llegada. Estos aspectos se entrelazan construyendo significaciones distintas para los sujetos y por ende reacciones diversas de afrontamiento⁸⁵.

Para concluir, la relación conflicto armado – salud mental ha venido abordándose desde diversas miradas, una de ellas y quizás la más trabajada, es la del trastorno por estrés postraumático – TEPT, la cual refleja los síntomas que presentan las personas posterior a un evento traumático o violento, dejando a un lado, las dimensiones sociales, políticas y económicas que rodean el acto violento y cómo estas dimensiones cobran un significado relevante en la realidad del sujeto. De esta forma, se podría decir que el TEPT se centra en el diagnóstico (en la enfermedad) apartándose de las condiciones histórico – sociales de las víctimas y sus comunidades.

Otra de las formas de estudiar la relación conflicto armado – salud mental, es la abordada desde el enfoque psicosocial, caracterizado por ser holístico, recursivo, relacional, complejo, cambiante e interdisciplinario. El enfoque psicosocial ha sido trabajado principalmente en Latinoamérica, y parte de la premisa de que los comportamientos, emociones y pensamientos de las víctimas del conflicto armado deben ser intervenidas desde la inclusión de los escenarios sociales, comunitarios, políticos y culturales donde los sujetos se desarrollan. Es importante mencionar que el escenario político y sus particularidades, visto desde la intervención psicosocial, marca profundamente las condiciones de vida de las poblaciones víctimas del conflicto,

causando primordialmente inequidades profundas, sentimientos de pérdida, miedo, tristeza, rabia y desesperanza entre los más relevantes. Este enfoque no desconoce la posible presencia de la enfermedad mental, sin embargo no se centra en el síntoma como el centro de explicación a la situación del sujeto, por el contrario busca comprender cuales son los determinantes que conllevaron a la situación y cuáles son las repercusiones en la vida de las personas y las comunidades.

II.2.3 Algunas Repercusiones del Conflicto Armado en la Salud Mental de Pueblos Indígenas

Con relación a las repercusiones del conflicto armado en la salud mental de pueblos indígenas, la OMS señala; los efectos de la guerra, de conflictos y de milicias, han sido uno de los determinantes de la salud y el bienestar de pueblos indígenas, acarreando problemas psicosociales relacionados con el alcoholismo, el suicidio, la depresión y la violencia, y de esta forma, afectando directamente la salud mental de la población⁸⁶.

Durante la guerra civil de Guatemala se presentaron desplazamientos y éxodos de millares de personas pertenecientes a los pueblos Mayas. Esta población vivenció y sufrió diversos tipos de violencia: desaparición, torturas, asesinatos y masacres. 25 años después de finalizar el conflicto armado de este país se han realizado diversos estudios en salud mental que concluyen que un porcentaje importante de la población Maya refugiada ha sufrido alguna vez de trastorno de estrés postraumático caracterizados con altos niveles de ansiedad y síntomas depresivos⁸⁷.

Otra de las consecuencias del conflicto armado en la salud mental de pueblos indígenas es la conducta suicida en jóvenes, la cual está relacionada con, situación de extrema pobreza, choque cultural y sensaciones de frustración, desesperanza y exclusión⁸⁸. En Colombia, entre el 2003 y el 2004, por lo menos 15 jóvenes de los pueblos Emberó, Wounaan, Katio, Chami, se suicidaron; entre las posibles explicaciones se encuentran las precarias condiciones de vida a las que están sometidas las poblaciones; marginalización, hambre, desnutrición, violencia, desplazamiento⁸⁹. Estas condiciones relacionadas todas, con el conflicto armado.

Por otra parte, en el conflicto armado colombiano se ha venido incrementando la violencia sexual como arma de guerra, especialmente contra las mujeres. Oxfam Internacional^{kkk} ⁹⁰ en su informe, *La Violencia Sexual en Colombia: Un Arma de Guerra*^{lll}, señala como las mujeres indígenas han sido uno de los grupos de población más vulnerables ante la violencia sexual, esta última ha sido utilizada como arma de guerra por todos los agentes que intervienen en el conflicto armado de Colombia: fuerzas militares del Estado, paramilitares y grupos guerrilleros. La violencia sexual afecta la integralidad física, psicológica y moral del sujeto; maltrata la vida, la salud, el bienestar y la calidad de vida.

^{kkk} Oxfam Internacional. El nombre Oxfam proviene del comité de Oxford de Ayuda contra el Hambre, fundado en Gran Bretaña en 1942. Oxfam Internacional fue fundada en 1995 por un grupo de ONGs – Organizaciones No Gubernamentales independientes – con el objetivo de trabajar de manera conjunta con las comunidades vulnerables y así reducir la pobreza y la injusticia.

^{lll} La violencia sexual como arma de guerra tiene como finalidad “atacar y demostrar poder frente al enemigo causándole sufrimiento”; “su fin es la tortura, el castigo o la persecución social y política”; “el objetivo final, [...] sembrar el terror en las comunidades utilizando a las mujeres para conseguir sus objetivos militares”. Oxfam Internacional. *Informe Violencia Sexual en Colombia. Un Arma de Guerra*. 2009. Pág. 2 – 32. Disponible en: <http://www.colombiassh.org/site/spip.php?article468>

CAPITULO III. MARCO EPISTEMOLÓGICO

La relación del conflicto armado y la salud mental en pueblos indígenas ha sido abordada desde diferentes perspectivas en las cuales casi siempre se ha dejado de lado la historia y el punto de vista de los propios sujetos afectados, por esta razón se considera necesario reconocer las narrativas propias, las cuales permiten realizar un acercamiento a la realidad de la población, esto desde su experiencia, sus sentires, significados y creencias^{mmm}.

De esta forma, y comprendiendo que el problema de investigación es un asunto de estudio el cual puede ser abordado desde múltiples perspectivas, se considera que el paradigma de la complejidad es el que llega de manera más desprejuiciada a abordar el problema en mención, de otra parte, el pensamiento complejo no se refiere a la dificultad de comprender un fenómeno, por el contrario invita a abrir el abanico de posibilidades y comprensiones con el fin de explicar la problemática desde diversas configuraciones.

En este sentido, al comprender el sujeto como constructor de realidades, donde la historia, la cultura, los contextos donde se desarrolla la vida son fundamentales, se esta dando también una ubicación a ese sujeto dentro de una estructura social marcada por un conjunto de relaciones de poder, en este caso con una fuerte implicación de la raza, ubicándolo en una postura de subalternidad dentro de un contexto social específico. El desarrollo de estas comprensiones se dan desde la epistemología colonial.

De acuerdo a lo anterior, y teniendo en cuenta que el proceso de investigación busca reconocer las comprensiones que hace el pueblo indígena Emberá desde la experiencia del desplazamiento, es necesario que los sustentos epistemológicos que lo apoyan sean sensibles a la comprensión en la construcción narrativa, de significados y de historia de los propios sujetos Emberá, los cuales han sido invisibilizados y silenciados en sus puntos de vista. A los anteriores sustentos se le suma una postura decolonial,

^{mmm} Urrego, Zulma Consuelo & Ruiz, Luisa Fernanda. Este fragmento y los siguientes, surgen de un espacio de construcción en el marco de la dirección del proceso de investigación.

enmarcada en el pensamiento complejo, junto con otros elementos epistemológicos sensibles al abordaje del problema de estudio.

III.1 El Retorno del Sujeto Social Complejo

Al mirar la literatura sobre la noción de sujeto nos encontramos con diversas corrientes las cuales buscan explicar y comprender cómo los seres humanos nos construimos. El proyecto de investigación se enmarca en la postura que cree firmemente que el sujeto se construye socialmente y que su realidad se construye en relación con el otro, es decir, que los seres humanos somos sujetos sociales. Apoyándonos en el texto La Noción de Sujeto, Morin afirma: “para llegar a esta noción de sujeto hay que pensar que toda organización biológica necesita una dimensión cognitiva” la cual surge de la interacción del ser humano con escenarios sociales determinados los cuales están inmersos de símbolos, signos, lenguaje e información que permite reconocernos a nosotros mismos y a los otros⁹¹.

Siendo el sujeto, en tanto miembro de una colectividad, un constructor de realidades, realidades construidas con otros y fundadas por medio del lenguaje, el sujeto puede ser comprendido como un Ser lingüístico que trasciende y se desarrolla en contextos y/o escenarios de la vida cotidiana enmarcados por sometimientos y poderes que se encuentran en la esfera de lo social. “Debe considerarse al sujeto como una categoría lingüística [... adquiriendo] inteligibilidad sólo en tanto que están, por así decir, previamente establecidos en el lenguaje”. [...] El sometimiento es al mismo tiempo un poder asumido por el sujeto, y esa asunción constituye el instrumento de su devenir⁹².

Aquí nos podríamos preguntar, ¿a qué y cómo nos sujetamos los seres humanos? Nos sujetamos a contextos significativos, a emociones de amor, temor, alegría, odio, entre otras, nos atamos a lo material, al dinero, a pensamientos, pautas y sistemas de creencias, a la religión, a la familia, a la cultura, a estructuras, finalmente a relaciones que nos construyen como sujetos, sujetos a un devenir construido con otros, por medio de narrativas, y en escenarios establecidos o determinados.

De esta forma, los sujetos nos enmarcamos entre el otro y lo social, en un bucle de relaciones que nos construyen y nos reconstruyen. El otro entendido como también sujeto; lo social como el escenario determinado donde las relaciones se dan y la realidad se conforma en dinámicas circulares donde están en “juego” el mí mismo y el otro dentro de procesos recursivos que se enmarcan en escenarios con características que me determinan (identidad)ⁿⁿⁿ y determinan al otro como sujeto-objeto, sujetos con posturas y realidades que dan cuenta de una también realidad colectiva.

“Una cualidad esencial del sujeto es la aptitud para objetivar, empezando por la aptitud para objetivarse a uno mismo, a reconocerse, según la expresión de Paul Ricoeur, “a sí mismo como otro”⁹³.

III.2 La Hermenéutica Interpretativa y la Narrativa como Elementos Fundamentales para Comprender la Existencia Humana y el Sentido de la Realidad

La hermenéutica fue desarrollada por Heidegger como forma de interpretación de la experiencia humana la cual se constituye en cada momento de la acción del sujeto. De esta manera, “el hombre como objeto de la investigación hermenéutica es ubicado en su situación actual, y sus construcciones de sentido aparecen por su actividad practica”. Así “el planteamiento hermenéutico se ubica en la situación histórico-cultural en que se produce la acción del sujeto y, por tanto, sus construcciones semánticas”. De esta forma, la hermenéutica “expresa la especificidad epistemológica de una búsqueda cualitativa a través de la interpretación, con todas las implicaciones que ello tiene en la comprensión del conocimiento de forma flexible, parcial, interactiva y constructiva; solo que para la hermenéutica el descubrimiento de los sentidos se ubica en la relación actual del hombre con la situación”⁹⁴.

ⁿⁿⁿ “la identidad del sujeto comporta un principio de distinción, de diferenciación y de reunificación. Este principio bastante complejo es absolutamente necesario porque permite el tratamiento objetivo de uno mismo”. *Ibíd.* 91. Morin, Edgar. La Noción de Sujeto. En: La Mente Bien Ordenada. Editorial Seix Barral Los Tres Mundos Ensayo, 2000. Pág. 173.

Por su parte H. G. Gadamer, en su obra *Verdad y Método* (1960), propone una hermenéutica del conocimiento elaborando “una teoría de la comprensión según la cual ésta deja de ser un método para convertirse en una dimensión básica del ser humano en sus aspectos históricos y sociales, [...] la cual consiste no en entender al otro, sino entenderse con otro respecto de algo, respecto de un texto. Un “texto” puede ser una obra escrita, pero también una obra de arte, un acontecimiento histórico, etc. Así, [...] toda comprensión se realiza en un círculo hermenéutico el cual implica “cierta circularidad de la “parte y el todo”: los fragmentos se interpretan desde la totalidad del texto, y éste desde la comprensión de sus fragmentos (y el círculo se amplía también al contexto, autor, época, etc.). Tal circularidad es inevitable y pertenece a la esencia misma de la comprensión”⁹⁵. [Además, todo proceso hermenéutico] es histórico y lingüístico, pues el lenguaje es el medio a través del cual la comprensión se da. El lenguaje, además de ser un sistema de signos, es una expresión del modo humano de “ser en el mundo”. Finalmente, no es posible lograr una comprensión libre de prejuicios o de conocimientos previos⁹⁶.

Con relación a la filosofía hermenéutica, Schwandt anota⁹⁷:

- La comprensión es entendida como interpretación
- Retomando a Gadamer y Taylor la hermenéutica es un arte o una técnica de comprensión cuyo objetivo es construir una base metodológica para las ciencias humanas.
- En el acto de interpretación, los procesos socio-históricos, los prejuicios y las tradiciones no son características que un intérprete debe eliminar con el fin de llegar a una interpretación clara. Al contrario la tradición es una herramienta vital que nos lleva a la comprensión.
- El objetivo de la filosofía hermenéutica, es filosofar para comprender que está alrededor del proceso de comprensión del ser humano.
- Solo en el diálogo reconocemos nuestras percepciones y prejuicios, nuestros gustos, nuestros miedos, a nosotros mismos. La comprensión es entendida como un proceso participativo, conversacional y dialógico.

- La construcción de significados es una negociación mutua y el lenguaje no es una cuestión objetiva.

En este sentido, el lenguaje como acción, funda realidades que manifiestan comprensiones de la forma en que se percibe el mundo y la forma como somos percibidos por el mundo. La forma en que el sujeto organiza y da a conocer su realidad es por medio de las narrativas.

Así, la narrativa y el proceso narrativo, coloca en pleno la consideración del lenguaje y su papel en la construcción sociolingüística de la realidad en interacción - conversación social. Ciertamente, la narrativa como forma de organización de la experiencia humana se hace viable en cuanto estructura y proceso de la vida psicosociocultural personal y colectiva, en tanto que provee sentido a la misma, posibilita la comunicación y la actividad social coordinada con y entre el sistema social en la medida en que dispone del lenguaje humano para realizarse, pero el lenguaje como sistema natural, él mismo es histórico y cultural⁹⁸.

En la narrativa, la acción eje del relato lo constituye quien lo cuenta y como lo cuenta. En otras palabras, hacemos referencia al mundo interpretativo del actor que cuenta el relato. Los significados y comprensiones que emergen del relato son resultado de formas asociativas, es decir, de la manera en que se van encadenando uno y otro acontecimiento y que cobran fuerza en un contexto social. Para William Law (1997) “La perspectiva narrativa sostiene que el proceso de desarrollo de una historia acerca de la propia vida llega a convertirse en base de toda identidad, desafiando así cualquier concepto de un yo unificado subyacente. El desarrollo de una narración o una historia es algo que hacemos en conjunto con otros. Es el proceso de definir quienes somos en interacción con las diversas maneras en que otras personas nos perciben. Y este proceso es recursivo. Damos forma al mundo en que vivimos, y creamos así nuestra propia “realidad” dentro de un contexto de una comunidad de otros. Los límites de nuestras narraciones son construidos a través de restricciones y potencialidades (históricas), políticas, económicas, sociales y culturales; y nuestras posibilidades; de

elegir narrativas no es ilimitada sino que existen en contextos determinados. Esta narrativa, o sentido del sí mismo, no solo surge a través del discurso con los otros, sino que es nuestro discurso con los otros. No hay un sí mismo oculto a ser interpretado. Nosotros nos revelamos en cada momento de la interacción a través de la continua narrativa que mantenemos con otros”⁹⁹.

Se hace alusión entonces, a que la narrativa emerge en contextos sociales específicos y es precisamente allí donde cobran sentido.

III.3 Pensamiento Colonial: La Colonialidad de la Clasificación Social y el Giro Decolonial^{ooo100}

Entrar a trabajar desde el pensamiento decolonial tiene como objetivo realizar un acercamiento a las razones por las cuales las poblaciones indígenas han sido víctimas, históricamente, de explotación, discriminación, dominación, racismo, guerra, entre otros, donde la pobreza y por ende la inequidad son determinantes en la vida individual y colectiva de la población. La colonialidad tiene una relación íntima con las fuerzas de poder ejercidas desde la estructura del sistema capitalista, el cual tiene formas macabras de someter a la población a condiciones de inferioridad, marginalidad e injusticia.

“La colonialidad es uno de los elementos constitutivos y específicos del patrón mundial de poder^{ppp} capitalista. Se funda en la imposición de una clasificación racial/étnica de la población del mundo como piedra angular de dicho patrón de poder y opera en cada uno de los planos, ámbitos y dimensiones, materiales y subjetivas, de la existencia social cotidiana y a escala societal. Se origina y mundializa a partir de América [Latina]”^{qqq}.

^{ooo} Este apartado será trabajado desde el texto elaborado por Aníbal Quijano. Quijano, Aníbal. Colonialidad del Poder y Clasificación Social. Journal of World-Systems Research [Internet]. 2000 [Citado 21 de Marzo 2015]; VI (2): 342-386. Disponible en: <http://www.jwsr.org/wp-content/uploads/2013/05/jwsr-v6n2.pdf>.

^{ppp} “El poder está siempre en estado de conflicto y en procesos de distribución y de redistribución. Sus períodos históricos pueden ser distinguidos, precisamente, en relación a tales procesos”. *Ibíd.* 100. Quijano, Aníbal. 2000. Pág. 370.

^{qqq} *Ibíd.* 100. Quijano, Aníbal. 2000. Pág. 342.

Las características del poder actual, han configurado a) identidades societales de la colonialidad: indios, negros, aceitunados, amarillos, blancos, mestizos; b) geoculturales del colonialismo, como América, Africa, Asia y Europa Occidental y c) hegemonía eurocentrada comprendida como el universo de relaciones intersubjetivas de dominación en las cuales se fueron fundiendo las experiencias del colonialismo y de la colonialidad con las necesidades del capitalismo^{rrr}. “Ese específico universo es el que será después denominado como la modernidad”^{sss}.

“En el capitalismo mundial, colonial/moderno, las gentes se clasifican y son clasificadas según tres líneas diferentes, pero articuladas en una estructura global común por la colonialidad del poder”: 1) trabajo, control de la producción de recursos de sobrevivencia social: control de la fuerza de trabajo, de los recursos y productos; 2) género, control de la reproducción biológica de la especie: control del sexo y de sus productos (placer y descendencia) y; c) raza: fue incorporada en el capitalismo eurocentrado en función de ambos ejes. “Y el control de la autoridad se organiza para garantizar las relaciones de poder así configuradas”^{ttt}.

“En el capitalismo mundial, son la cuestión del trabajo, de la “raza”y del “género,” las tres instancias centrales respecto de las cuales se ordenan las relaciones de explotación/dominación/conflicto”^{uuu}.

Para Quijano, lo que comenzó con América fue mundialmente impuesto. La población de todo el mundo fue clasificada, ante todo, en identidades “raciales” y dividida entre los dominantes/superiores “europeos” y los dominados/ inferiores “no-europeos.” De esta forma, las diferencias fenotípicas fueron usadas como expresión externa de las diferencias “raciales”, siendo el color de la piel la marca “racial” más significativa. De ese modo, se adjudicó a los dominadores/superiores “europeos” el atributo de “raza

^{rrr} “[...] los procesos de subjetificación cuyo sentido es el conflicto en torno de la explotación/dominación, constituye un proceso de clasificación social”. *Ibíd.* 100. Quijano, Aníbal. 2000. Pág. 371.

^{sss} *Ibíd.* 100. Quijano, Aníbal. 2000. Pág. 343.

^{ttt} *Ibíd.* 100. Quijano, Aníbal. 2000. Pág. 368.

^{uuu} *Ibíd.* 100. Quijano, Aníbal. 2000. Pág. 371.

blanca” y a todos los dominados/inferiores “no-europeos,” el atributo de “razas de color”^{vvv}.

“La lucha contra la explotación/dominación [y el conflicto] implica sin duda, en primer término, la lucha por la destrucción de la colonialidad del poder, no sólo para terminar con el racismo, sino por su condición de eje articulador del patrón universal del capitalismo eurocentrado. Esa lucha es parte de la destrucción del poder capitalista, por ser hoy la trama viva de todas las formas históricas de explotación, dominación, discriminación, materiales e intersubjetivas”^{www}.

De esta forma, el pensamiento decolonial surge como una alternativa en América Latina, a la lógica impuesta por la modernidad europea, basada en el pensamiento colonial, después del descubrimiento de América, donde la raza, la geocultura, las epistemologías usadas para la producción del conocimiento como el único conocimiento válido y el poder capitalista predominan, olvidándose del sujeto en relación con el otro y los contextos sociales donde desarrollan su vidas. En este sentido, el pensamiento decolonial invita a comprender el mundo y actuar en el de otras formas, dejando a un lado las propuestas eurocentristas con el fin de co–construir formas de vida más justas e igualitarias. Así el proyecto de investigación se instaura desde una propuesta relacional, emotiva, contextual, compleja e histórica.

^{vvv} Ibid. 100. Quijano, Aníbal. 2000. Pág. 374.

^{www} Ibid. 100. Quijano, Aníbal. 2000. Pág. 380.

CAPITULO IV. METODOLOGÍA

“...la investigación en salud tiene necesariamente que dirigirse a ayudar la emergencia del sujeto fortaleciendo la voluntad y la capacidad de los individuos para ser actores de su propia vida”¹⁰¹

El enfoque en esta investigación se dará desde el pensamiento complejo, tomando elementos de la medicina social, de las posturas sistémicas – construccionistas, del pensamiento crítico, la epistemología decolonial y del pensamiento hermenéutico interpretativo donde se busca comprender la realidad de los sujetos en relación con otros y sus contextos significativos por medio del análisis narrativo, donde el objeto de investigación (problema a investigar = naturaleza en la relación conflicto armado – salud mental) será estudiado desde la relación existente con las realidades/subjetividades de los individuos (sujetos de estudio = pueblos indígenas Emberá en situación de desplazamiento forzado). De esta forma, se pretende reconocer las relaciones existentes en la relación objeto – sujeto y como éstas se interrelacionan desde un método cualitativo de investigación.

IV. 1 Diseño y Tipo de Estudio

La investigación se desarrolla desde un método cualitativo empleando técnicas mixtas, basado en el pensamiento complejo, tomando elementos de la medicina social, de las posturas sistémicas – construccionistas, del pensamiento crítico, y de la fundamentación hermenéutica interpretativa, nutrida con elementos de la epistemología decolonial, y organizado a través de las siguientes fases:

Fase No. 1. Exploración Preliminar: fase de reconocimiento del sujeto de estudio, sus dinámicas, estructura y algunas narrativas alrededor de la salud mental. Para el desarrollo de esta fase se realizó una entrevista en profundidad con un experto internacional, un experto nacional y un conversatorio con cuatro mujeres Emberá Chamí.

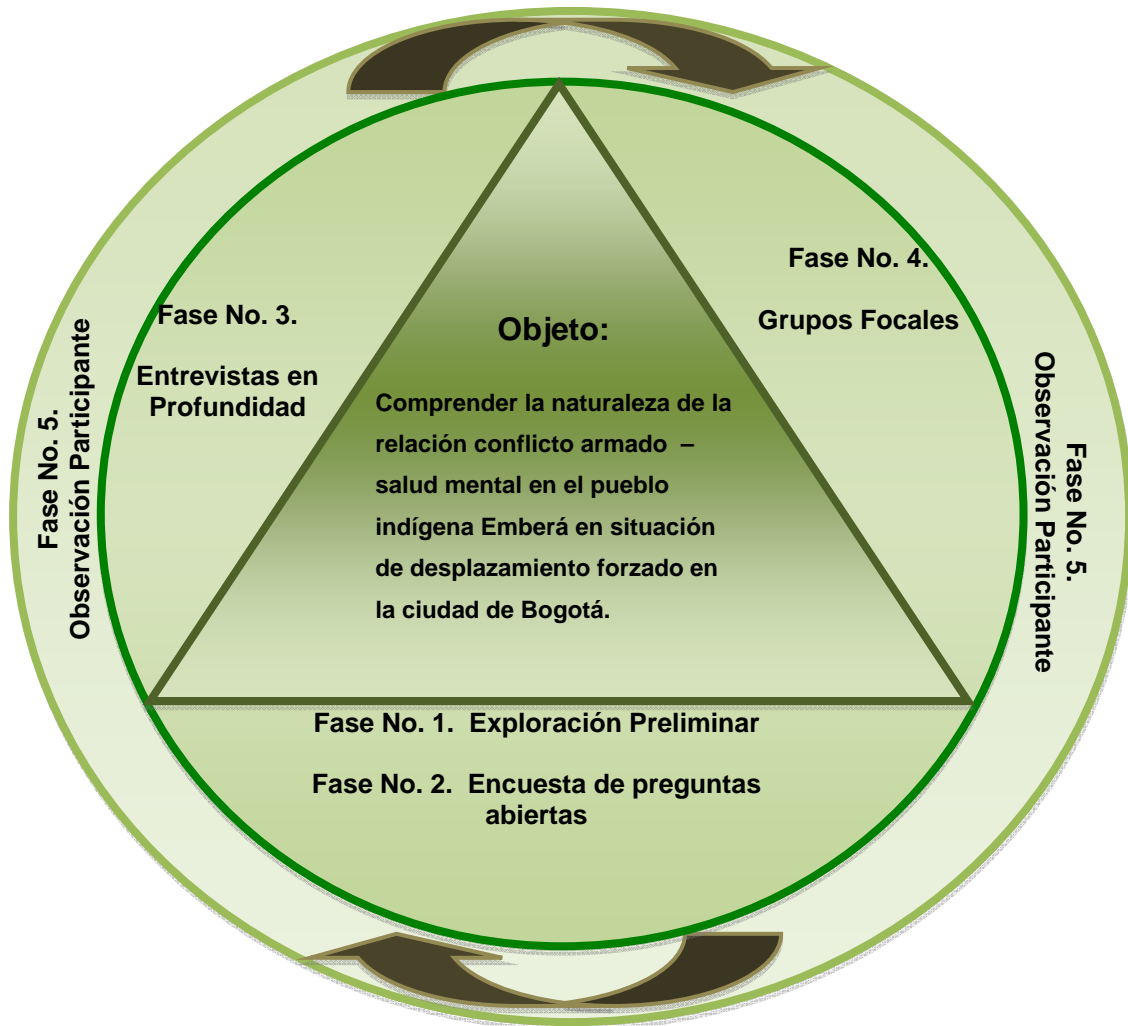
Fase No. 2. Encuesta de Pregunta Abierta: orientada a dar respuesta al objetivo específico número 1 el cual pretende explorar significados de salud mental en el pueblo indígena Emberá en situación de desplazamiento forzado. Para el desarrollo de esta fase se llevó a cabo un cuestionario de preguntas abiertas, orientadas hacia las categorías de estudio contenidas en el objetivo citado; a partir de las respuestas obtenidas, fueron analizados sentidos y significados.

Fase No. 3. Entrevistas en profundidad: se pretendió reconocer las narrativas de pueblos indígenas Emberá alrededor de algunos aspectos de la salud mental occidental, tales como pautas de crianza y problemáticas en salud mental como: alcoholismo, violencia intrafamiliar y suicidio, y su relación percibida con el conflicto armado. De la misma manera, se indagó sobre los posibles aspectos que se deben tener en cuenta para la planeación futura de intervenciones culturalmente apropiadas

Fase No. 4. Grupo Focal: Desarrollo de un grupo focal con expertos con el fin de conversar alrededor de los significados que ellos consideran que los Emberá tienen sobre su salud mental, sobre la relación existente entre algunos aspectos de la salud mental occidental, tales como pautas de crianza y problemáticas en salud mental como: alcoholismo, violencia intrafamiliar y suicidio, y su relación percibida con el conflicto armado. De la misma manera, se indaga sobre los posibles aspectos que se deben tener en cuenta para la planeación futura de intervenciones culturalmente apropiadas

Fase No. 5. Observación Participante: Dar cuenta de las reflexiones sobre los pensamientos, emociones y percepciones de la investigadora. Esta fase se realizó a lo largo de todo el desarrollo del proyecto.

Gráfica No. 2. Ruta por Fases



La periodización escogida para el estudio, entre 2012 y 2014, es la representación del periodo en el cual se trabajó de manera directa con la población.

IV. 2 Mecanismos e Instrumentos de Recolección

Los mecanismos e instrumentos de recolección fueron la encuesta de preguntas abiertas, las entrevistas en profundidad, el grupo focal y la observación participante.

IV.2.1 Encuesta.

La encuesta es un instrumento que busca recolectar datos – por medio de cuestionarios – sobre categorías de interés. La información se obtuvo por medio de una sección inicial de preguntas cerradas para identificación socio – demográfica, seguida por un conjunto de preguntas abiertas, que estén relacionadas con el objetivo del proyecto de investigación.

Los cuestionarios son instrumentos utilizados para averiguar hechos y condiciones de interés. De esta forma, las encuestas presentan preguntas cuidadosamente elegidas y trabajadas con el fin de obtener la información objeto de estudio. Las preguntas son formuladas a la población sujeto de investigación con el fin de precisar, organizar y agrupar categorías¹⁰².

De esta manera, con la aplicación del instrumento se busco explorar significados de salud mental en pueblos indígenas Emberá en situación de desplazamiento forzado, a través de la sección de preguntas abiertas.

Las preguntas cerradas proveyeron información socio – demográfica para enmarcar y comprender el lugar desde donde eran producidos dichos significados por los sujetos participantes en el estudio. Para los datos demográficos se empleo una descripción cuantitativa manual de las características básicas de la población.

Imagen No. 2. Encuesta – Preguntas Abiertas

Formato de Encuesta Sobre Significados de la Salud Mental en Pueblos Indígenas en Situación de Desplazamiento en Bogotá.	
Eje No. 1. Información General	
No. De Encuesta:	_____
Fecha de Aplicación:	_____
Nombre:	_____
Nombre del Grupo Indígena:	_____
Lugar de Origen:	_____
Edad en Años Cumplidos:	_____
Sexo:	1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino <input type="checkbox"/>
Estado Civil:	1. Soltero <input type="checkbox"/> 2. Casado <input type="checkbox"/> 3. Unión Libre <input type="checkbox"/> 4. Separado <input type="checkbox"/> 5. Divorciado <input type="checkbox"/> 6. Viudo <input type="checkbox"/>
Escolaridad:	1. Ninguno <input type="checkbox"/> 2. Preescolar <input type="checkbox"/> 3. Primaria <input type="checkbox"/> 4. Secundaria <input type="checkbox"/> 5. Técnica o Tecnológica <input type="checkbox"/> 6. Superior <input type="checkbox"/> 7. Descolarizado <input type="checkbox"/>
Tiempo en Situación de Desplazamiento:	_____
Tiempo que Lleva Viviendo en Bogotá:	_____
Eje No. 2. Encuesta de Asociación Libre. Significados en Salud Mental	
Nombre las primeras palabras que se le ocurran. En que piensa cuando escucha la palabra salud mental.	
1.	_____
2.	_____
3.	_____
Nombre las primeras palabras que se le ocurran. Para usted cuales son las cosas más importantes que deben tener las personas para sentirse bien, contentos, tranquilos y mentalmente saludables.	
1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____
5.	_____
En una frase defina para usted que es salud mental	

En una sola palabra, que piensa cuando ve la siguiente imagen.	
1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____
5.	_____
6.	_____

Imagen No. 3. Encuesta de Preguntas Abiertas – Fotografías



IV.2.2 Entrevista en Profundidad.

Las entrevistas en profundidad son definidas como “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras”¹⁰³.

El instrumento de entrevistas en profundidad, convocan las “narrativas” de la población sujeto de estudio, lo que permite reconocer los significados, construcciones, emociones, pensamientos, inequidades y prácticas de los pueblos indígenas Emberá en situación de desplazamiento forzado, permitiendo así el alcance del objetivo propuesto en el proyecto.

Matriz No. 3. Entrevista en Profundidad – Preguntas Orientadoras

Población: Indígenas Emberá
Para usted cuáles son las cosas más importantes que debe tener para sentirse bien, contento, tranquilo y mentalmente saludable.
Cuáles han sido las consecuencias, que ha traído a su vida, ser víctima del conflicto armado?
Para usted, el conflicto armado es causante de la transformación o desaparición de sus tradiciones culturales?, si usted dejara de hablar su idioma, o cambiara su forma de comer o de curarse de alguna enfermedad; cree usted que esto causaría malestar en su vida?
Considera usted que la forma en que están creciendo sus hijos a cambiado desde que esta viviendo en Bogotá?; cómo ha cambiado?, y como le ha afectado?; cree que se ve afectado el futuro de ellos?
Cómo explica usted los problemas relacionados con alcoholismo, violencia intrafamiliar o suicidio. En donde vivía, la población tenía problemas de alcoholismo, violencia intrafamiliar o suicidio?
Cuáles considera usted que son los aspectos que se deben tener en cuenta para una intervención en salud mental.

IV.2.3 Grupos Focales.

Los grupos focales o grupos de discusión son una técnica de recolección de datos guiado por un conjunto de preguntas diseñadas con el objetivo de discutir una temática en particular, de esta manera se define como "reunión de un grupo de individuos

seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación"¹⁰⁴.

De esta manera en el proyecto de investigación, el grupo focal pretendió reconocer las experiencias y comprensiones de expertos alrededor de la salud mental de pueblos indígenas, teniendo en cuenta los objetivos de la investigación y las particularidades del proyecto.

Matriz No. 4. Grupo Focal – Preguntas Orientadoras

Población: Expertos
Cuál cree usted que son los significados que tienen los pueblos indígenas sobre la salud mental?
Cuál es la dinámica de la relación conflicto armado – salud mental en pueblos indígenas en situación de desplazamiento?/Cuales son las consecuencias, que trae a la vida de un colectivo indígena, ser víctima del conflicto armado?
El conflicto armado es causante de la transformación o desaparición de las tradiciones culturales de los colectivos indígenas; la transformación o desaparición de las tradiciones culturales es una causa de malestar en la vida de los colectivos indígenas; cuales son las consecuencias más significativas de la transformación o desaparición de las tradiciones culturales de los colectivos indígenas, esto en términos de salud.
Cómo considera usted que se ven afectadas las pautas de crianza o formas en las que crecen los niños y niñas al ser víctimas del conflicto armado?
Cuál es la explicación para la presencia de problemas relacionados con alcoholismo, violencia intrafamiliar o suicidio en pueblos indígenas?; ser víctima del conflicto armado puede ser causante para la presencia de dichas problemáticas?
Cuáles consideran ustedes que son los posibles aspectos que se deben tener en cuenta para la planeación futura de intervenciones culturalmente apropiadas.

IV.2.4 Observación Participante

La observación participante es comprendida como “observación sistematizada natural de grupos reales o comunidades en su vida cotidiana”¹⁰⁵, la cual “combina simultáneamente el análisis de documentos, la entrevista [...], la observación y la participación directa”¹⁰⁶. En este sentido la observación participante es comprendida como un proceso juicioso, el cual busca realizar la descripción de un grupo cultural específico, sus particularidades y dinámicas, por medio de diversas técnicas como la historia de vida, los diarios de campo, registro audiovisual y fotografía, etc.

Matriz No. 5. Observación Participante – Diario de Campo

Nombre del Observador: Nombre del Grupo Indígena:	Fecha: Hora: Escenario:
Reflexión (Proceso autorreflexivo, sobre los pensamientos, emociones y percepciones propias):	

IV. 3 Población, Muestra y Categorías de Análisis.

La población de referencia fue el total de indígenas Emberá que vivieron en el alojamiento de la Secretaría Distrital de Integración Social entre noviembre de 2012 y noviembre de 2013. 2 sujetos alojados en los Paga Diarios del centro de Bogotá, en el 2014 y 2 sujetos de la Fundación Social Crecer en el mismo año. De esta manera, el total de la población fue de 402 sujetos, 189 Emberá Chamí y 213 Emberá Katío.

Para la muestra se emplearon **varios tipos de muestreo no probabilístico: uno por conveniencia**, para muestrear la población indígena que participo en la encuesta y **dos estructurales, uno para muestrear a la población indígena** a quienes se les realizaron las entrevistas en profundidad y **el segundo para los expertos**, indígenas y no indígenas, que participaron en el grupo focal. Es importante mencionar que las preguntas trabajadas en las entrevistas en profundidad y en el grupo focal fueron las mismas con el fin de complementar los resultados obtenidos. De esta forma, para la transición de las diferentes fases se procedió a muestrear de la siguiente manera:

IV.3.1 Población y Muestra de la Exploración Preliminar

En la fase No. 1: exploración preliminar, se realizó una entrevista en profundidad con un experto internacional, uno nacional y un conversatorio con cuatro mujeres Emberá Chamí. Los conversatorios tenían como objetivo reconocer la participación de la población sujeto en escenarios grupales. De los resultados de este ejercicio se tomó la

decisión de realizar entrevistas en profundidad con la población sujeto, teniendo en cuenta la dinámica de la población en escenarios grupales, donde principalmente habla el líder y los demás integrantes no tienen una participación activa.

Con relación a la entrevista en profundidad, esta se trabajó con el objetivo de identificar si las preguntas orientadoras arrojaban los resultados esperados y contribuían al objeto de estudio. De este ejercicio, se tomo la decisión de continuar con las preguntas ya establecidas.

Matriz No. 6. Definición de Categorías de Análisis – Exploración Preliminar

Estudio sobre “Una Reflexión sobre la Relación Conflicto Armado – Salud Mental en el Pueblo Indígena Emberá en Situación de Desplazamiento Forzado, Bogotá 2012 – 2014”	
Fuentes	
Análisis de la información Exploración Preliminar	
Categorías de Análisis	Definición Conceptual
1. Salud Mental	Estado de equilibrio físico, psicológico, social y espiritual donde se reconoce al sujeto y su acontecer cotidiano, retomando las condiciones sociales, históricas, ambientales, económicas, culturales y políticas; vislumbrando las relaciones y las conexiones de los sujetos con otros y los contextos donde se desenvuelve la vida. La salud mental es un elemento de la vida, es una construcción social, donde estamos inmersos todos y nuestros aconteceres.
2. Conflicto Armado	Será comprendido como una forma de violencia política, entendida está como aquella ejercida como medio de lucha política social con el fin de mantener, modificar, substituir o destruir un modelo de Estado o de sociedad, o también, para destruir o reprimir a un grupo humano por su afinidad social, política, gremial, racial, ideológico o cultural, esté o no organizado.
3. Desplazado	Ley 387: desplazado es toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional y ha abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas.
4. Tradiciones Culturales	Cultura es el conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar (es decir, su comportamiento) ¹⁰⁷ .
5. Pautas de Crianza	Conjunto de actitudes comunicadas a los hijos, que crean, en su totalidad, un clima emocional que facilita su bienestar y desarrollo ¹⁰⁸ .
6. Alcoholismo	Comprendido como "problemas relacionados con el alcohol" los cuales incluyen problemas de la salud de índole física, psicológica y social ¹⁰⁹ .
7. Violencia Intrafamiliar	Se entiende todo acto que violenta la integridad física, psicológica y emocional de alguno de los individuos que componen el ámbito doméstico; se refiere a las violencias que afectan la libertad, la autonomía, la dignidad y la integridad corporal, sexual, mental, espiritual y psicológica de una persona por parte de otra o varias con quienes se haya establecido una relación de tipo familiar, afectivo o de convivencia. Este tipo de violencia es el resultado de relaciones inequitativas e injustas entre miembros del grupo familiar y la expresión de las relaciones de dominación y/o subordinación basadas en la edad, sexo o posición de algunos de sus miembros, las cuales llevan a la afectación directa de la salud mental de quienes la sufren directa e indirectamente ¹¹⁰ .
8. Suicidio	El suicidio (del latín, etimología sui: sí mismo y caedere: matar) ^{xxx} , es un acto deliberado e intencional que provoca una lesión auto infligida que termina en la muerte ¹¹¹ .
9. Intervenciones Culturalmente Apropriadas	Comprendidas como intervenciones que incorporen componentes culturales que dan cuenta de las características de un grupo determinado.

^{xxx} *Ibíd.* 63. Organización Mundial de la Salud/OMS. Capítulo 7: La Violencia Autoinfligida. En: Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Pág. 209.2002.

IV.3.2 Población y Muestra de la Encuesta

Se realizó un muestreo por conveniencia a los sujetos que aceptaron realizar el cuestionario. El total de tamaño de la muestra fue de 65 sujetos de los pueblos Emberá Chamí y Emberá Katío, con las siguientes características:

Matriz No. 7. Tamaño de Muestra

Fase No. 2. Encuesta						
Muestreo	Etapa de Ciclo Vital ^{yyy} 112	Sexo	Chamí	Katío	Total	
Conveniencia	6 A 13	Hombre	0	2	2	
		Mujer	0	2	2	
	14 A 17	Hombre	1	3	4	
		Mujer	0	6	6	
	18 A 26	Hombre	6	5	11	
		Mujer	3	4	7	
	27 A 59	Hombre	11	8	19	
		Mujer	6	8	14	
	Total			27	38	65

^{yyy} Las etapas de ciclo vital que se desarrollan dentro del proceso de investigación están en el marco de las políticas poblacionales Distritales de la Ciudad de Bogotá. De esta manera, “el ciclo vital se define como el tránsito de la vida, desde la gestación hasta la muerte, como un continuo desarrollo. Es un proceso complejo y puede ser estudiado desde cuatro dimensiones: desarrollo físico, cognoscitivo, emocional y social. Estas dimensiones se presentan simultáneamente a lo largo de la vida y pueden tener desarrollos disímiles, que se afectan entre sí y crean interdependencia, en la que cada una refleja a las otras. En general, se definen cuatro etapas: niñez, juventud, adultez y vejez”. La niñez inicia desde la gestación hasta los 12 años. Juventud, se encuentran entre los 14 y los 26 años de edad. Adultez, etapa comprendida entre los 27 y los 59 años de edad. Vejez, de los sesenta años y termina con la muerte. Ibíd 112. García Solángel, Ruiz Esmily, Díaz Tatiana, Roza Patricia, Espinosa Gladys. 2010. Pág. 126-142. Dentro de cada una de las cuatro etapas se presentan fases divisorias que representan el desarrollo del sujeto. Por ejemplo, en la etapa de juventud se representa una fase de 14 a los 17 años relacionada con la adolescencia.

Matriz No. 8. Definición de Categorías de Análisis – Encuesta Tópico Características Sociodemográficas y Tópico de Preguntas Abiertas

Estudio sobre “Una Reflexión sobre la Relación Conflicto Armado – Salud Mental en el Pueblo Indígena Emberá en Situación de Desplazamiento Forzado, Bogotá 2012 – 2014”	
Fuentes	
Análisis de la información Encuesta de Preguntas Abiertas.	
Tópico Características Sociodemográficas	
La información expresada por el sujeto libremente ante la preguntas cerradas, para identificación socio – demográfica, se codificó bajo los siguientes códigos preestablecidos	
Categoría	Definición Conceptual
1. Identificación Personal	Denominación verbal que se le da a una persona.
2. Identificación del Grupo Étnico	Denominación verbal que se le da a un grupo étnico.
3. Lugar de origen	Según región, municipio o territorio del país de donde es originaria una persona.
4. Edad en Años Cumplidos	Según número de años cumplidos
5. Sexo	Variable física, producida biológicamente según autodescripción del sujeto al sexo hombre o mujer.
6. Estado Civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona en relación a otra, con quien crea lazos jurídicamente reconocidos de familiaridad, según autodescripción del sujeto.
7. Escolaridad	Último nivel cursado en el sistema educativo formal, según autodescripción del sujeto.
8. Tiempo en Situación de Desplazamiento	Tiempo que ha transcurrido desde que el sujeto fue obligado/a a dejar su lugar habitual de vida debido a amenazas y a su seguridad personal, esto de acuerdo a lo expresado por el sujeto en su narrativa.
9. Tiempo que lleva Viviendo en Bogotá	Tiempo que ha transcurrido desde que el sujeto llegó a Bogotá al ser obligado/a a dejar su lugar habitual de vida debido a amenazas y a su seguridad personal, esto de acuerdo a lo expresado por el sujeto en su narrativa.
Tópico de Preguntas Abiertas	
La información expresada por el sujeto libremente ante la pregunta abierta se codificó bajo categorías emergentes	
Categorías de Análisis	Definición Conceptual
1. Salud Mental	La definición de las categorías de análisis es acorde a la matriz expuesta con antelación en el marco de la fase de Exploración Preliminar
2. Conflicto Armado	
3. Desplazado	
4. Tradiciones Culturales	
5. Pautas de Crianza	
6. Alcoholismo	
7. Violencia Intrafamiliar	
8. Suicidio	
9. Intervenciones Culturalmente Apropriadas	

IV.3.3 Población y Muestra de la Entrevista en Profundidad

Con relación a la fase No. 3. Entrevistas en profundidad. Se realiza un muestreo estructural mediante criterios de representación socioestructural, es decir cada sujeto seleccionado representa un nivel diferenciado en la estructura social^{zzz} de la población indígena Emberá lo que representa su singularidad, su percepción y opinión.

Según la base de datos suministrada por la Secretaria Distrital de Salud en el marco del “Proyecto Especial en Salud para la Población Indígena Emberá Víctima Asentada en el Distrito”, ejecutado por la ESE Centro Oriente, el total de la población registrada en el alojamiento de la Secretaria Distrital de Integración Social en el año 2013 fue de 398 sujetos, distribuidos de la siguiente manera:

1. Población Emberá Chamí, de los 188 sujetos registrados en el alojamiento el 57,4% corresponde a mujeres (n=108 mujeres) y el 42,6% son hombres (n=80 hombres) para un total de 46 familias.

Tabla No. 1 Distribución de Población Emberá Chamí en el alojamiento de la Secretaria Distrital de Integración Social según Edad y Sexo Bogotá, D.C – Año 2013

Etapa de Ciclo vital	Mujer	% de Mujeres	Hombre	% de Hombres	Total
Menores a 1 año	1	0,5	0	0	1
1 a 5	23	12,2	16	8,5	39
6 a 13	30	16,0	23	12,2	53
14 a 17	7	3,7	10	5,3	17
18 a 26	14	7,4	7	3,7	21
27 a 59	29	15,4	23	12,2	52
60 o más	4	2,1	1	0,5	5
Total	108	57,4	80	42,6	188

Fuente Base de Datos suministrada por la Secretaria Distrital de Salud y la ESE Centro Oriente.
Tabla Elaborada por Luisa Fernanda Ruiz Eslava.

^{zzz} La base de la sociedad de la población Emberá radica en unidades familiares. Ministerio de Cultura Republica de Colombia. Caracterización del pueblo Emberá Katío. 2010. Pág. 1.2010. Pág. 2.

2. En relación con los Emberá Katío, de los 210 sujetos registrados, durante el mismo periodo, el 50% corresponde a mujeres (n=104 mujeres) y el 50% son hombres (n=106 mujeres) para un total de 44 familias.

Tabla No. 2 Distribución de Población Emberá Katío en el alojamiento de la Secretaría Distrital de Integración Social según Edad y Sexo Bogotá, D.C – Año 2013

Etapa de Ciclo vital	Mujer	% de Mujeres	Hombre	% de Hombres	Total
Menores a 1 año	1	0,5	0	0	1
1 a 5	21	10,0	30	14,3	51
6 a 13	12	5,7	12	5,7	24
14 a 17	8	3,8	9	4,3	17
18 a 26	28	13,3	20	9,5	48
27 a 59	29	13,8	33	15,7	62
60 o más	5	2,4	2	1,0	7
Total	104	50	106	50	210

Fuente Base de Datos suministrada por la Secretaría Distrital de Salud y la ESE Centro Oriente.
Tabla Elaborada por Luisa Fernanda Ruiz Eslava.

De acuerdo a lo anterior, la base en la división estructural se realizó por grupo Chamí y Katío, por sexo y por edad.

Matriz No. 9. División Estructural por Grupo, Sexo y Edad.

Fase No. 2. Entrevistas en Profundidad	
Muestreo	Tamaño de la Muestra
Estructural	8 Sujetos
	Población Emberá Chamí: <ul style="list-style-type: none"> • Una mujer joven • Una mujer adulta • Un hombre joven • Un hombre adulto Población Emberá Katío: <ul style="list-style-type: none"> • Una mujer joven • Una mujer adulta • Un hombre joven • Un hombre adulto

Matriz No. 10. Definición de Categorías de Análisis – Entrevista en Profundidad

Estudio sobre “Una Reflexión sobre la Relación Conflicto Armado – Salud Mental en el Pueblo Indígena Emberá en Situación de Desplazamiento Forzado, Bogotá 2012 – 2014”	
Fuentes	
Análisis de la información Entrevista en Profundidad	
Categorías de Análisis	Definición Conceptual
1. Salud Mental	La definición de las categorías de análisis es acorde a la matriz expuesta con antelación en el marco de la fase de Exploración Preliminar
2. Conflicto Armado	
3. Desplazado	
4. Tradiciones Culturales	
5. Pautas de Crianza	
6. Alcoholismo	
7. Violencia Intrafamiliar	
8. Suicidio	
9. Intervenciones Culturalmente Apropriadas	

IV.3.4 Población y Muestra de los Grupos Focales

Se realizó un muestreo estructural mediante variables relacionadas con el objetivo a investigar, es decir, narrativas de expertos alrededor de la relación conflicto armado – salud mental. La composición del grupo y los perfiles de los expertos, están relacionados con el objeto y sujeto de estudio con el fin de garantizar la producción discursiva.

Matriz No. 11. Población y Muestra de los Grupos Focales

Fase No. 4. Grupo Focal	
Muestreo	Tamaño de la Muestra
Estructural	Un grupo focal con un total de 8 participantes <ul style="list-style-type: none"> • 4 expertos (Antropólogo, Psicólogo, Sociólogo y del área de la salud) de pertenencia étnica indígena. • 4 expertos sin pertenencia étnica indígena (Antropólogo, Psicólogo, Sociólogo y del área de la salud)

Matriz No. 12. Definición de Categorías de Análisis – Grupos Focales

Estudio sobre “Una Reflexión sobre la Relación Conflicto Armado – Salud Mental en el Pueblo Indígena Emberá en Situación de Desplazamiento Forzado, Bogotá 2012 – 2014”	
Fuentes	
Análisis de la información de los grupos focales	
Categorías de Análisis	Definición Conceptual
1. Salud Mental	La definición de las categorías de análisis es acorde a la matriz expuesta con antelación en el marco de la fase de Exploración Preliminar
2. Conflicto Armado	
3. Desplazado	
4. Tradiciones Culturales	
5. Pautas de Crianza	
6. Alcoholismo	
7. Violencia Intrafamiliar	
8. Suicidio	
9. Intervenciones Culturalmente Apropriadas	

IV.3.5 Población y Muestra de Observación Participante

Dar cuenta de las reflexiones sobre los pensamientos, emociones y percepciones de la investigadora. Durante el periodo establecido en el proceso de investigación, 2012 – 2014, la investigadora hizo parte de los sistemas de ayuda y acompañamiento a la población desde el sector salud en el marco del proyecto de salud mental de la dirección de salud pública de la Secretaria Distrital de Salud. Bogotá – Colombia.

Matriz No. 13. Definición de Categorías de Análisis – Observación Participante

Estudio sobre “Una Reflexión sobre la Relación Conflicto Armado – Salud Mental en el Pueblo Indígena Emberá en Situación de Desplazamiento Forzado, Bogotá 2012 – 2014”	
Fuentes. Análisis de la información de los diarios de campo/observación participante	
Categorías de Análisis	Definición Conceptual
1. Salud Mental	La definición de las categorías de análisis es acorde a la matriz expuesta con antelación en el marco de la fase de Exploración Preliminar.
2. Conflicto Armado	
3. Desplazado	
4. Tradiciones Culturales	
5. Pautas de Crianza	
6. Alcoholismo	
7. Violencia Intrafamiliar	
8. Suicidio	
9. Intervenciones Culturalmente Apropriadas	

IV. 4 Estrategias para el Análisis de la Información

Para la información obtenida a partir de las encuestas, las entrevistas, el grupo focal y los diarios de campo, se realizó un análisis narrativo de narrativa llevado a cabo manualmente y apoyado en matrices que dieron cuenta de categorías deductivas e inductivas, complementado con un análisis paradigmático de narrativas auxiliado por el Software NVivo, tomando en cuenta en ambos casos la tabla de categorías de análisis que fue presentada, aunque dejando abierta la posibilidad de ingreso de nuevas categorías emergentes.

Con el fin de realizar un acercamiento a la comprensión de análisis narrativo de narrativa - ANN y al análisis paradigmático - AP, me apoye en Bolívar¹¹³, quien realiza un acercamiento a los dos posturas, siguiendo de cerca a Bruner (1988) con el ANN y Polkinghorne (1995) con el AP. De esta manera, el análisis narrativo de narrativa es comprendido como “estudios basados en casos particulares (acciones y sucesos), pero cuyo análisis (narrativo, en sentido estricto) produce la narración de una trama o argumento, mediante un relato narrativo que torne significativos los datos. Aquí no buscamos elementos comunes, sino elementos singulares que configuran la historia,

[así], [...] el resultado de un análisis de narrativas es, a la vez, una narración particular, sin aspirar a la generalización”.

Matriz No. 14. Análisis Narrativo de Narrativa
Fase No. 1, 2, 3 y 4. Exploración Preliminar, Encuesta, Entrevistas en Profundidad y Grupo Focal

Categorías de Análisis		
Categoría Deductiva	Categorías Emergentes	Narrativas Significativas

Por su parte, el análisis paradigmático de datos narrativos es definido como “estudios basados en narrativas, historia oral o de vida, pero cuyo análisis [...] procede por tipologías paradigmáticas, taxonomías o categorías, para llegar a determinadas generalizaciones del grupo estudiado”.

Para dar claridad a lo expuesto con antelación se retoma matriz trabajado por Bolívar^{aaaa}:

Matriz No. 15. Contraste entre Dos Tipos de Análisis de Datos Narrativos

	Análisis Paradigmático	Análisis Narrativo
Modos de análisis	Tipologías, categorías, normalmente establecidas de modo inductivo.	Conjuntar datos y voces en una historia o trama, configurando un nuevo relato narrativo.
Interés	Temas comunes, agrupaciones conceptuales, que facilitan la comparación entre casos. Generalización.	Elementos distintivos y específicos. Revelar el carácter único y propio de cada caso. Singularidad.
Criterios	Comunidad científica establecida: tratamiento formal y categorial.	Autenticidad, coherencia, comprensible, carácter único.
Resultados	Informe “objetivo”: análisis comparativo. Las voces como ilustración.	Generar una nueva historia narrativa conjuntada –a partir de las distintas voces– por el investigador.

^{aaaa} Ibid. 113. Bolívar, A. 2002. Pág. 12 - 14.

De esta manera, el análisis paradigmático fue trabajado con el software NVivo, herramienta que permite organizar, analizar y realizar conexiones de la información de cada etapa del proyecto.

La utilización del software NVIVO para el análisis de los datos cualitativos de recolección de campo, permitió hacer una hermenéutica de los discursos expresados por los sujetos interpelados, (muestra de indígenas, grupos de expertos indígenas y no indígenas). Al digitalizar la información de campo, y al analizarla de manera atenta dentro del software (análisis narrativo de narrativas), se crearon categorías emergentes producto de la elaboración teórica de la investigación, las cuales sirvieron de organizador o de raíz del árbol de categorías. Posteriormente y como fruto de la lectura analítica fueron emergiendo categorías deductivas, las cuales fueron ramificando el árbol de categorías, cada categoría fue asociada a uno o más fragmentos del discurso quienes dan sustento a la existencia y al sentido de cada una de estas. En esta fase del análisis se esclarecen las relaciones y la dirección de los discursos, permitiendo una clasificación a través de categorías, del análisis total del trabajo de campo, se construyó un mapa ramificado de nodos o categorías. Ver Anexo No. 1

A continuación se realizaran las definiciones de los elementos que se trabajaran del software NVIVO para dar claridad en la lectura de los resultados:

- **Nodo.** Un nodo es una palabra clave que sintetiza el contenido de ideas comunes (categorías). En el trabajo cualitativo el insumo de análisis principal son las fuentes primarias, esto se refiere a entrevistas, grupos focales, textos producidos por los sujetos participantes en la investigación, como también fuentes secundarias, como documentos de prensa o teóricos, etc. Estos insumos son analizados a través de la lectura atenta del investigador (análisis narrativo de narrativas), quien codifica o genera palabras claves que van agrupando el discurso de los participantes en temas.

- **Árbol de nodos.** Es una representación gráfica de la organización de las categorías, que sirve de guía del proyecto permitiendo ver la composición de una categoría raíz o nodo madre. A través de los nodos madre, es decir aquellas categorías marco, se pueden incluir las categorías emergentes o categorías hijas.

Luego de este trabajo se procedió a generar reportes de resultados en el software, los cuales consisten en representaciones gráficas y resúmenes de fragmentos de los discursos asociados por categorías. Entre ellos están:

- **Matriz o Tabla de Frecuencias.** En esta matriz o tabla, (formato celdas y columnas) se recogen la frecuencia de las palabras mencionadas en el discurso, indicando exactamente la cantidad de veces que se presentó cada una, logrando con ello, un primer registro que permite esbozar los elementos que componen la percepción a identificar. A mayor frecuencia de un elemento (palabras), mayor representatividad.
- **Marca de Nube.** Una marca de nube es una representación gráfica, que se estructura a partir de las frecuencias de las palabras que surgen en un discurso, entre mayor sea la repetición de una palabra, más grande es el tamaño de su representación, de modo que, entre menor sea su frecuencia, más pequeña será su representación. Por otra parte, la nube de palabras permite ver la asociación de las palabras, así, las palabras que comparten el mismo o colores próximos, se encuentran asociadas, de modo tal que los colores, indican la cercanía que hay entre estas palabras, ya sea porque las menciona el mismo sujeto, o porque son referidas en el mismo párrafo por distintos sujetos.

Por otra parte, la marca de nube nos permite captar visualmente, las palabras, como también las temáticas que son las más representativas en un discurso, identificando con ello las tendencias y criterios que lo componen. Una característica de esta representación a destacar es su capacidad comparativa, ya que, si la comparamos

con otra marca de nube, producto de otro u otros discursos podremos señalar las diferencias y similitudes entre discursos fácilmente, a partir de un modelo visual.

De esta forma, las nubes se construyeron con los cincuenta (50) palabras más frecuentes o más significativas mencionadas por los sujetos de intervención.

- **Mapa ramificado.** Los mapas ramificados son representaciones gráficas, que señalan por aglomerados el orden que establece un discurso, a través de la sumatoria de la frecuencia de sus palabras. Al igual que la marca de nube, evidencia por medio de la representación visual, las palabras que son más mencionadas en un discurso, a la vez que, muestra cómo se asocian las palabras, esto, a través de la cercanía de unas palabras con otras y la dimensión de cada bloque, mostrándonos las palabras más frecuentes de izquierda a derecha. Esta herramienta se puede leer en dirección descendente o transversal, la interpretación de esta se complementa con la lectura atenta de los discursos o las voces de los agentes.
- **Reportes de citas.** Estos son resúmenes de los fragmentos de los agentes asociados a una categoría, los reportes se hacen por cada una de las categorías a los que fueron relacionados, en estos reportes se puede leer de que agente se tomó el fragmento, en que instrumento se recogió y de que número de párrafo esta extractado, este es el soporte, la voz del sujeto en el análisis.
- **Matriz de Coocurrencia.** Esta matriz, relaciona todas las categorías entre sí, para contabilizar la cantidad de fragmentos o citas asociadas a cada categoría, y la relación entre las categorías para de esta manera poder identificar las más relevantes es decir las que tienen mayor citación, sin embargo junto con el análisis de la matriz de discurso se puede establecer la relevancia de las categorías en relación no solo a la cantidad de citas asociadas, sino a la información contenida en cada una de ellas.

- **Modelos o mapas conceptuales.** Estos permiten representar gráficamente la relación entre categorías madre y categorías hijas o emergentes.

Finalmente, para los datos demográficos de la encuesta, se empleo una descripción cuantitativa manual de las características básicas de la población.

Matriz No. 16. Resumen Proceso Metodológico

Mecanismos	Objetivo	Muestra	Recolección de Información / Método de Análisis
Encuesta de pregunta abierta a población Emberá en situación de desplazamiento.	Caracterización de la Población y dar respuesta al objetivo específico No. 1	65 sujetos	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta de pregunta abierta. • Análisis Narrativo. Software NVivo
Entrevista en Profundidad con población Emberá en situación de desplazamiento. Máximo 6 preguntas orientadoras.	Dar respuesta a los objetivos específicos No. 1, 2 y 3	8 Entrevistas a población Emberá.	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de entrevista. • Grabación de las entrevistas. • Transcripción. • Análisis paradigmático de narrativas. Software NVivo • Análisis Narrativo
Grupo Focal con expertos. Máximo 6 preguntas orientadoras.	Dar respuesta a los objetivos específicos No. 1, 2, y 3	Encuentro grupal con 8 expertos, 4 indígenas, 4 no indígenas.	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de entrevista. • Grabación de las entrevistas. • Transcripción. • Análisis paradigmático de narrativas. Software NVivo • Análisis Narrativo
Observación Participante	Descripción sobre las particularidades y dinámicas de las comunidades.	No Aplica (NA). Es un proceso que se da en el ámbito comunitario y es realizado por la investigadora.	<ul style="list-style-type: none"> • Diarios de Campo. • Análisis paradigmático de narrativas. Software NVivo • Análisis Narrativo

CAPITULO V. RIGOR DE LA INVESTIGACIÓN

Para dar cuenta de algunos criterios rigor científico nos apoyaremos en Lincoln y Guba¹¹⁴ quienes proponen la credibilidad, la auditabilidad y transferibilidad como criterios de rigor en investigación, siendo el primero de ellos el más importante.

De esta manera, la credibilidad se vislumbra en los resultados de la investigación los cuales recogen, de manera cercana, la realidad y comprensiones de la población sujeto. Esto se logró por medio de las técnicas metodológicas aplicadas y el análisis narrativo realizado. En cuanto a la auditabilidad o confirmabilidad¹¹⁵, esta se da por medio del registro de la información en audio, la descripción de la población y la muestra, la transcripción de las entrevistas y los procesos reflexivos de la investigadora. La transferibilidad o aplicabilidad^{bbbb} es trabajada desde la posibilidad de usar los resultados de la investigación en otros contextos similares a los estudiados, para ello se realizó la descripción de las características de la población y el análisis de la información.

Como otro componente para garantizar el rigor en la investigación se encuentra el principio de triangulación el cual “se utiliza para denominar la combinación de métodos, grupos de estudio, entornos locales y temporales y perspectivas teóricas diferentes al ocuparse de un fenómeno”¹¹⁶, lo anterior, “exige combinar distintas técnicas de indagación para lograr hallazgos complementarios en un determinado objeto de estudio”¹¹⁷. De esta manera, el presente estudio se enmarcó en una metodología cualitativa empleando técnicas mixtas (encuesta, entrevista en profundidad, grupo focal y observación participante) convocando a diferentes voces (población sujeto, expertos y procesos autoreflexivos de la investigadora) con el fin captar una pluralidad de comprensiones que traigan como resultado una “visión múltiple de la realidad estudiada”^{cccc}.

^{bbbb} *Ibíd.* 115. Castillo & Vásquez. 2003. Pág. 165

^{cccc} *Ibíd.* 117. Cerda. 2011. Pág. 130.

Finalmente y apoyándome en Erickson y Zabalza, como condiciones de legitimidad metodológica de la investigación se señalan: a) la validez semántica de la investigación entendida como la representatividad, relevancia y plausibilidad de los datos; b) la validez hermenéutica comprendida como la fundamentación teórica de la investigación y de los análisis e interpretaciones y; c) la validez pragmática vislumbrada como las condiciones metodológicas, la optimización de los procesos que se estudian y la protección de los derechos de la población¹¹⁸.

CAPITULO VI. ASPECTOS ÉTICOS

“Posiblemente, uno de los cometidos éticos más importantes en el campo específico de la salud radica en el retorno a una filosofía y una práctica que entregue mayor importancia y peso a la salud y la vida, sin olvidar los inmensos desarrollos científicos y tecnológicos alrededor de una enfermedad”^{dddd}.

La presente investigación se rige en las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos¹¹⁹ las cuales señalan que toda investigación deberá realizarse teniendo en cuenta tres principios fundamentales:

1. El respeto por las personas el cual incluye el respeto por la autonomía y la protección de las personas dependientes o vulnerables.
2. La beneficencia la cual tiene la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño, así se establece que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación.
3. La justicia como obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado.

Dentro de las pautas éticas que se tuvieron en el proceso de investigación se encuentran:

- Justificación ética y validez científica, entre los propósitos de la investigación se encuentra contribuir a la formulación y planeación de futuras intervenciones las cuales sean culturalmente apropiadas para la población indígena.

^{dddd} Ibid. 59. Granda, Edmundo. El Sujeto, la Ética y la Salud. En: La Salud y la Vida. Volumen 1. Marzo 2009. Pág. 106.

- Comités de evaluación ética, la propuesta de investigación fue sometida y aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.
- Consentimiento informado comunitario e individual: la obtención del consentimiento se realizó mediante la información y explicación del objetivo de la investigación, la metodología a utilizar, los beneficios y la claridad de que el proceso no implicaba ningún riesgo para el sujeto o la población, que los resultados serían disponibles a favor de la comunidad y que la información suministrada tendría precauciones de confidencialidad. Ver Anexo No. 2.

Consentimiento comunitario: para poder intervenir a la población se solicitó la autorización a los líderes de la población. Este consentimiento se realizó de manera verbal. Es importante mencionar que los líderes participaron posteriormente en las entrevistas y en las encuestas aplicadas.

Consentimiento informado individual: para el desarrollo de la investigación se obtuvo el consentimiento informado voluntario de la población sujeto de intervención.

De esta forma, el consentimiento se dio de manera verbal y escrita, tratando de manejar un lenguaje sencillo que permitiera la comprensión del objeto de investigación. Por otra parte, se dieron respuestas a las preguntas que surgieron de los sujetos que participaron.

Para las entrevistas en profundidad el consentimiento fue manifestado por los sujetos de intervención de manera verbal y con la firma del formato de consentimiento informado.

Para las encuestas y el grupo focal el consentimiento se dio verbal y mediante acciones voluntarias, teniendo en cuenta que el proceso no implica ningún riesgo para la población.

Por otra parte, en el marco del proyecto se tuvo en cuenta el Código de Ética el cual tiene como finalidad proporcionar principios generales que ayuden a tomar decisiones informadas en la mayor parte de las situaciones con las cuales se enfrentan los psicólogos. Su objetivo es la protección y el bienestar del individuo y de los grupos con los cuales se trabaje, respetando las diferencias individuales, culturales, de género, orientación sexual, condición socioeconómica, etnia e ideología. La responsabilidad, competencia e imparcialidad y un alto compromiso social – aportar conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad – son deberes que se deben reflejar en el accionar cotidiano del profesional.¹²⁰

De la misma forma, se tiene en cuenta la resolución No. 008430 del 4 de Octubre de 1993 del Ministerio de Protección Social, capítulo I (Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos) y II (Investigación a Comunidades), donde se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, el proyecto de investigación garantiza:

- El criterio de respeto, dignidad, protección y bienestar de los derechos de los sujetos de estudio. (Capítulo I, Artículo 5)
- El desarrollo de la investigación conforme a los siguientes criterios: se contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución. (Capítulo I, Artículo 6 – Capítulo II, Artículo 18). Ver Anexo No. 1.
- La protección y privacidad del sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. (Capítulo I, Artículo 8)
- El desarrollo de una investigación con riesgo mínimo puesto que se trata de un estudio que emplea métodos de investigación documental y escenarios conversacionales (entrevistas, grupos focales, historias de vida) con la población de estudio. (Capítulo I, Artículo 11 – Capítulo II, Artículo 17)

- La remisión de personas que requieran atención psicológica o psiquiátrica. Esto de acuerdo al tipo de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Parágrafo)¹²¹
- La participación de los individuos será enteramente voluntaria. (Capítulo II, Artículo 19)
- El proceso de investigación asegura la obtención de resultados válidos. (Capítulo II, Artículo 21)

Finalmente, se garantiza una intervención que vislumbre “La vida y la salud como realidad cultural, ética y veraz, que se produce en el cotidiano vivir de la gente”^{eeee}.

^{eeee} *Ibíd.* 59. Granda 2009. Pág. 106

CAPITULO VII. RESULTADOS



Imagen Luisa Fda. Ruiz. Sep. 2014

VI.1 Caracterización de población indígena Emberá.

VI. 1. 1 *Población participante en la Encuesta Significados de Salud Mental:*

La población total a quien se les realizó la encuesta fue de 65 sujetos los cuales el 43.1% (n=28 personas) correspondieron a los Emberá Chamí y 56.1% (n=37 personas) a los Emberá Katio. Con relación a la tribu y la etapa del ciclo vital, los sujetos con mayor participación (n=18 personas) fueron los adultos (27 a 59 años) pertenecientes a la tribu Emberá Chamí y corresponde al 64.3% de las personas de esta tribu. En relación con la tribu Katio, los adultos (27 a 59 años) fueron el ciclo vital con mayor participación, representando un 40.5% de la muestra. En relación al sexo los hombres Katio fueron los más intervenidos (20=sujetos hombres).

Tabla No. 3 Distribución de Población Emberá Chamí y Katia Intervenida por la Encuesta: Significados de Salud Mental según Sexo y Edad Bogotá, D.C – Año 2012 - 2014

Tribu por Etapa de Ciclo	Sexo		Total general	% total por tribu y por etapa de ciclo vital
	Femenino	Masculino		
Chamí	11	17	28	43.1%
14 a 17		1	1	3.6%
18 a 26	2	7	9	32.1%
27 a 59	9	9	18	64.3%
Katio	17	20	37	56.9%
14 a 17	6	4	10	27.0%
18 a 26	4	4	8	21.6%
27 a 59	5	10	15	40.5%
6 a 13	2	2	4	10.8%
Total general	28	37	65	100%

Fuente: Elaboración propia con base en información de encuestas sobre significados de la salud mental en pueblo indígena Emberá en situación de desplazamiento en Bogotá.

Según el lugar de desplazamiento o lugar de origen, Bagado, Choco fue el departamento con mayor población expulsada dentro de los encuestados, con un porcentaje de 35.4%, correspondiente a 23 sujetos (n=9 mujeres y 14 hombres)

pertenecientes a los Emberá Katío. El segundo departamento expulsor fue Risaralda, con 26.2% correspondiente a 17 personas, 15 Emberá Chamí y 2 Emberá Katío.

El 100% de los encuestados Emberá Chamí vienen del departamento de Risaralda, la distribución de los sujetos se da de la siguiente manera: 6 sujetos del municipio de Mistrato, 7 de Pueblo Rico y 15 no especifican municipio.

En el caso de los Emberá Katío el 91,9% (n=34 sujetos) son desplazados del departamento del Chocó, en su orden, municipio de Bagadó con 23 sujetos, Cascajero con 3 personas y sin especificar 8. El 8,1% (n=3 sujetos) han sido expulsados del departamento de Risaralda.

Tabla No. 4 Distribución de Departamentos Expulsores de Población Emberá Chamí y Katia según Sexo y Lugar de Origen

Lugar de Origen	Chamí		Total Chamí	Katío		Total Katío	Total general	% total por lugar de origen
	Femenino	Masculino		Femenino	Masculino			
Chocó				6	2	8	8	12.3%
Chocó, Bagadó				9	14	23	23	35.4%
Chocó, Cascajero				1	2	3	3	4.6%
Risaralda	5	10	15	1	1	2	17	26.2%
Risaralda, Mistrato	1	5	6			0	6	9.2%
Risaralda, Pueblo Rico	5	2	7		1	1	8	12.3%
Total general	11	17	28	17	20	37	65	

Fuente: Elaboración propia con base en información de encuestas sobre significados de la salud mental en pueblo indígena Emberá en situación de desplazamiento en Bogotá.

Según el tiempo de desplazamiento, se observa en la tabla No. 5, que el 16.9% de los casos (n=11 casos) llevan 4 años en situación de desplazamiento forzado en el país. De este 16.9%, 8 casos pertenecen a la comunidad Emberá Katío (n=5 hombres, 3 mujeres) y 3 a la Emberá Chamí (n=1 hombre, 2 mujeres).

Así mismo, el 12.3% de los sujetos expresan llevar 2 años en esta situación. De este 12.3% (n=8 casos), 4 pertenecen a la comunidad Emberá Katío (n=2 hombres, 2 mujeres) y 4 a la Emberá Chamí (n=2 hombres, 2 mujeres).

Tabla No. 5 Distribución del Tiempo en Situación de Desplazamiento de Población Emberá Chamí y Katia según Sexo

Tiempo en Situación de Desplazamiento	Chamí		Total Chamí	Katio		Total Katio	Total general	% total por tiempo
	Femenino	Masculino		Femenino	Masculino			
0,8		1	1				1	1.5%
1	1		1	2		2	3	4.6%
1,5					1	1	1	1.5%
2	2	2	4	2	2	4	8	12.3%
3	1	4	5		1	1	6	9.2%
4	2	1	3	3	5	8	11	16.9%
5		3	3	3	1	4	7	10.8%
6	1	1	2	1		1	3	4.6%
7					1	1	1	1.5%
8		4	4	1	2	3	7	10.8%
9	1		1	1		1	2	3.1%
10	1	1	2	1	2	3	5	7.7%
12				1	1	2	2	3.1%
13	2		2		2	2	4	6.2%
20					1	1	1	1.5%
No determinan tiempo en situación de desplazamiento				2	1	3	3	4.6%
Total general	11	17	28	17	20	37	65	

Fuente: Elaboración propia con base en información de encuestas sobre significados de la salud mental en pueblo indígena Emberá en situación de desplazamiento en Bogotá.

Con relación al tiempo que llevan viviendo en Bogotá, se encontró que 13.8% de los casos reconocen que llevan en la ciudad 4 años. De este 13.8%, 8 casos pertenecen a la comunidad Emberá Katío (n=2 hombres, 2 mujeres) y 4 a la Emberá Chamí (n=2 hombres, 2 mujeres).

Así mismo, 12.3% de la muestra (n=8 casos) manifestaron llevar vivienda en la ciudad 2 años, de los cuales 3 pertenecen a la comunidad Emberá Katío (n=1 hombre, 2 mujeres) y 5 a la Emberá Chamí (n=3 hombres, 2 mujeres).

Es importante mencionar que el 13.8% de la muestra (n=9 casos) no determino su tiempo de vida en la ciudad, respondiendo a esta pregunta, el no saber o no recordar el tiempo de estadía en Bogotá.

Tabla No. 6 Distribución del Tiempo de Vida en Bogotá de Población Emberá Chamí y Katia según Sexo

Tiempo viviendo en Bogotá en años	Chamí		Total Chamí	Katio		Total Katio	Total general	% total por tiempo
	Femenino	Masculino		Femenino	Masculino			
0,6		1	1				1	1.5%
0,8		1	1				1	1.5%
1	1		1	1		1	2	3.1%
1,5					2	2	2	3.1%
2	2	3	5	2	1	3	8	12.3%
3	1	3	4	2	1	3	7	10.8%
4	2		2	1	6	7	9	13.8%
5		3	3	2	1	3	6	9.2%
6	1	1	2	2		2	4	6.2%
8	1	3	4	1	2	3	7	10.8%
10	1	1	2	1	2	3	5	7.7%
12				1	2	3	3	4.6%
13	1		1				1	1.5%
No determinan tiempo de vida en Bogotá	1	1	2	4	3	7	9	13.8%
Total general	11	17	28	17	20	37	65	

Fuente: Elaboración propia con base en información de encuestas sobre significados de la salud mental en pueblo indígena Emberá en situación de desplazamiento en Bogotá.

Realizando un comparativo entre el tiempo en situación de desplazamiento y el tiempo de vida en Bogotá de los 65 sujetos, nos encontramos que el promedio es de 5 años. Señalando que 63% (n=41 sujetos) de la población tiene el mismo tiempo viviendo en Bogotá, como departamento receptor, en relación al tiempo de situación de desplazamiento.

En cuanto a escolaridad de los sujetos de estudio, se observa en la tabla No. 7, que la comunidad Emberá Chamí presenta 19 casos de personas que tienen estudios de primaria, (n=13 hombres, 6 mujeres). De estos 19 casos, 10 se encuentran entre la etapa de ciclo de 27 a 59 años de edad (n=6 hombres, 4 mujeres), 8 casos entre los 18 a 26 años de edad (n=6 hombres, 2 mujeres) y 1 caso entre los 14 a 17 años de edad (n=1 hombre).

Así mismo, presenta 5 casos (n=5 mujeres) de sujetos que no tienen ningún grado de escolaridad y se encuentran en el rango de 27 a 59 años de edad.

Esta comunidad también presenta 3 casos de personas que tienen estudios de secundaria (n=3 hombres). Un caso se encuentra entre el grupo de edad comprendido entre los 18 a 26 años y 2 casos en el grupo de 27 a 59 años de edad.

Únicamente se presenta un caso (n=hombre) que tiene formación de carácter técnica o tecnológica y se encuentra entre el rango de edad de 27 a 59 años.

Tabla No. 7 Distribución de Escolaridad de Población Emberá Chamí y Katio según Sexo y Edad

Escolaridad por Etapa de Ciclo	Chamí		Total Chamí	Katio		Total Katio	Total general	% total por tiempo
	Femenino	Masculino		Femenino	Masculino			
Ninguno	5		5	11	2	13	18	27.7%
14 a 17				2	1	3	3	
18 a 26				3		3	3	
27 a 59	5		5	5	1	6	11	
6 a 13				1		1	1	
Preescolar				2		2	2	3.1%
14 a 17				2		2	2	
Primaria	6	13	19	4	12	16	35	53.8%
14 a 17		1	1	2	3	5	6	
18 a 26	2	6	8	1	3	4	12	
27 a 59	4	6	10		4	4	14	
6 a 13				1	2	3	3	
Secundaria		3	3		5	5	8	12.3%
18 a 26		1	1		1	1	2	
27 a 59		2	2		4	4	6	
Técnica o Tecnológica		1	1		1	1	2	3.1%
27 a 59		1	1		1	1	2	
Total general	11	17	28	17	20	37	65	

Fuente: Elaboración propia con base en información de encuestas sobre significados de la salud mental en pueblo indígena Emberá en situación de desplazamiento en Bogotá.

En relación con la escolaridad de la comunidad Emberá Katio, se observan 16 casos de sujetos que tienen estudios de primaria (n=12 hombres, 4 mujeres). De los anteriores, 5 casos se encuentran entre los 14 a 17 años de edad (n=3 hombres, 2 mujeres), 4 casos en el rango de 18 a 26 años de edad (n=3 hombres, 1 mujer), 4 casos en el rango de 27 a 59 años de edad (n=4 hombres) y 3 casos en el rango de 6 a 13 años (n=2 hombres, 1 mujer).

Así mismo, se presentan 13 casos (n=2 hombres, 11 mujeres) de sujetos que no tienen ningún grado de escolaridad. 3 casos de personas (n=1 hombre, 2 mujeres) que se encuentran en el rango de edad de los 14 a 16 años, 3 casos (n=3 mujeres) entre los 18 a 26 años de edad, 6 casos (n=1 hombre, 5 mujeres) entre los 27 a 59 años y un caso (n=1 mujer) entre los 6 a 13 años.

En cuanto a secundaria, se encontraron 5 casos (n=5 hombres) de personas con algún grado de formación de este tipo. Un caso se encuentra entre los 18 a 26 años de edad y 4 casos en el rango de 27 a 59 años.

Al igual que en la comunidad Emberá Chamí, se presentó un caso (n=hombre) que tiene formación de carácter técnica o tecnológica y se encuentra entre el rango de edad de 27 a 59 años.

Del total de la población sujeta de estudio, se encontró que el 53.8% tienen algún grado de educación primaria, el 27.7% no tiene ningún grado de educación, el 12.3% tiene algún grado de educación secundaria y el 3.1% tienen educación preescolar. Tan solo un 3.1% tiene algún grado de educación técnica o tecnológica.

Ahora bien, con relación al estado civil de los sujetos estudiados, se observa en la tabla 8 que en la comunidad Emberá Chamí hay 22 casos (n=14 hombres, 8 mujeres) de personas que se encuentran casadas. De estos, 9 casos (n=7 hombres, 2 mujeres) se encuentran en el rango de edad comprendido entre los 18 a 26 años y 13 casos (n=7 hombres, 6 mujeres) entre los 27 a 59 años.

De otra parte, se presentan 3 casos (n=1 hombre, 2 mujeres) de personas que tienen como estado civil unión libre y se encuentran en el grupo de edad comprendido entre los 27 a 59 años.

Tabla No. 8 Distribución de Estado Civil de Población Emberá Chamí y Katio según Sexo y Edad

Estado Civil por Etapa de Ciclo	Chamí		Total Chamí	Katio		Total Katio	Total General	% total por estado civil
	Femenino	Masculino		Femenino	Masculino			
Casado	8	14	22	7	11	18	40	61.5%
14 a 17				3	1	4	4	
18 a 26	2	7	9		2	2	11	
27 a 59	6	7	13	3	8	11	24	
6 a 13				1		1	1	
Divorciado				1		1	1	1.5%
14 a 17				1		1	1	
Separado	1		1	1		1	2	3.1%
18 a 26				1		1	1	
27 a 59	1		1				1	
Soltero		1	1	3	4	7	8	12.3%
14 a 17		1	1	1	2	3	4	
18 a 26				1		1	1	
6 a 13				1	2	3	3	
Unión Libre	2	1	3	4	5	9	12	18.5%
14 a 17				1	1	2	2	
18 a 26				2	2	4	4	
27 a 59	2	1	3	1	2	3	6	
Viudo		1	1	1		1	2	3.1%
27 a 59		1	1	1		1	2	
Total general	11	17	28	17	20	37	65	

Fuente: Elaboración propia con base en información de encuestas sobre significados de la salud mental en pueblo indígena Emberá en situación de desplazamiento en Bogotá.

En relación con la comunidad Emberá Katio, se presentan 18 casos (n=11 hombres, 7 mujeres) que tienen como estado civil casados. De estos casos, 11 se encuentran en el rango de edad de 27 a 59 años, 4 casos (n=1 hombre, 3 mujeres) en el rango de edad de 14 a 17 años, 2 casos (n=2 hombres) entre los 18 a 26 años de edad y un caso (n=1 mujer) entre los 6 a 13 años de edad.

Así mismo, se encuentran 9 casos (n=5 hombres, 4 mujeres) de sujetos que se encuentran en unión libre. De estos casos, 2 (n=1 hombre, 1 mujer) se encuentra entre los 14 a 17 años de edad, 4 casos (n=2 hombres, 2 mujeres) en el grupo de 18 a 26 años de edad y 3 casos (n= 2 hombres, 1 mujer) en el grupo de los 27 a 59 años de edad.

Del total de la población sujeta de estudio, se observa que el 61.5% es casada, el 18.5% convive en unión libre, el 12.3% es soltera, el 3.1% es separada, otro 3.1% es viuda y un 1.5% es divorciada.

VI. 1. 2 Población participante en la Entrevista en Profundidad:

De acuerdo a la población y muestra establecida para las entrevistas en profundidad la división estructural se realizó por grupo Chamí y Katío, por sexo y por edad, de esta manera se encuentran las etapas de ciclo de juventud y adultez representadas por 4 mujeres y 4 hombres entre los 18 – 26 y entre los 27 – 59 y pertenecientes a los Chamí o a los Katío.

Con relación a las características poblacionales de los sujetos intervenidos en las 8 entrevistas en profundidad, se encuentra que el estado civil de las personas está distribuido de la siguiente manera, 6 personas manifiestan estar casadas (n=4 hombres, 2 mujeres) y 2 separadas (n=2 mujeres).

Así mismo, se observa, que en promedio, el tiempo de desplazamiento y el tiempo de vida en Bogotá es el mismo, convirtiendo a la ciudad como principal departamento receptor. Solo un caso expresa llevar un año menos en la ciudad.

En cuanto al lugar de captación el 50% (n=8 sujetos) de la población fue intervenida en el alojamiento, el 25% (n=2 sujetos) en la fundación y el 25% restante en los Paga Diarios.

Tabla No. 9 Distribución de Características Poblacionales de la Población Emberá Chamí y Katio según Sexo y Etapa de Ciclo

Tribu por Sexo y Etapa de Ciclo	Edad	Estado Civil	Tiempo de Desplazamiento en años	Tiempo de Vida en Bogotá años	Lugar de Captación
Chamí					
Femenino 18 a 26	22	Casada	2	2	Fundación
Femenino 27 a 59	32	Separada	6	6	Alojamiento
Masculino 18 a 26	26	Casado	9	8	Alojamiento
Masculino 27 a 59	30	Casado	3	3	Alojamiento
Katio					
Femenino 18 a 26	26	Separada	1	1	Paga Diario
Femenino 27 a 59	34	Casada	1	1	Paga Diario
Masculino 18 a 26	25	Casado	2	2	Alojamiento
Masculino 27 a 59	30	Casado	8	8	Fundación

Fuente: Elaboración propia con base en información de encuestas sobre significados de la salud mental en pueblo indígena Emberá en situación de desplazamiento en Bogotá.

VI. 2 Significados de la Salud Mental en Pueblos Indígenas de Acuerdo a sus Propias Percepciones o Significados.

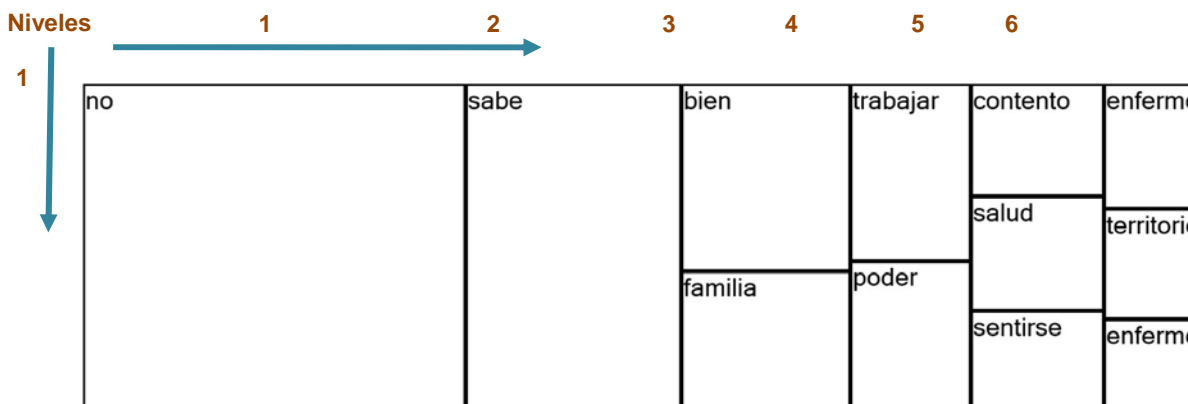
Los instrumentos de recolección que apuntaron al reconocimiento de percepciones o significados de los pueblos indígenas Emberá alrededor de la salud mental, fueron, la encuesta de pregunta abierta y las entrevistas en profundidad, de esta manera, a continuación se expondrán los resultados obtenidos.

VI. 2. 1 Categorías Emergentes desde la Encuesta de Pregunta Abierta: Significados de Salud Mental

Con relación a la pregunta numero 1: “Nombre las primeras palabras que se le ocurran. En qué piensa cuando escucha la palabra salud mental” y la pregunta numero 3: “En una frase defina para usted que es salud mental” la periodicidad de categorías nos muestra que las palabras más frecuente son el no (17,33%), continuada del sabe (9,

81%), lo que significa que la población indígena no reconoce, **no sabe** el significado de la palabra salud mental. Ver Gráfica No. 3 Mapa Ramificado^{ffff}.

Gráfica No. 3 Mapa Ramificado Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados sobre la Categoría de Salud Mental en Pueblos Indígenas Emberá



Sin embargo, quienes hacen un acercamiento al concepto se refieren a estar/sentirse/pensar/vivir/comunicarse **bien** (4,38%), esto relacionado con la familia, el poder trabajar, el sentirse contento, en el territorio con salud y no sentirse enfermo. Las narrativas más significativas fueron:

^{ffff} Se anexa matriz de conteo de frecuencias sobre categorías emergentes en las preguntas 1 y 3 de la Encuesta de Significados en Salud Mental, Anexo No. 3.

Matriz No. 17. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría de Salud Mental en Pueblos Indígenas Emberá

Categorías de Análisis		
Categoría Deductiva	Categorías Emergentes	Narrativas Significativas
Salud Mental	Tranquilidad Territorio Sentir/Emoción Contento/Feliz Familia Paz Guerra Pensar Poder Trabajar Vivir en salud Sin enfermedad Libertad.	<i>"Estar bien, con tranquilidad en el territorio"</i> <i>"Sentirse bien, tranquilo"</i> <i>"Es sentirse contento, vivir bien con tranquilidad en la familia"</i> <i>"Sentirse bien. Que la familia esté en paz - no más guerra, acá muy aburrido"</i> <i>"Pensar bien"</i> <i>"Comunicarse bien con la familia"</i> <i>"Es estar bien y procurar como mantener la vida de uno"</i> <i>"Es sentirse bien. Poder trabajar, no estar en conflictos"</i> <i>"Vivir en salud - sentirse bien"</i> <i>"Sentirse bien, contento, libre"</i> <i>"Es sentirse bien, con buena salud, sin enfermedad, sin pereza"</i> <i>"Salud, estar bien salud"</i> <i>"Manejar la tierra, alimentarse bien, cuidarse"</i> <i>"No estar enfermo, poder trabajar y comer bien"</i>

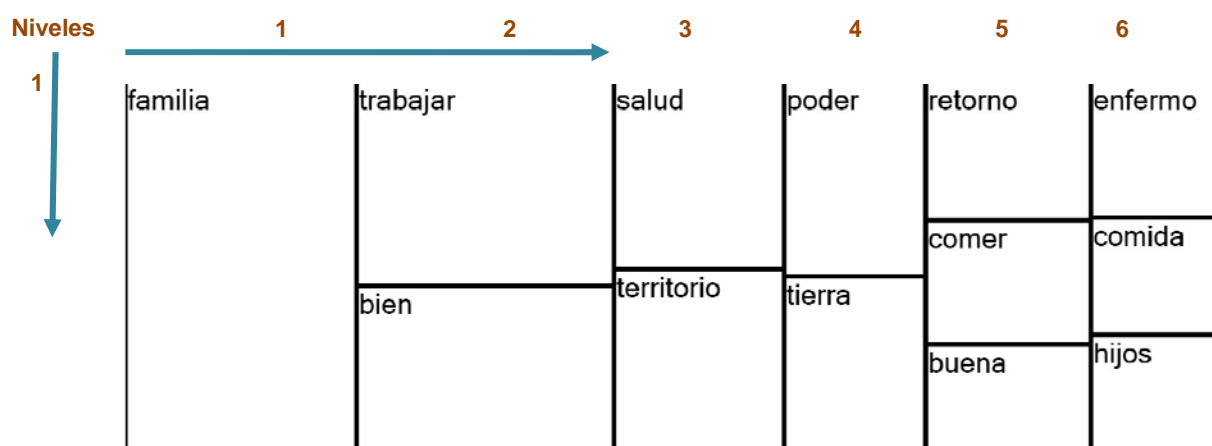
Algunas de las narrativas significativas, expresan otros aspectos relevantes tales como, la relación con la guerra, el poder ser libre y vivir en paz. Allí confluyen categorías como aburrimiento/aburrida, abandono, tierra, Bogotá (acá), militar, sufrimiento, entre otras. Ver Gráfica No. 4. Marca de Nube.

Gráfica No. 4 Marca de Nube
Categorías Emergentes de las
Percepciones y Significados sobre
la Categoría de Salud Mental en
Pueblos Indígenas Emberá



Ahora bien, con relación a la pregunta numero 2: “Nombre las primeras palabras que se le ocurran. Para usted cuales son las cosas más importantes que deben tener las personas para sentirse bien, contentos, tranquilos y mentalmente saludables”, la cual tenía como objetivo realizar un acercamiento a la comprensión que tiene la población Emberá sobre salud mental, pero visto desde el estado de bienestar, se encontró que la **familia** (9,18%) es lo más importante para sentirse bien, esto acompañado de poder **trabajar** (5,56%). Ver Gráfica No. 5 Mapa Ramificado⁹⁹⁹⁹.

Gráfica No. 5 Mapa Ramificado Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor del Estado de Bienestar en Pueblos Indígenas Emberá



La categoría **bien** (4,59%), está referida en distintos momentos: estar bien/comer bien/cuando me tratan bien/pensar bien/vivir bien, esto en íntima relación con la buena salud, el territorio y el retorno donde el poder trabajar la tierra, está ligado a alimentarse bien, de manera saludable y al no estar enfermo. Nuevamente se vislumbra la comprensión de salud como ausencia de la enfermedad. Las narrativas más significativas fueron:

⁹⁹⁹⁹ Se anexa matriz de conteo de frecuencias sobre categorías emergentes en la pregunta 2 de la Encuesta de Significados en Salud Mental, Anexo No. 4.

**Matriz No. 18. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados
alrededor del Estado de Bienestar en Pueblos Indígenas Emberá**

Categorías de Análisis		
Categoría Deductiva	Categorías Emergentes	Narrativas Significativas
Estado de Bienestar	Familia Trabajo Estar bien Salud	<i>“Estar en familia”</i> <i>“Pensar en familia”</i> <i>“Reencontrarse con la familia”</i> <i>“Estar bien con la familia”</i> <i>“Compartir con la familia, estar solito no hace bien”</i> <i>“Familia unida”</i> <i>“Cuidar y sostener la familia”</i> <i>“Comida para la familia”</i> <i>“Poder trabajar”</i> <i>“Trabajar en la finca para cultivar”</i> <i>“Trabajar, volver a la tierra”</i> <i>“Trabajar libremente sin amenazas”</i> <i>“Trabajar tranquilo”</i> <i>“cuando me trata bien mi esposo”</i> <i>“cuando mi suegra me trata bien”</i> <i>“Estar bien, no enferma”</i> <i>“Comer bien”</i> <i>“Pensar bien”/“Vivir bien”</i> <i>“Buena salud”</i> <i>“Tener salud”</i>

Las narrativas inician a marcar las necesidades humanas básicas (comida/alimentos, trabajo, vivienda, educación) como un componente fundamental en la vida para estar o sentirse bien y saludable. Otro componente que se destaca y que se vislumbra de mejor manera en las entrevistas esta relacionado con el buen trato/tratar bien. En cuanto al conflicto, se destacan categorías como reencuentro, trabajar libremente y sin amenazas. Un nuevo aspecto, es el de recibir apoyo o ayuda, escenario muy marcado por la población, la cual se quedo en el marco asistencialista que el Estado le ha ofrecido. Ver Gráfica No. 6. Marca de Nube.

Gráfica No. 6 Marca de Nube Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor del Estado de Bienestar en Pueblos Indígenas Emberá



En cuanto a la pregunta numero 4: “en una palabra, que piensa cuando ve la siguiente imagen...” la cual buscaba comprender la relación: experiencia de la población en Bogotá, con la condición de vida y el estado de bienestar se encontró lo descrito a continuación:

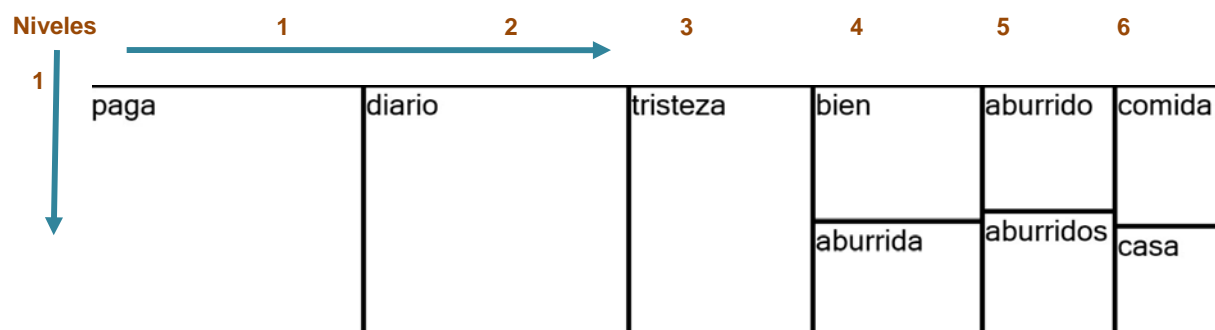
- **Imagen No.1.** Esta imagen buscaba reconocer los significados de la población en relación con los paga diarios, los cuales son definidos, como residencias o lugares en Bogotá donde la población puede pasar la noche y el pago se realiza diariamente. Estos lugares quedan habitualmente en el centro de la ciudad, principalmente en la localidad de Mártires.



La narrativa de la población reconoce el lugar como **paga** (12,96%) **diario** (12,35%) y de acuerdo a los relatos, se vislumbra como la experiencia esta marcada por la **tristeza** (8,64%) o el **aburrimiento** (3,70%). Ver Gráfica No. 7 Mapa Ramificado^{hhhh}.

*“¿Qué es estar aburrido? Es sentirse triste
¿En dónde se siente la tristeza? En el corazón
¿La guerra produce dolor en el corazón? Sí”.
Mujer Emberá Chamí, Dic. 2012.*

Gráfica No. 7 Mapa Ramificado Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor de los Paga Diarios en Pueblos Indígenas Emberá



Otras categorías que emergen, reflejan la vulnerabilidad de la población por las condiciones de vida que rodean los paga diarios, la pobreza y el consumo de sustancias psicoactivas consideradas las más relevantes, estas son situaciones que ponen en peligro a la población, principalmente a los niños, niñas y adolescentes.

“Paga diarios”, así denominados porque deben pagar cada día su derecho a estar en el lugar, dado que es muy difícil por su situación socioeconómica conseguir una vivienda en alquiler para el normal desarrollo de su vida. Las zonas donde habitan son sectores

^{hhhh} Se anexa matriz de conteo de frecuencias sobre categorías emergentes de las percepciones y significados alrededor de los paga diarios en pueblos indígenas Emberá. Anexo No. 5.

*marginales, centros de miseria y de consumo de drogas aledaños al centro de la ciudad, donde operan la delincuencia y la prostitución*ⁱⁱⁱⁱ.

De esta forma, los paga diarios son narrados como una mala experiencia, donde el sufrimiento y el dolor enmarcan los relatos de la población. Se encuentran algunas expresiones positivas las cuales se deben a la experiencia del alojamiento, en este último, se tienen algunas normas de convivencia que no permiten que la población se mueva libremente, de este aspecto se ahondará en la fotografía número 5. Las narrativas más significativas fueron:

Matriz No. 19. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados Alrededor de los Paga Diarios en Pueblos Indígenas Emberá

Categorías de Análisis		
Categoría Deductiva	Categorías Emergentes	Narrativas Significativas
Paga Diarios	Vicio Aburrimiento Tristeza Peligro Comida Fumar/Marihuana Libertad Control	<i>"Paga diarios, feo, vicios"</i> <i>"Paga diarios, feo, se siente mal"</i> <i>"Paga diario, estar mal"</i> <i>"Paga diario, aburrida"</i> <i>"Paga diario, tristeza"</i> <i>"Paga diario, se sufre mucho"</i> <i>"Paga diario, malo"</i> <i>"Paga diario, malo, triste, peligroso"</i> <i>"Paga diario, sucio"</i> <i>"Aburrido, falta de comida en paga diario"</i> <i>"Tristeza, sin comer"</i> <i>"Tristeza, sin tener casa propia... que pesar, para mi eso no es vida"</i> <i>"Tristeza, aburrida, no se puede vivir así"</i> <i>"No se sienten bien porque en el paga diario fuman marihuana"</i> <i>"Paga diario se vive bien porque uno come lo que le gusta"</i> <i>"Paga diario, se siente libre, sin control"</i>

Así, en los relatos se encuentran categorías negativas, en su gran mayoría, pero también expresiones positivas relacionadas con el manejo autónomo de la vida cotidiana. Ver Gráfica No. 8. Marca de Nube.

ⁱⁱⁱⁱ Ibid. 16 Ministerio del Interior & Asociación de Cabildos Indígenas Embera, Wounan, Katío, Chamí y Tule del Departamento del Chocó – Orewa. El Desplazamiento y la Integración de la Población a los Espacios Urbanos: la Mendicidad. En: Plan Salvaguarda Pueblo Emberá. Documento Unificado Planes Regionales. Junio 2013. Pág. 50

Gráfica No. 8 Marca de Nube Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor de los Paga Diarios en Pueblos Indígenas Emberá



- **Imagen No.2.** Esta imagen tenía como objetivo reconocer los significados de la población en relación con los movimientos políticos y sociales propios, el conflicto armado y su situación de desplazamiento, lo anterior en el marco de ciudad.



Los relatos que emergieron de esta imagen están relacionados con **marchar** (12,20%) por la **paz** (8,94%), y por los **derechos** (5,69%), por estar **unidos** (2,44%), por no más **desplazamiento** (2,44%), y por el regreso (**retorno**, 1,63%) a **territorio** (4,07%). Se

vislumbra nuevamente la tristeza (**aburrido**, 1,63%) como acompañante constante de las narrativas de la población. Ver Gráfica No. 9 Mapa Ramificadoⁱⁱⁱⁱ.

*“Marcha por el territorio,
están tristes quieren volver a sus tierras”
Mujer Emberá Katio, Octubre. 2013.*

Gráfica No. 9 Mapa Ramificado Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor de los movimientos políticos y sociales propios, el conflicto armado y su situación de desplazamiento en Pueblos Indígenas Emberá

Niveles	1	2	3	4	5	6
1	marcha	derechos	territorio	desplazami	aburrido	desplazad
					apoyo	marchand
			marchar	tristeza	asamblea	paro
	paz	bien	vivir	unidos	contentos	protesta

ⁱⁱⁱⁱ Se anexa matriz de conteo de frecuencias sobre categorías emergentes de las percepciones y significados alrededor de los movimientos políticos y sociales propios, el conflicto armado y su situación de desplazamiento en Pueblos Indígenas Emberá. Anexo No. 6.

Las narrativas más significativas fueron:

Matriz No. 20. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados Alrededor de los movimientos políticos y sociales propios, el conflicto armado y su situación de desplazamiento en Pueblos Indígenas Emberá

Categorías de Análisis		
Categoría Deductiva	Categorías Emergentes	Narrativas Significativas
Movimientos Políticos y Sociales Propios, , el conflicto armado y su situación de desplazamiento	Marcha Reubicación Retorno Derechos Territorio Paz Desplazamiento	<p>"Marcha, buscan retorno"</p> <p>"Marcha por la reubicación"</p> <p>"Marcha por sus derechos"</p> <p>"Marcha por la paz"</p> <p>"Unidos por la paz/Buscan la paz/Estar en paz"</p> <p>"Luchar - aburrido -paz . Estar triste"</p> <p>"Quieren la paz"</p> <p>"Desplazamiento, es mejor vivir libre, vivir bien"</p> <p>"Marcha para valorar territorio, seguridad en le país"</p>

La reubicación, el retorno, el apoyo o ayuda, se perciben como una alternativa político, entre el Estado y la población para la garantía de derechos, los discursos de los Emberá, en su gran mayoría, están rodeados por la esperanza de volver al territorio. La paz se convierte en una alternativa deseada. Ver Gráfica No. 10. Marca de Nube.

Gráfica No. 10 Marca de Nube Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor de los movimientos políticos y sociales propios, el conflicto armado y su situación de desplazamiento en Pueblos Indígenas Emberá



- **Imagen No.3.** La imagen tiene como objetivo reconocer las percepciones sobre la organización política, social y comunitaria de la población Emberá, teniendo en cuenta que los hombres son quienes tienen el rol de liderazgo dentro del escenario comunitario.



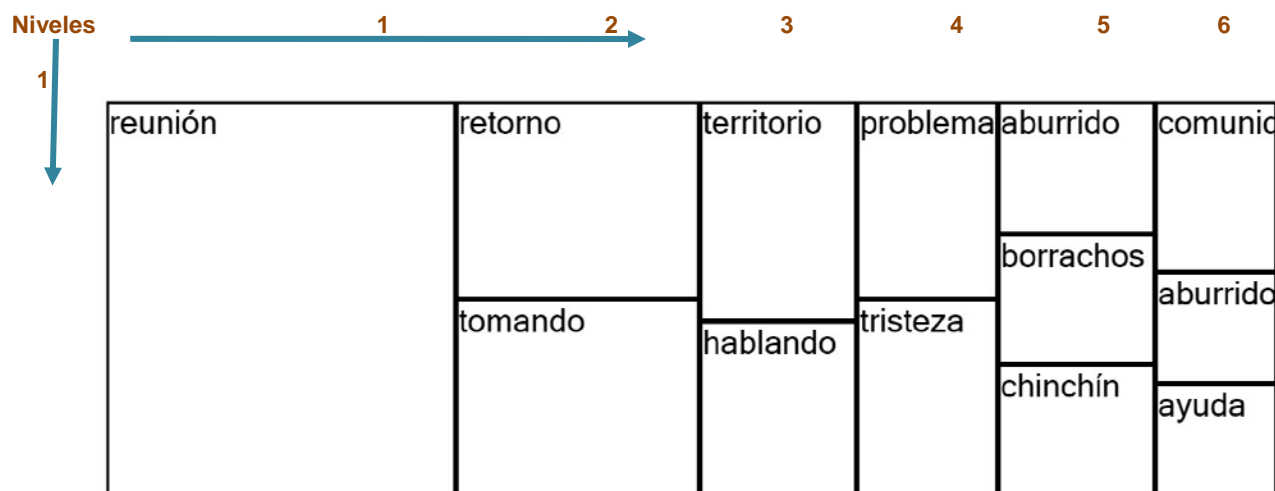
Los categorías emergentes de esta imagen apunta a dos aspectos fundamentales, el primero en lo relacionado con el encuentro (**reunión** 13,25%) político y comunitario donde se habla o discute todo lo relacionado con la organización interna de la comunidad, desde la solución de **problemas** (2,65%), hasta las condiciones a pactar con el Estado para el **retorno** (4,64%) al **territorio** (3,31%). Ver Gráfica No.11 Mapa Ramificado^{kkkk}.

“La cooperación es la base de la organización social. El grupo de personas interesadas en efectuar actividades que beneficjen a la comunidad, trabajan unidas en su medio circundante”^{llll}.

^{kkkk} Se anexa matriz de conteo de frecuencias sobre categorías emergentes de las percepciones y significados alrededor de la Organización Política, Social y Comunitaria en Pueblos Indígenas Emberá. Anexo No. 7.

^{llll} *Ibíd.* 29. Morales, Enrique R. Los Emberá. En: Zenú, Emberá, Wayú Tres Culturas Aborígenes. Editorial Fondo Nacional Universitario. Bogotá 2004. Pág. 89.

Gráfica No. 11 Mapa Ramificado Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor de la Organización Política, Social y Comunitaria en Pueblos Indígenas Emberá



El segundo aspecto está relacionado con las categorías de **tomando** (4,64%), **borrachos** (1,99%) y **chinchín** (1,99%), lo cual refleja una práctica cultural del pueblo indígena Emberá, donde diversas actividades cotidianas se acompañan de licor, principalmente entre hombres.

Las narrativas más significativas fueron:

Matriz No. 21. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados alrededor de la Organización Política, Social y Comunitaria en Pueblos Indígenas Emberá

Categorías de Análisis		
Categoría Deductiva	Categorías Emergentes	Narrativas Significativas
Organización Comunitaria	Reunión Territorio Retorno Solución de Problemáticas Tomar Chinchín Borrachos Tristeza Asamblea Comunidad	"Reunión, hablan de territorio/retorno/solución problemas/conversan sobre territorio" "Reunidos tomando" "Estar tomando – Borracho" "Tomando Chinchín" "Borrachos – tomando" "Reunión: conversan sobre territorio" "Triste, aburridos, buscando volver al territorio" "Tristeza, sentir hambre" "Pagar arriendo diario no, es tristeza" "Tomando Chinchín, Bogotá está difícil, mejor ahorrar" "Contentos porque están en comunidad" "Bien porque está en comunidad" "Asamblea, organizado, lastimoso porque la comunidad está sufriendo" "Reunión para proyectos, están tristes porque quieren volver a la casa".

Otro aspecto relacionado y que es reiterativo en los relatos de los Emberá, es la emoción de **tristeza** (2,65%), tristeza de estar aquí y no en casa y tristeza de las condiciones de vida a las que se enfrentan, entre ellas y la más expuesta, el hambre. Lo positivo se refleja en la frase “*estar en comunidad*”, acompañado del bien o contentos, lo que indica la importancia para ellos de permanecer unidos. Ver Gráfica No. 12. Marca de Nube de Nube.

Gráfica No. 12 Marca de Nube Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor de la Organización Política, Social y Comunitaria en Pueblos Indígenas Emberá



De manera general, se podría decir que el escenario político, social y comunitario esta enmarcado alrededor del encuentro entre hombres líderes, quienes conversan con el objetivo de organizar las posibles alternativas de bienestar para la población.

- **Imagen No.4.** Esta imagen buscaba identificar las percepciones sobre el rol de la mujer y su relación con la ciudad.



La descripción se desarrolla principalmente desde la **mendicidad** (1,97%) como practica de **pedir** (1,97%) **limosna** (5,26%), esta se da en las **calles** (5,92%) de Bogotá, donde las mujeres recorren la ciudad **caminando** (8,55%) o se sientan con sus hijos a esperar una interacción material. La mendicidad como práctica afecta principalmente al rol de la mujer con relación a las tradiciones culturales que estas ejercen dentro de su ámbito comunitario. Ver Gráfica No.12 Mapa Ramificado^{mmmm}.

“Con relación a esta población emberá chamí y katio, que actualmente se asienta en los centros urbanos, es preciso preguntarse por el desplazamiento y sus afectaciones en el campo cultural, una vez hecha esta pregunta, al momento surge el fenómeno de la mendicidad como uno de los tantos impactos o eventos sobre los que se debe actuar. Así, no es el desplazamiento el efecto de grado mayor que emerge del conflicto, éste es simple causa de la degradación y desestructuración de la cultura y, es allí donde se identifica el campo de la reparación”ⁿⁿⁿⁿ.

^{mmmm} Se anexa matriz de conteo de frecuencias sobre categorías emergentes de las percepciones y significados alrededor del rol de la mujer Emberá y su relación con la ciudad. Anexo No. 8.

ⁿⁿⁿⁿ Ibíd. 16. Ministerio del Interior & Asociación de Cabildos Indígenas Embera, Wounan, Katío, Chamí y Tule del Departamento del Chocó – Orewa. El Desplazamiento y la Integración de la Población a los Espacios Urbanos: la Mendicidad. En: Plan Salvaguarda Pueblo Emberá. Documento Unificado Planes Regionales. Junio 2013. Pág. 50

Gráfica No. 13 Mapa Ramificado Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor del Rol de la Mujer Emberá y su Relación con la Ciudad.



Las narrativas más significativas fueron:

Matriz No. 22. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados alrededor del Rol de la Mujer Emberá y su Relación con la Ciudad.

Categorías de Análisis		
Categoría Deductiva	Categorías Emergentes	Narrativas Significativas
Rol de la mujer	Caminando Limosna Mendicidad Sufrimiento Tristeza Guerra Dolor Territorio Desplazado	<i>"Caminando descalza/trabajar/aburridos"</i> <i>"Desplazado caminando"</i> <i>"Pidiendo limosna..."</i> <i>"No es bueno que las mujeres estén en la calle con sus hijos"</i> <i>"Sufrimiento en la calle"</i> <i>"Calle no me gusta"</i> <i>"Pedir limosna, mendicidad"</i> <i>"Pidiendo monedas: "No me gusta , no está bien" - ICBF se los lleva"</i> <i>"Tristeza, aburrída, no puede vivir así"</i> <i>"Causa mucho dolor la mendicidad en la cuidad"</i> <i>"Aburridos, triste, contentos en territorio"</i> <i>"Tristes, estar aburridos por la mendicidad"</i> <i>"Caminando felices"</i> <i>"Caminando, están bien, niños en la calle"</i>

Otras categorías emergentes se relacionan con la guerra como causante de la práctica de la mendicidad, la situación de los **niños** (1,32) como seres que se ponen en riesgo dentro de la misma práctica, la **tristeza** (1,32) como acompañante constante, la **mujer** (1,32%) como la persona que la ejerce. Ver Gráfica No. 14. Marca de Nube.

“Que no haya mendicidad en estas épocas,
es por la guerra eso no es costumbre”

Hombre Emberá Chamí, Abril. 2013

Gráfica No. 14 Marca de Nube Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor del Rol de la Mujer Emberá, su forma de Trabajo y su relación con la Ciudad.



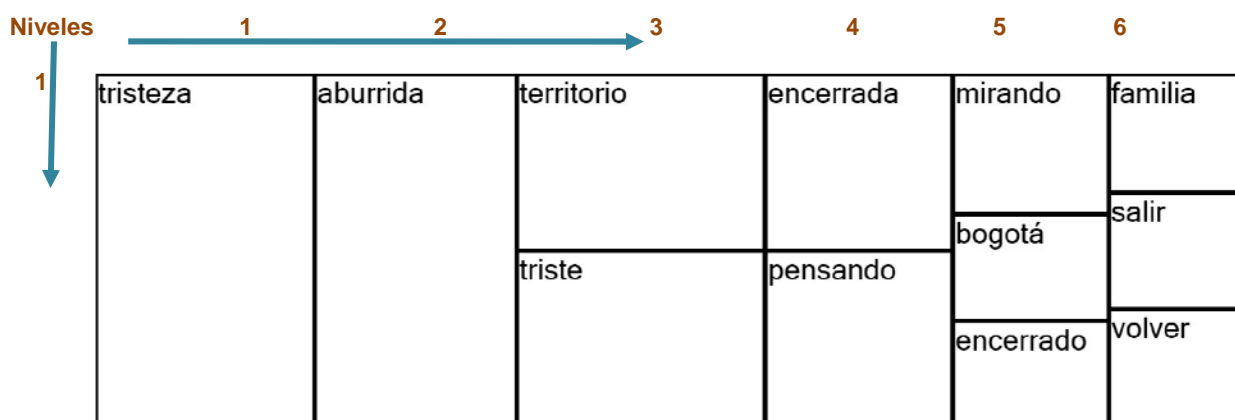
- **Imagen No.5.** Esta imagen buscaba reconocer los significados de la población en relación con el alojamiento, el cual es definido, como un espacio de vivienda, donde se organizaron muchas de las familias Emberá. En este lugar se garantizaba comida y visitas de las instituciones distritales para hacer acompañamiento en salud e inserción escolar. Allí, también se hacía presente la Unidad de Víctimas, quienes negociaban la reubicación y retorno de la población. Los alojamientos quedaban en la localidad de los Mártires y Santa Fe.



A pesar, que dentro de la categorías no se vislumbra la palabra, alojamiento, probablemente porque las encuestas fueron suministradas allí, si se identifican categorías relacionadas con el **encerramiento** (4,96%) o **cárcel** (1,65%), relatos que expresaban los Emberá al referirse a este lugar. La razón de la percepción de la población frente a los alojamientos se refiere a que dentro de estos, se establecieron normas de convivencia para la hora de salida y de llegada, como compromisos previos dentro del lugar, lo que causó en muchos malestar. Ver Gráfica No.15 Mapa Ramificado⁰⁰⁰⁰.

⁰⁰⁰⁰ Se anexa matriz de conteo de frecuencias sobre categorías emergentes de las percepciones y significados alrededor de los alojamientos en pueblos indígenas Emberá. Anexo No. 9.

Gráfica No. 15 Mapa Ramificado Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor de los Alojamientos en Pueblos Indígenas Emberá



La emoción más marcada dentro de los relatos está alrededor de la **tristeza** (11,57%) o lo que la población llama **aburrimiento** (10,74%), sentirse **triste** (6,61%) al estar en un lugar que no es su **territorio** (6,61%), que no ofrece las **condiciones** (0,83%) o libertades que allí tienen, un lugar en **Bogotá** (2,48%), donde la vida continua sin un sentido marcado, pero con la esperanza de un **retorno** (1,65%) o **regreso** (0,83%), donde las cosas pudieran llegar a hacer como antes. Ver Gráfica No. 16. Marca de Nube.

Las narrativas más significativas fueron:

Matriz No. 23. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados alrededor de los Alojamientos en Pueblos Indígenas Emberá.

Categorías de Análisis		
Categoría Deductiva	Categorías Emergentes	Narrativas Significativas
Alojamiento	Tristeza Aburrida/o Territorio Encerramiento Retorno Bogotá	"Mirando, tristeza" "Tristeza, quiere estar territorio" "Tristeza, estar en otro lugar" "Esto no debería existir aquí en Bogotá, estresado, tristeza" "Aburrida, encerrada" "Aburrida, piensa retorno" "Aburrida sin familia" "Aburrida y está pensando en su territorio" "Aburrido en Bogotá encerrado"

Gráfica No. 16 Marca de Nube Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor de los Alojamientos en Pueblos Indígenas Emberá



- **Imagen No.6.** Finalmente la imagen numero 6 tenía como objetivo reconocer las percepciones de la población indígena Emberá sobre los actores armados y su relación con el conflicto armado. Para esto se busco una fotografía que no especificara claramente a qué grupo armado hacia parte el sujeto allí presente.



La relación **guerra** (5,53%) – **territorio** (4,61%) es lo primero que evoca la imagen, guerra causante de **dolor** (1,38%), **miedo** (2,76%) y **tristeza** (1,38%). Territorio, acompañado del recuerdo de **familia** (2,76%), de **abandono** (0,46%). El actor armado presente en la fotografía, para la mayoría de la población, fue reconocido como

miembro del **ejército** (3,23%) **armado** (2,76%), el cual tiene apreciaciones positivas relacionadas con la **protección** (0,92%) y la **seguridad** (2,30%) a las **familias** (2,76%) en los territorios. Sin embargo algunos discursos reconocen el temor y las repercusiones de la presencia de cualquier **grupo** (1,84%) armado incluyendo el ejército. Ver Gráfica No.17 Mapa Ramificado^{pppp}.

“El ejército está asustando a los niños pero da seguridad”

Mujer Emberá Katio, Agosto. 2013

"El grupo armado no deja trabajar están matando mucho"

Hombre Emberá Chamí, Noviembre. 2012

Gráfica No. 17 Mapa Ramificado Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados sobre los actores armados y su relación con el conflicto armado en Pueblos Indígenas Emberá

	→ 1 2 3 4 5					
Niveles ↓ 1	guerra	bueno	armado	miedo	seguridad	grupo
					bien	soldado
	territorio	ejercito	familia	armados	conflictos	trabajar

^{pppp} Se anexa matriz de conteo de frecuencias sobre categorías emergentes de las percepciones y significados sobre los actores armados y su relación con el conflicto armado en pueblos indígenas Emberá. Anexo No. 10.

Las narrativas más significativas fueron:

Matriz No. 24. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre los actores armados y su relación con el conflicto armado en Pueblos Indígenas Emberá

Categorías de Análisis		
Categoría Deductiva	Categorías Emergentes	Narrativas Significativas
Actores Armados	Guerra Territorio Dolor Miedo Susto/Asustado/Asustar Seguridad Cuidado Tristeza Conflicto Armado Peligro Tranquilidad Familia Desplazamiento Armados Ejercito/Militar Guerrilla Paras	<i>"Guerra en territorio"</i> <i>"Miedo"</i> <i>"Guerra, dolor"</i> <i>"Lastimoso, miedo, asustados, no me gusta la guerra"</i> <i>"La guerra produce dolor"</i> <i>"Cuidando/seguridad territorio"</i> <i>"Tristeza, territorio, persona mala"</i> <i>"Proteger territorio, guerrilla no protege"</i> <i>"Que en el territorio no haya más conflictos, que haya paz permanente"</i> <i>"Soldado/ejercito bueno"</i> <i>"Seguridad "bueno" defiende la familia"</i> <i>"Vivir con el ejército es peligroso"</i> <i>"Ejercito, tranquilidad"</i> <i>"Grupo armado que me hizo venir acá"</i> <i>"Armado, manejando desplazados"</i> <i>"Están con miedo, grupo armado"</i> <i>"Conflicto armado"</i> <i>"Seguridad, bueno, defiende la familia"</i> <i>"Grupos armados, no quiero más de eso"</i> <i>"Malo, armados"</i> <i>"No tener problemas con agentes armados"</i> <i>"Guerrilla desplazando"</i> <i>"Proteger territorio, guerrilla no protege"</i> <i>"Militar, protección"</i>

Los otros actores armados que emergieron de los relatos son la **guerrilla** (1,38%) y los autodefensas (paras), como causante del **desplazamiento** (0,92%) y el **conflicto** 1,38%) **armado** (2,76%) en territorio. Ver Gráfica No.18 Marca de Nube.

"En Bogotá sentirme triste, dejamos todo abandonado en territorio, "paras" hacen más daño"

Hombre Emberá Katio, Noviembre. 2012

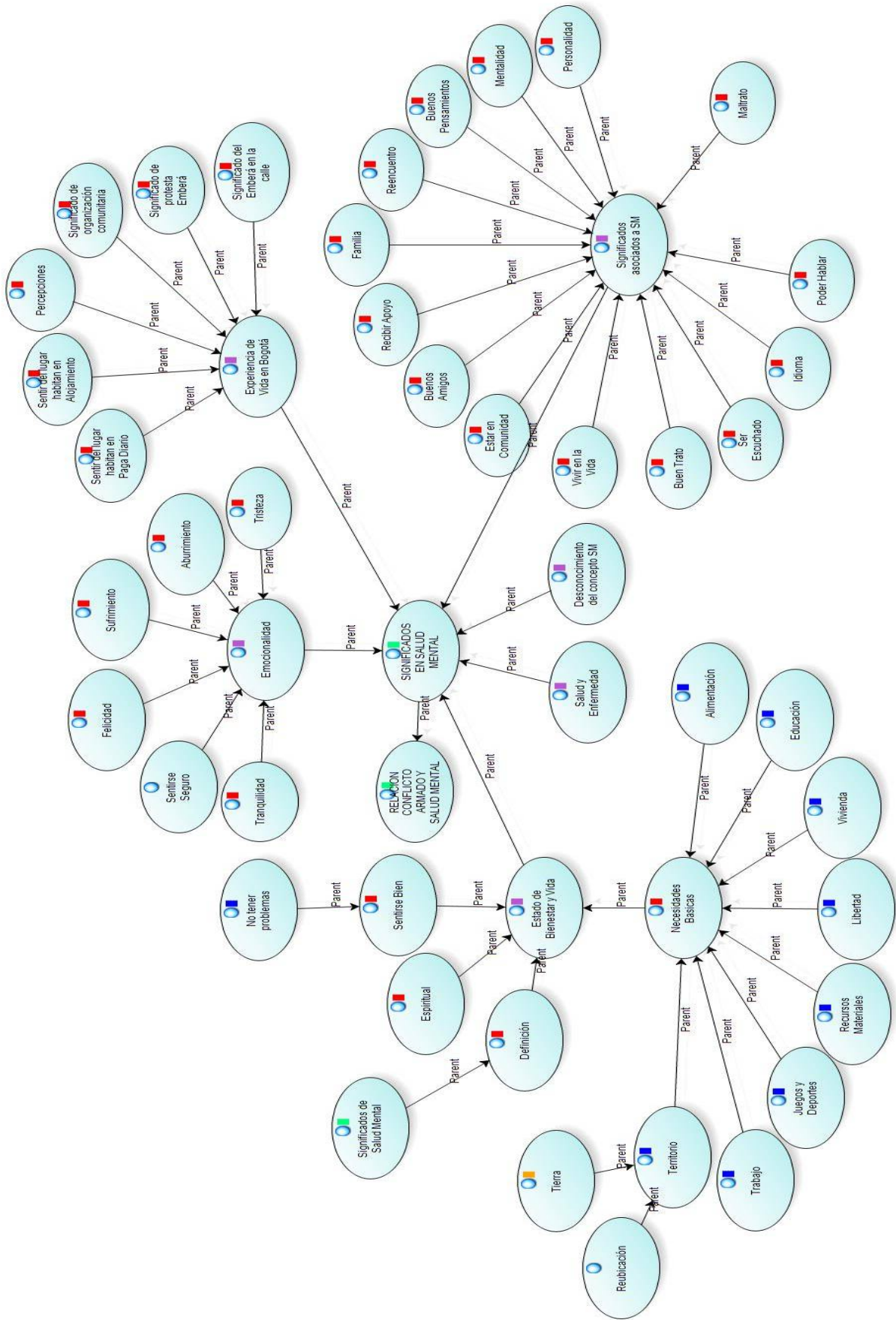
Gráfica No. 19 Marca Ramificada General, Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría de Salud Mental en Pueblos Indígenas Emberá

Niveles	1	2	3	4
1	familia	tristeza	salud	aburrida
2			retorno	reunión
3	bien	trabajar	diario	tierra
	territorio	poder	paga	triste
				aburrido

En tercer y cuarto nivel de importancia, se encuentra el **aburrimiento** (1,32%) como elemento y emoción fundamental de la experiencia de la población. Está relacionada con la experiencia del **paga diario** (1,38%) y la **tierra** (1,13%) que finalmente involucra nuevamente al territorio, a la familia y a la comunidad.

Otras categorías emergentes están alrededor de la **salud** (1,50%) y el **retorno** (1,44%). La salud como estado que se afecta por las condiciones de vida de la población en la ciudad y el retorno como posible solución a las dificultades existentes. Ver Gráfica No. 20. Marca de Nube.

Grafico No. 21. Modelo Explicativo que da cuenta de las Categorías Ordenadoras y Relaciones Existentes alrededor de los Significados en Salud Mental en Pueblos Indígenas Emberá



En este sentido y teniendo en cuenta la densidad del relato, las categorías deductivas y emergentes más importantes fueron:

Matriz No. 25. Categorías Ordenadoras para el Análisis Narrativo Relacionado con el Significado en Salud Mental en Pueblos Indígenas Emberá – Entrevistas en Profundidad

Categorías de Análisis	
Categoría Deductiva	Categoría Emergente
Emocionalidad	Aburrimiento/Tristeza
	Felicidad
	Tranquilidad
	Miedo
Estado de Bienestar y de Vida	Salud Mental como Estado de Bienestar
	El trabajo, la Salud, la Educación, la Alimentación y la Vivienda como Necesidades Básicas
	Territorio
Experiencia de Vida en Bogotá	Condiciones de Vida

Así, para los sujetos de intervención el sentirse mentalmente saludables y los significados en relación a la salud mental, están íntimamente relacionados con la emocionalidad, el estado de bienestar y la experiencia de vida en Bogotá.

La emocionalidad evoca nuevamente la tristeza, el aburrimiento, las pocas de ganas de comer, la ausencia, la soledad. Una búsqueda constante por recuperar lo que se ha ido. Y por supuesto se asoma la idea de la felicidad, la cual se desea acompañada de la tranquilidad, de la ausencia de la guerra, del problema cotidiano, la posibilidad de no tener miedo, miedo al ruido del conflicto armado y sus fantasmas. La felicidad de tener en donde vivir, de sentirse seguro, de contar con el alimento diario para la familia, de poder trabajar la tierra y poder enseñar a los hijos las tradiciones que por años han acompañado a la población. A continuación se exponen las narrativas más significativas al respecto:

**Matriz No. 26. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados
alrededor de la Categoría Emocionalidad en Pueblos Indígenas Emberá según
Entrevistas de Profundidad**

Categorías de Análisis		
Categoría Deductiva	Categorías Emergentes	Narrativas Significativas
Emocionalidad	Aburrimiento/ Tristeza	<p>“Claro a mi me dan ganas de morirme por la tristeza, por aburrimiento”. Sujeto No. 3.</p> <p>“Claro uno a la vez se siente contento con los hijos, pero hay un día uno amanece aburrido...” Sujeto No. 6.</p> <p>“Tristeza, uno por la tristeza uno ya no come la comida, usted puede hacer la comida, pero uno cuando está aburrido no come” Sujeto No. 6.</p> <p>“En verdad yo aquí me siento algo triste, porque mi familia es dejando muy retirado... y ando como si fuera como que yo crecí solo, si fuera como que yo no tengo mi padre, mi madre, mis hermanos, entonces en ellos yo pienso mucho y a veces me queda tristeza” Sujeto No. 3.</p>
	Felicidad	<p>“... vivir tranquilos es no tener problema ni tanta conflicto y eso porque uno desde que no tenga problema o que no tenga conflicto entonces vive contento y uno trabaja. Sujeto No. 3.</p> <p>“...pues para que uno sea feliz, primero que todo que cada familia, o de mi parte debería tener yo ya mi casita propia para mi familia y que ellos también ya están bajo techo, tengan su seguridad, tengan su alimentación (...) Y pues... ya que en ese momento no haya guerra, ningún conflicto en la zona...” Sujeto No. 4.</p> <p>“... si tengo tierra estaré más mejor y ahí si viviré feliz con mis hijos, enseñaré a trabajar, todo eso pienso yo”. Sujeto No. 6.</p> <p>“... lo más importante es que tenga trabajo y así, y el estudio, a mi me ha servido mucho el estudio, yo en este momento estoy estudiando en auxiliar de enfermería y yo mantengo contento”. Sujeto No. 7.</p>
	Tranquilidad	¿Qué se necesita para vivir en armonía? “La comunicación asertiva, la comunicación permanente, la narración, la narrativa entre el uno y el otro”. Sujeto No. 8.
	Miedo	“...al escuchar las explosiones, entonces uno queda como asustado, con miedo” Sujeto No. 4.

El grupo focal de expertos al respecto nos aporta una reflexión alrededor de cómo determinantes interculturales generan malestar emocional en la población, esto teniendo en cuenta la interacción que tiene la comunidad con el lugar donde reside en Bogotá, donde las condiciones de pobreza son latentes y los problemas alrededor del consumo de sustancias, incluyendo el alcohol, y las violencias son situaciones que vulneran a la población.

Como **segunda categoría**, se encuentra el **estado de bienestar y de vida**, el cual incluye básicamente: a) un acercamiento a la definición de salud mental desde un estado de bienestar, b) algunos aspectos que hacen parte de las necesidades básicas de los sujetos como lo son la educación, la salud, el trabajo, la vivienda y la alimentación y; c) el territorio como escenario de convivencia, construcción comunitaria y de vida.

De esta forma, para la población, como se había dicho anteriormente, no existe la salud mental como concepto, sin embargo si realizan un acercamiento al relacionarlo con estado de bienestar, donde la felicidad, implica la armonía de los diversos contextos en los que la comunidad desarrolla su vida, lo que ellos llaman armonía en el Universo, lo cual puede ser interpretado como armonía con el todo.

“No se puede equipar el significado de salud mental que tenemos desde occidente para traerlo a los pueblos indígenas, pienso que se puede ver el buen vivir y el bienestar (...), involucrando a los individuos, a la misma comunidad y al territorio”.

Grupo Focal Experto Indígena No. 1.

Así, el estado de bienestar implica, no solo al componente del sujeto como individuo, sino que además implica la satisfacción de ese sujeto con sus necesidades humanas básicas, las cuales pueden ser de diferente índole, sin embargo la población se refiere principalmente a las necesidades de subsistencia y protección (categorías axiológicas) y las necesidades del ser, tener, hacer y estar (categorías existenciales). Para esto me apoyare, en una parte de la matriz de necesidades y satisfactores de Max Neef¹²² donde se explicita los componentes y transversalidades de los mismos. Ver matriz completa Anexo No. 12.

Matriz No. 27. Matriz de Necesidades y Satisfactores de Manfred Max-Neef. 1993

Necesidades según categorías axiológicas	Necesidades según categorías existenciales			
	1. Ser	2. Tener	3. Hacer	4. Estar
1. Subsistencia	Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	Alimentación, abrigo, trabajo	Alimentar, procrear, descansar, trabajar	Entorno vital, entorno social
2. Protección	Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad.	Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo	Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender	Contorno vital, contorno social, morada

De la misma manera, el territorio hace parte fundamental en las narrativas de los sujetos entrevistados, para estos el campo, la tierra, los cultivos hacen parte de sus raíces, de su ser, algunos allí se sienten libres y protegidos, quizás no del conflicto armado, pero sí de la violencia de la ciudad, el vicio, la falta de oportunidades, el sufrimiento; para otros el territorio está minado de dolor y de más violencia.

“El territorio (...) donde se habita, (...) donde se construye, el territorio (...) incluye tanto la vivienda como lo que se siembra, el territorio donde se vive, lo que equipararía desde una visión conjunta, el universo, los astros, el sol o la luna, el territorio donde se siembran los árboles, los animales (... que allí habitan), eso es”.

Grupo Focal Experto Indígena No. 1.

Las narrativas más significativas fueron:

Matriz No. 28. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados alrededor de Estado de Bienestar y Vida en Pueblos Indígenas Emberá según Entrevistas de Profundidad

Categorías de Análisis		
Categoría Deductiva	Categorías Emergentes	Narrativas Significativas
Estado de Bienestar y de Vida.	Salud Mental como Estado de Bienestar	<p>“La salud mental es Biia boy, felicidad todos los días”. Sujeto No. 8.</p> <p>“...la salud mental (...) es la forma de cómo yo puedo organizar mi estructura de labor diaria o bienestar.” Sujeto No. 8.</p> <p>“...la salud mental (...) es como pienso yo y me relaciono con el entorno social y con el universo a partir de eso yo me puedo reflexionarlo y poderlo colocar, ósea el mismo obstáculo en mi camino donde quiera” Sujeto No. 8.</p> <p>“Necesito trabajo para sentir bien”. Sujeto No. 5.</p> <p>“...la salud mental es estar sanamente, psicológicamente, físicamente y racionalmente ¿sí?. Hay riesgos que pasan, el estrés, la inestabilidad, la inestabilidad de alimento o cuestiones que puedan suceder como problemas pero la salud mental es que uno pueda sentir todo en un momento estar alegre, y estarse de manera más tranquila, más seguro...” Sujeto No. 4.</p> <p>“(...) para mi concepto salud mental es un conjunto de especies en torno, del entorno social tanto del universo y como yo mismo. Entonces la salud mental me hace sentir, o sea yo ver las cosas de los demás y yo ver las cosas de mis propios problemas pero dentro de eso yo poder controlarlo esas situaciones...” Sujeto No. 8.</p> <p>“ósea que es la persona que sufre de mente” Sujeto No. 2.</p> <p>¿Por qué creen que se enferma la gente? “de pronto por aburrido, de pronto por de malas, de pronto por pensar mucho que el conflicto armado está pasando (...) y de pronto por tener amenazas” Sujeto No. 3.</p> <p>“Salud es vivir buena la vida, sin enfermedad...” Sujeto No. 5.</p>
	El trabajo, la salud, la educación, la alimentación y la vivienda como Necesidades Básicas	<p>“Contento a mi me hace estar el trabajo, la salud y el estudio, que aprovechemos en lugar de que yo tuve mi tiempo de vida viviendo allá me hacía estar muy contento...” Sujeto No. 3.</p> <p>“... el bienestar nuestro requiere de recurso y también requiere una buena vivienda, el bienestar va en la forma de cómo pensar, de cómo vivir, de ver el entorno social, el entorno ambiental y el entorno psicológico. Eso es bienestar para la población”. Sujeto No. 8.</p> <p>“...yo tengo que trabajar con mi artesanía, para poder traer acá una libra de arroz a los niños, que la plática para arriendo...” Sujeto No. 5.</p>

		<p>“acá en Bogotá hay veces que yo siento difícil porque no tengo pues casa propia, no tengo con quien vivir...” Sujeto No. 7.</p> <p>“Llegarían como a una libertad de estar nuevamente en el territorio”. Sujeto No. 4.</p> <p>¿Sumercé que necesita en la vida para sentirse tranquila? “En la vida un trabajo, y trabajar. Conseguir plata, estar pendiente de las niñas” Sujeto No. 5.</p>
	<p>Territorio</p>	<p>“Tranquila... pues para mi es mejor vivir en el campo, en territorio de uno, porque allá es más sano, allá no se ve nada de... aquí en la ciudad se ven muchas cosas, se ve vicio, se ve prostitución, de todo” Sujeto No. 2</p> <p>“en el territorio no era así, porque en el territorio tenemos la idea de ser libres poder trabajar para sacar todos la comidita, sacar todos sus productos” Sujeto No. 3</p> <p>“en el campo creo que uno no sufre mucho de sentimiento”. Exploración Preliminar. Conversatorio Mujeres.</p> <p>¿Usted no quiere volver a su territorio? “No. ¿Por qué? Porque allá es mucho sufrimiento. Si allá hay mucha violencia y allá mucho conformado, no puede trabajar bien” Sujeto No. 5.</p>

La tercera categoría se refiere a la **Experiencia de Vida en Bogotá**, allí se hace una relación constante con las condiciones de vida, donde la marginalidad y la pobreza son ejes fundamentales. Los sujetos entrevistados relatan la experiencia como dura y brutal, la cual produce miedo. Lo primero que tienen que sortear es la forma de sostenerse donde el primer obstáculo es la falta de oportunidades laborales. Otro aspecto está relacionado con los lugares donde habitan, cuando no es la calle, son los paga diarios los cuales están rodeados de condiciones de pobreza dejando vulnerable a las familias a actos de violencia y consumo de sustancias, donde están expuestos a enfermedades, por las condiciones de salubridad en las que habitan, muchas veces pueden habitar hasta cinco familias en un cuarto, durmiendo todos en el suelo y compartiendo baños con desconocidos. La cocineta puede quedar en el mismo cuarto lo que implica un riesgo.

“Trasladar (...) a una comunidad a otra región diferente (trae) un daño irreparable, (...) estos van a ser explotados, (ya que) no tienen las defensas, no se han criado en la ciudad para sobrevivir en ella y son un blanco fácil, de la (...) droga y el alcohol. (...) Los indígenas que yo conozco que se trasladan al mundo urbano, son atrapados por las redes urbanas y terminan destruyendo sus valores, ya que tienen formas muy perversas de insertarse en ese mundo”

Exploración Preliminar. Experto Internacional. Octubre 2013.

“Yo he conocido familias desplazadas que viven en el lavadero, sin techo y sin piso y les cobran 100, 200 mil pesos de arriendo y todo el tiempo los están amenazando con sacarlos, todo el tiempo les están restringiendo el agua, los mayores casos de abuso sexual en niñas y niños son precisamente en los inquilinatos porque no tienen privacidad (...)”

Grupo Focal Experto No Indígena No. 4. Octubre 2014.

De otra parte, se vislumbran relatos de discriminación, discriminación por ser indígena, por traer costumbres diferentes, costumbres que se ponen en riesgo, principalmente, en los más pequeños, quienes muchas veces se quedan solos ya que los padres deben buscar cómo sobrevivir. Niños y niñas que transforman su apariencia para parecer al vecino, al de al frente. Menores que inician una vida de riesgos. Padres preocupados por lo que deben vivir sus hijos, por la experiencia diaria de una ciudad, despiadada, violenta y en crisis.

“...a mí me ha causado mucha curiosidad que muchos niños y jóvenes Emberás, que viven acá, niños y niñas (... más o menos de) seis años van con cigarrillo en mano, (...) esas son otras condiciones que no están entre las condiciones de vida normal (de la población) y (...uno se pregunta cómo los padres) pierden esa capacidad de ejercer el control sobre sus hijos...”

Grupo Focal Experto Indígena No. 2. Octubre 2014.

Pero también, se encuentran las narrativas de las posibilidades, la ciudad como una oportunidad para estudiar y trabajar, esto último principalmente para las mujeres, las cuales se sienten bien de poder obtener ganancias de su trabajo, la posibilidad de sentirse en “libertad”. Algunas de ellas lograron separarse de sus esposos maltratadores y ven como positivo responder por ellas y sus hijos, sin importar las condiciones de vida de la ciudad.

Las narrativas más significativas fueron:

Matriz No. 29. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados alrededor de Experiencia de Vida en Bogotá en Pueblos Indígenas Emberá según Entrevistas de Profundidad

Categorías de Análisis		
Categoría Deductiva	Categoría Emergente	Narrativas Significativas
Experiencia de Vida en Bogotá	Condiciones de Vida	<p>“Yo aquí en esta ciudad siento muy duro, toca vivir tan duro situación, si uno no es estudiado no le dan trabajo, si uno no hace cualquiera forma para el trabajo tampoco no encuentra dinero, toca la familia para mi siento muy duro. Si yo tuviera casita propia pues viviría feliz pero ahora yo vivo aquí tan dura cosa, a veces amanezco con aburrimiento, a la vez vivir feliz con los niños” Sujeto No. 6.</p> <p>“Un Emberá desplazado en la ciudad es mal ver y hablan mal de los emberás, “esos indios, esos indios que no conocen, esos indios salvajes todos” entonces eso influye mucho, afecta emocionalmente, aquí cuando llegué, llegué así yo no tuve donde dormir, (...) a mí me tocó amanecer en la calle, me tocó amanecer en la calle porque nadie me quería.</p> <p>La verdad en la ciudad es un fenómeno muy brutal, aquí no se puede vivir sin trabajo ni nada, y el que menos, sino tiene un nivel académico aquí es como tratar un perro de cartón en la calle, así es la ciudad.</p> <p>Pero entonces llegan acá, empiezan a trabajar, por necesidades, por pagar servicios, arriendo, van a trabajar entonces ven y dicen “ve están pidiendo moneda, están mendigando, es que están utilizando los niños como herramienta de recurso, de ganancia o de obtención de ingreso (...)” Sujeto No. 8.</p> <p>“En la ciudad encuentra más conflicto, más violencia todavía psicológico, moral, físico.</p> <p>En ciudad hay mayores oportunidades de recursos porque acá en la ciudad solo le hablan de recursos, no hablan de todo, de unidad, de conjunto, de trabajos comunitarios, no se habla, sino es, si trabaja come, sino no, quédese en la casa a dormir que (...).</p>

	<p>Condiciones de Vida</p>	<p>La gente actual, de aquí, te ve como menos, siempre dicen minorías étnicas” Sujeto No. 1.</p> <p>“Si eso los jóvenes sobre todo están consumiendo mucho (...).</p> <p>Vivir en la ciudad como nosotros somos del campo eehh, es muy diferente vivir en la ciudad, no es como que... no es libre mejor dicho, a donde vaya todo es como con peligro, todo a uno le da miedo, de carros, de todo, de ladrones, bueno todas esas cosas.</p> <p>Aquí ósea, nosotros sentimos... como dice mi papá que sentimos que estamos en territorio ajeno, que no son de nosotros, y eso uno tiene que cumplir las normas con lo que ellos digan.</p> <p>Yo siento que mi cambio un poquito de experiencia de que yo vivía allá en territorio, porque allá no podía ni estudiar y acá si ya estoy terminando mi bachiller y aparte de eso ya estoy estudiando en auxiliar de enfermería.</p> <p>Para mi pues para bien, porque la verdad allá en territorio es bueno, pero allá no encuentra nada de dinero, allá las mujeres no... trabajan pero en la finca pero nunca encuentra plata, en cambio aquí nuestro... allá nuestro cultura tejido de canasta, tejido de chaquiras, lo que nosotros hacemos allá no vale nada porque allá pues quien compra porque toda la mayoría utilizan eso, entonces nadie te compra, en cambio aquí por la artesanía si hemos encontrado, ósea hemos tenido... las mujeres también cargan su plástica para poder mantener a sus hijos” Sujeto No. 2.</p> <p>“Esta capital es muy duro (...) ahí delante de los niños les hacen ver cosas que no debían de ver, (...) los hacen dejar ver puñaladas de otra persona, o mucho consumo, o mucho de alcohol, (...) por eso nosotros estamos preocupados por esa parte que porque nosotros nunca en la vida allá en el territorio cuando vivíamos no veíamos así cosas raras, pero acá cuando uno ve cosas raras ahí más que uno queda preocupado por los hijos, que será que los hijos se van a perder.</p> <p>Antes de llegar acá en el albergue los que estaban viviendo en paga diario ya aprenden todas esas cosas, (...) consumen alcohol, y hasta los niñitos intentaban armar cuchillos así cual calle.</p> <p>Pues aquí para salir para calle uno siente miedo.</p> <p>De pronto en Bogotá se espantan los miedos” Sujeto No. 3.</p> <p>“Acá es vivir bien, acá esta libre, está viviendo bien y está cuidando bien y mejor. Allá no”. Sujeto No. 5.</p>
--	-----------------------------------	---

Otras categorías que emergieron de la experiencia con la población, las cuales no tuvieron una frecuencia significativa en los discursos, pero que representan una realidad, es a lo que se le ha denominado significados asociados a salud mental, estos son: personalidad, mentalidad, buenos pensamientos, reencuentros, familia, apoyo,

buenos amigos, estar en comunidad, vivir en la vida, buen trato, ser escuchado, poder hablar y maltrato. Ver Gráfica No. 21. Modelo Explicativo

VI. 3 Narrativas del pueblo indígena Emberá alrededor de algunos aspectos de la salud mental occidental, tales como pautas de crianza y problemáticas en salud mental como: alcoholismo, violencia intrafamiliar y suicidio, y su relación percibida con el conflicto armado.

Las preguntas “¿Considera usted que la forma en que están creciendo sus hijos a cambiado desde que está viviendo en Bogotá? y ¿Cómo explica usted los problemas relacionados con alcoholismo, violencia intrafamiliar o suicidio. En donde vivía, la población tenía problemas de alcoholismo, violencia intrafamiliar o suicidio?” tenían como objetivo intentar hacer un acercamiento a las realidades de la población con algunas categorías en salud mental identificadas desde occidente como lo son pautas de crianza y problemáticas relacionadas con alcoholismo, violencia intrafamiliar y suicidio, estos dos factores fueron relacionados con el hecho de ser una población en situación de desplazamiento por el conflicto armado, por lo cual se indago lo relacionado con la experiencia en la ciudad y lo vivido en territorio. De esta forma, las categorías de análisis se ordenaron de la siguiente manera:

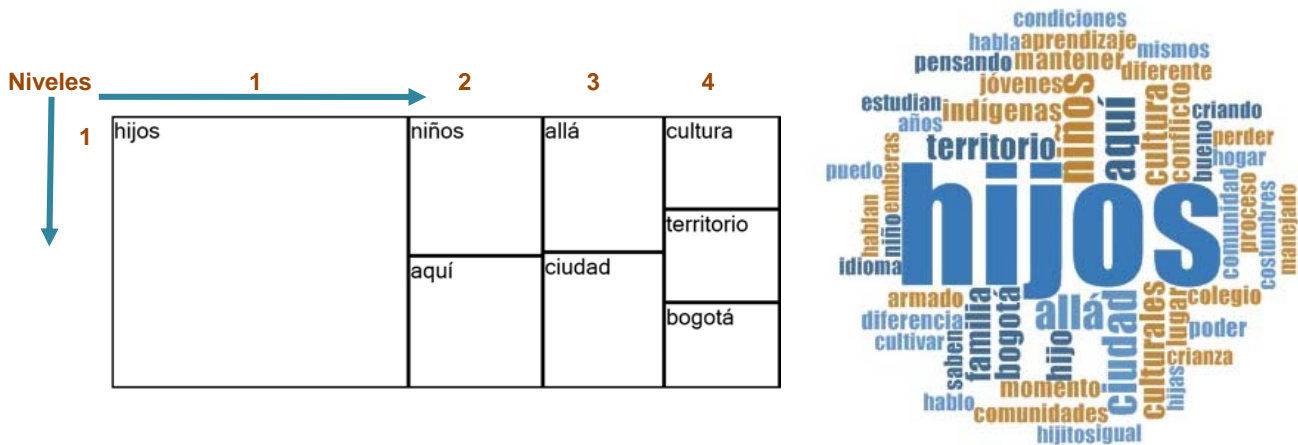
Matriz No. 30. Categorías Ordenadoras para el Análisis Narrativo Relacionado con Aspectos de la Salud Mental Occidental, tales como Pautas de Crianza y Problemáticas en Salud Mental como: Alcoholismo, Violencia Intrafamiliar y Suicidio en Pueblos Indígenas Emberá – Entrevistas En Profundidad

Categorías de Análisis	
Categoría Deductiva	Categoría Emergente
Pautas de Crianza	Hijos
Problemáticas en Salud Mental	Consumo de Sustancias Psicoactivas – Alcohol.
	Suicidio
	Violencia Intrafamiliar.

Con relación a las **pautas de crianza** las narrativas de los sujetos evocan a sus **hijos** (6,22%), **niños y niñas** (1,44%), en dos escenarios, el **aquí** (1,37%), referido a la **ciudad** (1,29%), a **Bogotá** (0,76%), y el **allá** (1,29%), convocando al **territorio** (0,83%), al **cultivo** (0,30%), a su **familia** (0,76%), a su **cultura** (0,76%), a su **comunidad** (0,38%). El aquí y el allá, desde la **diferencia** (0,38%) en las **condiciones** (0,30%) de

vida, las **costumbres** (0,30%) y las **formas de crianza** (0,30%). Ver Gráfica No.22 Mapa Ramificado y Marca de Nube^{uuuu}.

Gráfica No. 22 Mapa Ramificado y Marca de Nube sobre las Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría de Pautas de Crianza en Pueblos Indígenas Emberá



El temor de padres y madres Emberá radica en la transformación de las pautas de crianza, temor de que los estilos de vida y los problemas sociales de la ciudad afecten a los hijos, principalmente adolescentes, y las tradiciones de los pueblos queden en el territorio, por lo cual hacen un esfuerzo por mantener sus costumbres, pero eso en la ciudad, en algunos casos, también puede llegar a ser un problema, ya que las condiciones de vida son muy distintas. El ejemplo más notorio es la costumbre del Emberá de andar descalzos, el territorio tiene otras condiciones ambientales, la más común el clima cálido, en contraste con la ciudad y su clima, las cuales han causado múltiples enfermedades respiratorias, principalmente en niños.

“De la población ubicada en la ciudad de Bogotá puede decirse que están en la actualidad en los barrios de mayor peligrosidad de la capital. Que de su población total, casi el 50% son niños que se encuentran en estados de desnutrición y con enfermedades respiratorias”. (Nota de Prensa. CM&).¹²³.

^{uuuu} Se anexa matriz de Conteo de Frecuencias sobre Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría de Pautas de Crianza en Pueblos Indígenas Emberá. Anexo No. 13.

A continuación se exponen algunas narrativas emergentes que se dieron en las entrevistas con expertos:

Narrativa sobre experiencia de experta indígena con la población Emberá: *“a quien le va a dar más duro (volver al) territorio, ellos decían, pues a los adolescentes, porque los niños (...) están en proceso de aprendizaje, ellos se adaptan otra vez a vivir, (...pero) los adolescentes no, porque ellos ya tienen una visión de haber estado en la ciudad y de haber aprendido a desenvolverse, ahora que ellos van allá (al territorio) ellos no saben (...) cortar, no saben cosechar, no saben nada”*
Grupo Focal Experto Indígena No. 2. Octubre 2014.

“(...) muchas de estas familias siguen creyendo de manera nostálgica y utópica, que deben seguir criando a sus hijos de igual manera, viviendo acá en Bogotá”
Exploración Preliminar. Experto No Indígena. Septiembre 2012.

Las narrativas más significativas de la población fueron:

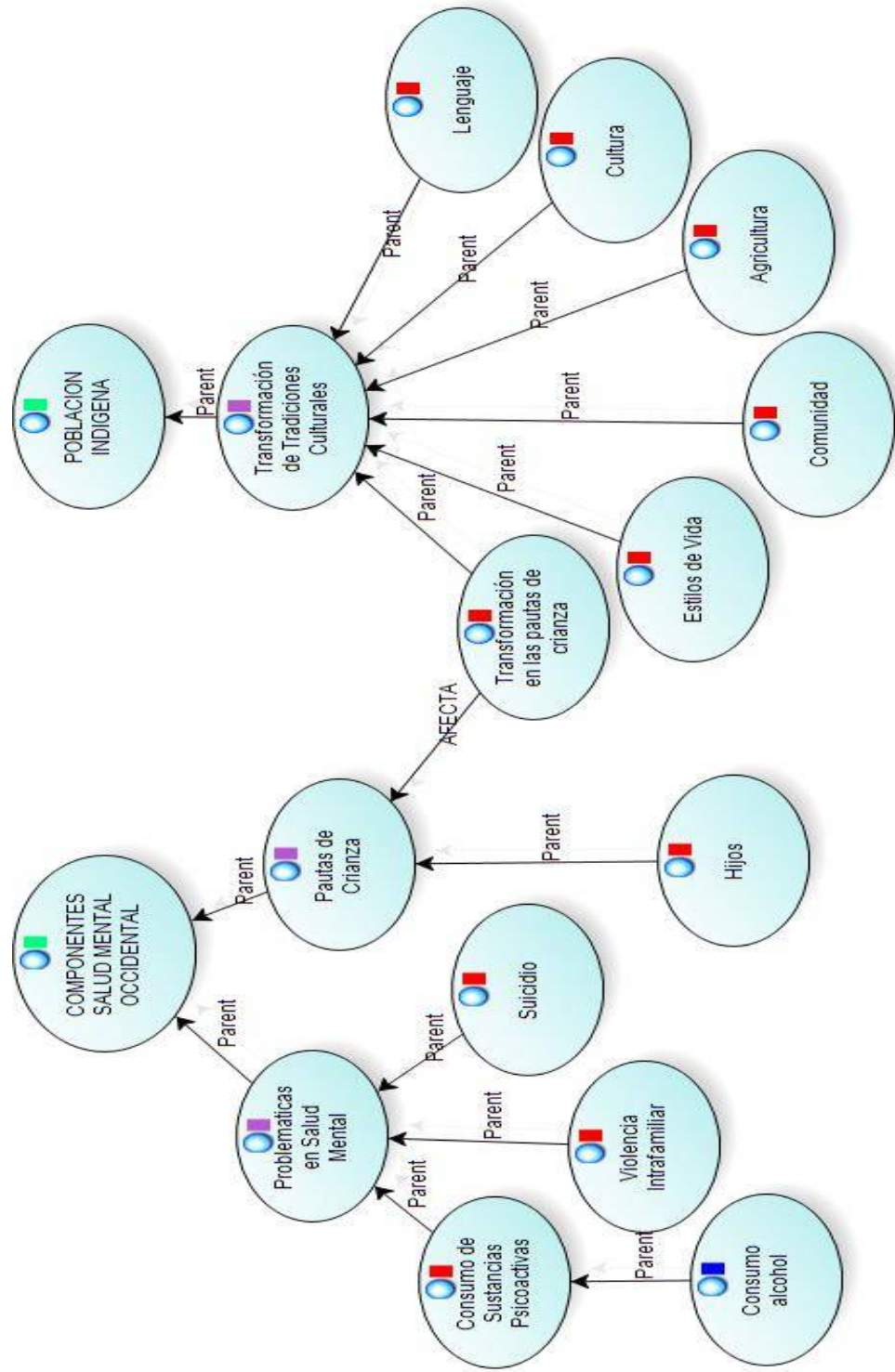
Matriz No. 31. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría de Pautas de Crianza en Pueblos Indígenas Emberá

Categorías de Análisis		
Categoría Deductiva	Categorías Emergentes	Narrativas Significativas
Pautas de Crianza	Hijos	“Uno queda preocupado por los hijos, que será que los hijos se van a perder” Sujeto No. 3.
	Niños	
	Perder	
	Identidades Propias	“Yo tengo que generar aprendizaje a mis hijos y que ellos sean y conserven sus propias identidades culturales (...), pero ellos igual se me quejan “papá usted porque me habla tantas distintas cosas si en el colegio me enseñan otras cosas”. Sujeto No. 8.
Cultura		
Distinto/Diferente		“(en la ciudad) hay mucha influencia económica por el cual la gente sale a trabajar disparada y todo lo que puede ser es a través de dinero, entonces finalmente el dinero no es un algo que construye el mundo” Sujeto No. 1.
Construcción de		
Mundo		
Peligro		“El peligro, eso es lo que me complica porque yo no tengo (...) mi trabajo, puedo mantener mis hijitos, pero ellos estudian, salen del colegio y ¿quién mira? (quien los cuida o protege”. Sujeto No. 2.
Trabajo		
Estudio		

En este sentido, hablar de pautas de crianza evoca la transformación de estas mismas, pero yendo más allá, a la transformación de tradiciones culturales propias, las cuales están siendo olvidadas por niñas, niños y jóvenes Emberá quienes llevan viviendo en la ciudad la mayoría de sus vidas, olvidando el territorio, su forma de vida, sus costumbres, su idioma. Entre las consecuencias más atroces de la guerra se encuentra la pérdida, la transformación y desestructuración de la cultura indígena Emberá. Ver Gráfica No. 23. Modelo Explicativo^{vvv}.

^{vvv} El modelo explicativo está organizado entre categorías madre, simbolizadas por el color verde y categorías hijas o emergentes, simbolizadas por los colores morados, rojos, azul y naranja, estos últimos representan en su orden, el nivel de frecuencia e importancia del discurso. Por otra parte, permiten significar gráficamente las relaciones existentes entre los mismos.

Grafico No. 23. Modelo Explicativo que da cuenta de las Categorías Ordenadoras y Relaciones Existentes alrededor de las Pautas de Crianza en Pueblos Indígenas Emberá



Por otra parte, en lo relacionado con **alcoholismo, violencia intrafamiliar y suicidio**, los sujetos intervenidos reconocen el consumo de sustancias psicoactivas, principalmente el alcohol, como una de las problemáticas que afectan a la población. Para ellos, el consumo de alcohol es una actividad que existe en la comunidad desde hace muchos años y hacen parte de sus costumbres, sin embargo el consumo de drogas es algo que es nuevo y se está dando desde la llegada a Bogotá, principalmente en niños y jóvenes. A continuación se dan a conocer algunas narrativas relacionadas con lo expuesto:

“No allá no se ve (en el territorio), porque como allá no hay en donde conseguir, y más allá el cabildo aprieta mucho la parte de esas sustancias que consumen, allá no se ve de eso (...) y aquí, por donde nosotros estuvimos viviendo en el barrio La Favorita, allá (...) venden mucha droga, entonces por esa razón los Emberás como que meten ya mucho vicio, la bajan, y bueno ahí consiguen sus amigos y se quedan fumando ahí y hasta toman mucho trago”

Entrevista en Profundidad. Mujer Chamí. Sujeto No. 2. Marzo 2014.

“(...) y de hecho el Emberá es muy alcohólico, le gusta tomar su viche ¿cierto? Pero eso nunca ha cambiado”

Entrevista en Profundidad. Hombre Katío. Sujeto No. 8. Septiembre 2014.

“(...) hay muchos indígenas que son vicio de trago, no dan mercado a la mujer, solamente buscan beber, (...) en territorio hay eso”

Entrevista en Profundidad. Mujer Chamí. Sujeto No. 2. Marzo 2014.

“(...) los niños (...) van aprendiendo de fumar de drogas, (...) de pronto de alcoholismo, de pronto empiezan aprender de robar, de pronto pueden aprender de cargar cuchillo para apuñalar a otro compañero”

Entrevista en Profundidad. Hombre Chamí. Sujeto No. 3. Abril 2012.

A pesar de que el consumo de alcohol es una tradición cultural dentro de los Emberá, principalmente en los hombres, para las mujeres Emberá está relacionado con lo que denominamos **violencia intrafamiliar**. De las cuatro mujeres entrevistadas, dos de ellas se sienten bien viviendo en Bogotá ya que no son víctimas de los golpes de sus esposos y el hecho de estar en la ciudad les dio la oportunidad de tener un rol distinto en la vida. Ahora bien, la relación de alcohol – violencia se da tanto en la ciudad como en el territorio.

“Para muchos no es problema, (... a ellas) el marido puede maltratarlas, puede vivir pegando, hacen de todo con la mujer y nunca se separan porque es como cultura, hasta para el cabildo no es mal si el marido maltrata a la esposa, si uno lo deja al esposo por maltrato también es mal, a uno tienen que castigar, a mi por ejemplo yo mantenía allá con problemas, allá donde vivía, y yo demandaba al cabildo, decía “mire que mi esposo me pegó, me reventó mi cabeza, mire mi herida, una vez casi me deja perder mi ojo” porque me pegó contra una pared, como había un clavo, me tumbó así, ósea me tiró para allá entonces me caí, me dio contra esa pared y me enterré aquí como un poquitico de clavo y eso yo lo demandé y eso me dijo que ah y yo le dije que me iba a separar de ese tipo porque no me aguanto más vivir, yo le dije vivir 13 años y me mantiene golpeando a toda hora y él es así, bueno conté todo y me dijo el cabildo: “si usted va a dejar a su esposo, si ustedes son casados por la iglesia no se pueden separar, aunque su esposo le maltrate usted tiene que aguantar todo porque ustedes hicieron juramento delante de dios yo no sé, eso tiene un castigo, más bien vamos a castigar a su esposo a ver si hace caso y si no hace caso y si usted le deja a él, usted tiene que trabajar seis horas.

(...) Para mí no fue malo para mí fue bien (se refiere a la vida en Bogotá), porque la verdad yo allá viví con mi esposo, y cuando vine acá nosotros nos separamos porque él aquí aprendió a fumar de todo, así como aprendió a consumir drogas, todo eso y eso afectaba terriblemente la pareja (...), ya hace seis años yo vivo sola, con mis hijitos”

Entrevista en Profundidad. Mujer Chamí. Sujeto No. 2. Marzo 2014.

De esta forma, se puede decir que tanto el consumo de alcohol, como la violencia intrafamiliar son prácticas que se dan dentro de la comunidad, sin embargo, con la experiencia del desplazamiento y las condiciones de vida que rodean los lugares donde habitan los sujetos en la ciudad, donde las tensiones son constantes, estas prácticas aumentan y la población esta vulnerable al consumo de otras sustancias como el cigarrillo y las drogas.

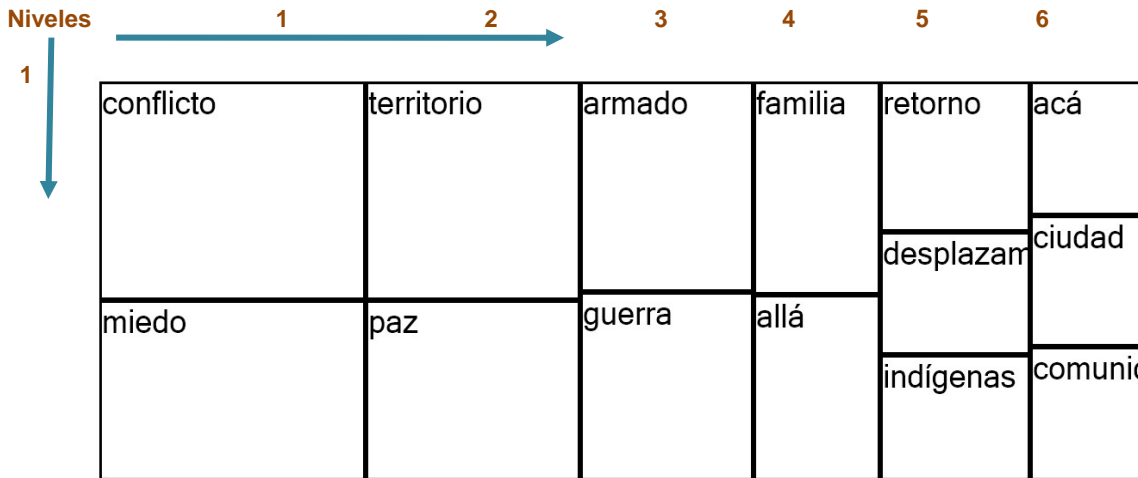
“(...) el hecho que estén acá en Bogotá si incide en que se incremente la violencia intrafamiliar y conyugal, porque no también decir el consumo de sustancias psicoactivas, (esto) en la medida de que la gran mayoría de población Emberá acá en Bogotá vive afectada por muchas necesidades, entonces ahí también se estresan, se frustran, desde ahí los niveles de acaloramiento inciden más y esto confluye para que la violencia de padres a hijos y la violencia conyugal sea más elevada”
Exploración Preliminar. Experto No Indígena. Septiembre 2014.

En cuanto al suicidio, la población no identifica ningún factor relevante o relacionado con la experiencia en el territorio o en la ciudad.

En relación a la pregunta **“¿cuáles han sido las consecuencias, que ha traído a su vida, ser víctima del conflicto armado?”**, los sujetos intervenidos evocan el **conflicto** (2,28%) **armado** (1,41%) dentro del **territorio** (1,85%), donde el **miedo** (1,9%) es la emoción más sentida, el **allá** (0,92%) caracterizado por la **guerra** (1,26%), el **desplazamiento** (0,73%), el **acá** (0,58%), la **ciudad** (0,58%). Los afectados, la **familia** (1,07%), la **comunidad** (0,58%), la **población** (0,58%) **indígena** (0,73%) en general. La necesidad la **paz** (1,51%), la esperanza, para la mayoría, el **retorno** (0,87%). Ver Gráfica No.24 Mapa Ramificado^{www}.

^{www} Se anexa matriz de Conteo de Frecuencias sobre Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría Tiempos de Guerra en Pueblos Indígenas Emberá. Anexo No. 14.

Gráfica No. 24. Mapa Ramificado sobre las Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría Tiempos de Guerra en Pueblos Indígenas Emberá



Como se vislumbra en la marca de nube (Gráfica No. 25), la guerra traza desde la parte superior al centro, las categorías que emergieron de los discursos de los Emberá, está rodeada de miedo, pero también de **vida** (0,53%) y del sentido del **vivir** (0,53%), pero el vivir en dónde?, en el territorio o en la ciudad. Y es que para algunos la ciudad es un mundo de **oportunidades** (0,29%), principalmente para las mujeres, quienes transforman su rol, a mujeres que estudian y trabajan para conseguir su sustento, a diferencia del territorio donde dependen completamente del hombre.

Gráfica No. 25. Marca de Nube sobre las Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría Tiempos de Guerra en Pueblos Indígenas Emberá



Con relación al conflicto, los relatos no solo se refieren al conflicto en el territorio, también se refieren al peligro que apremia la vida en la ciudad. El desplazamiento trae consigo multiplicidad de violencias, entre ellas, la violencia que se vive en el territorio (amenazas, muertes, bombardeos, etc) y la violencia de una ciudad desconocida (violencia urbana, choque cultural, problemáticas sociales y de salud), en el medio, en los dos escenarios de vida, la pobreza. Así la pobreza es una condición de vida de la población que se refleja en la carencia o no acceso a las necesidades humanas básicas, como lo son vivienda, educación, salud, alimentación, el trabajo, lo que afecta notoriamente la calidad de vida.

En este sentido y teniendo en cuenta la densidad del relato, las categorías deductivas y emergentes más importantes fueron:

Matriz No. 32. Categorías Ordenadoras para el Análisis Narrativo Relacionado con Tiempos de Guerra en Pueblos Indígenas Emberá

Categorías de Análisis	
Categoría Deductiva	Categoría Emergente
Conflicto Armado	Dolor Estado Miedo Pérdida Pobreza Repercusiones del Conflicto Armado Significado del Actor Armado Violencia
Paz	
Situación de Desplazamiento Forzado	Abandono Amenaza Inseguridad Migración Oportunidad Retorno Vulnerabilidad

En cuanto a las narrativas más significativas de la población se encontraron:

Matriz No. 33. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría Tiempos de Guerra en Pueblos Indígenas Emberá

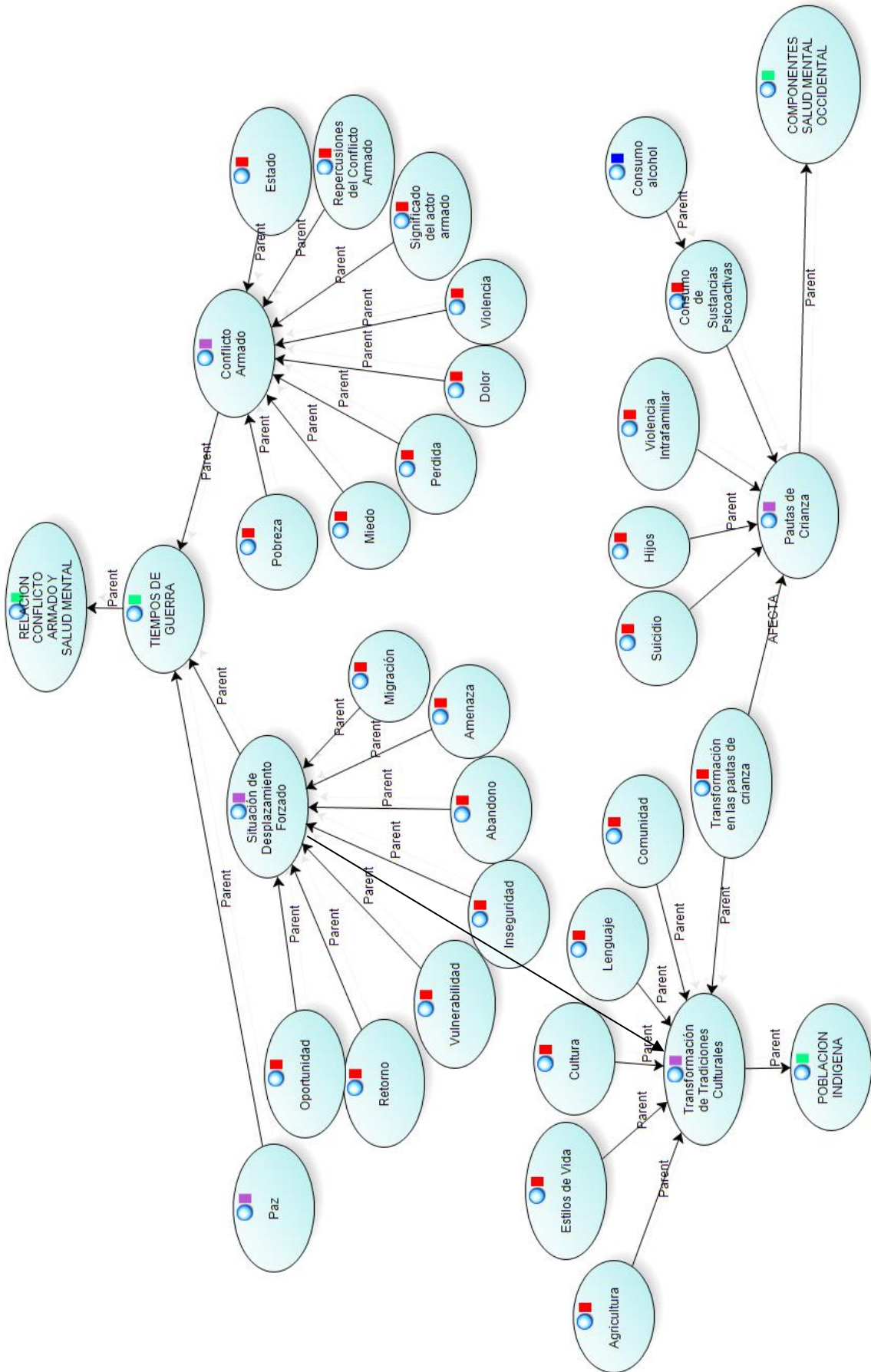
Categorías de Análisis		
Categoría Deductiva	Categorías Emergentes	Narrativas Significativas
Conflicto Armado	Dolor Estado Miedo Pérdida Pobreza Repercusiones del Conflicto Armado Significado del Actor Armado Violencia	<p>“El miedo más que todo, el miedo, el temor la angustia, la soledad, la inseguridad... pensando físicamente en mi cuerpo material.</p> <p>Los indígenas somos las víctimas de este conflicto”. Sujeto No. 8</p> <p>“Nosotros en el territorio cuando no había ese conflicto y cuando no nos llegaban conflictos armados nosotros éramos contentos</p> <p>(...) miedo de pronto a los grupos armado, claro que todavía estén esperando allá” Sujeto No. 3.</p> <p>“El conflicto no es de comunidades sino es del Estado, que el Emberá nunca ha sido de alzar en armas, ni matar ni poner bombas, ni nada.</p> <p>El miedo personal de todo y la inseguridad, más que la vida personal, la vida misma. (...) El impacto que genera el conflicto en la ciudad también es muy duro, a pesar de que busca (...) un resguardo hacia la ciudad y en la ciudad encuentra más conflicto, más violencia todavía psicológico, moral, físico, es lo que dice” Sujeto No. 1.</p>
Situación de Desplazamiento Forzado	Abandono Amenaza Inseguridad Migración Oportunidad Retorno Vulnerabilidad	<p>“(...) es la intranquilidad, es como convertirse en la vida insegura” Sujeto No. 1</p> <p>“En Bogotá sentirme triste, dejamos todo abandonado en territorios “paras” hacen más daño. (...) En el territorio allá encuentra muchos conflictos armados que han amenazado a las comunidades indígenas, así lo mismo me pasaron por la amenazas que uno viene acá a la ciudad de Bogotá, (...) pero los golpes más duros que tuve en el resguardo, el miedo, la amenaza” Sujeto No. 3</p> <p>“(...) nosotros perdimos en el tema del desplazamiento todo, perdimos la tierra, los animales, la casa, de lo del trabajo, de lo que uno tenía, todo, eso fue lo que nos dejó en la miseria a estas poblaciones, nosotros en el momento no tenemos nada donde llegar, no tenemos ni la finca.</p> <p>La huella lo que fue (ya está hecho) pero las consecuencias de lo que uno sufrió... claro uno imagina todo el espacio, el terreno, pero la idea es que esa misma huella que no</p>

		<p>vuelva a repasar nuevamente, para que quede doble huella en el terreno, sino que ahí queda lo que fue y de ahí para allá que no pase nada, que halla seguridad pues en el momento a nivel territorial” Sujeto No. 4.</p> <p>“Lo positivo es que usted aquí ha podido estudiar” Sujeto No. 2.</p> <p>“(…) muchas poblaciones que vienen, muchos indígenas que vienen, si vienen acá es porque vienen a vender artesanías o vienen a buscar otras oportunidades” Sujeto No. 8.</p> <p>“(…) como vamos a retornar, ya entonces no tengo nada que preocupar”. Sujeto Encuesta.</p> <p>“A veces pongo a pensar estoy pidiendo retorno pero no tengo a donde hacer la casa y eso me dificulta, yo no sé como al final” Sujeto No. 2.</p>
--	--	---

Finalmente y como forma de resumen, en el Modelo Explicativo^{xxxx} que se expone a continuación se vislumbran algunas relaciones que surgen en la relación conflicto armado – salud mental y que es resultado de lo expuesto con antelación.

^{xxxx} El modelo explicativo está organizado entre categorías madre, simbolizadas por el color verde y categorías hijas o emergentes, simbolizadas por los colores morados, rojos, azul y naranja, estos últimos representan en su orden, el nivel de frecuencia e importancia del discurso. Por otra parte, permiten significar gráficamente las relaciones existentes entre los mismos.

Gráfico No. 26. Modelo Explicativo que da cuenta de las Categorías Ordenadoras y Relaciones Existentes alrededor de la Relación Conflicto Armado – Salud Mental en Pueblos Indígenas Emberá



VI. 4 Aspectos que se pueden tener en cuenta para la planeación futura de intervenciones culturalmente apropiadas.

La pregunta, “¿Cuáles consideran ustedes que son los posibles aspectos que se deben tener en cuenta para la planeación futura de intervenciones culturalmente apropiadas?”, fue trabajada dentro las fases de, exploración preliminar, las entrevistas en profundidad y principalmente el grupo focal con expertos, las narrativas que surgieron de allí, convocan al **dialogo** (0,22%) **intercultural** (0,77%), como principal elemento de **intervención** (0,22%). De esta forma, las categorías de análisis se ordenaron de la siguiente manera:

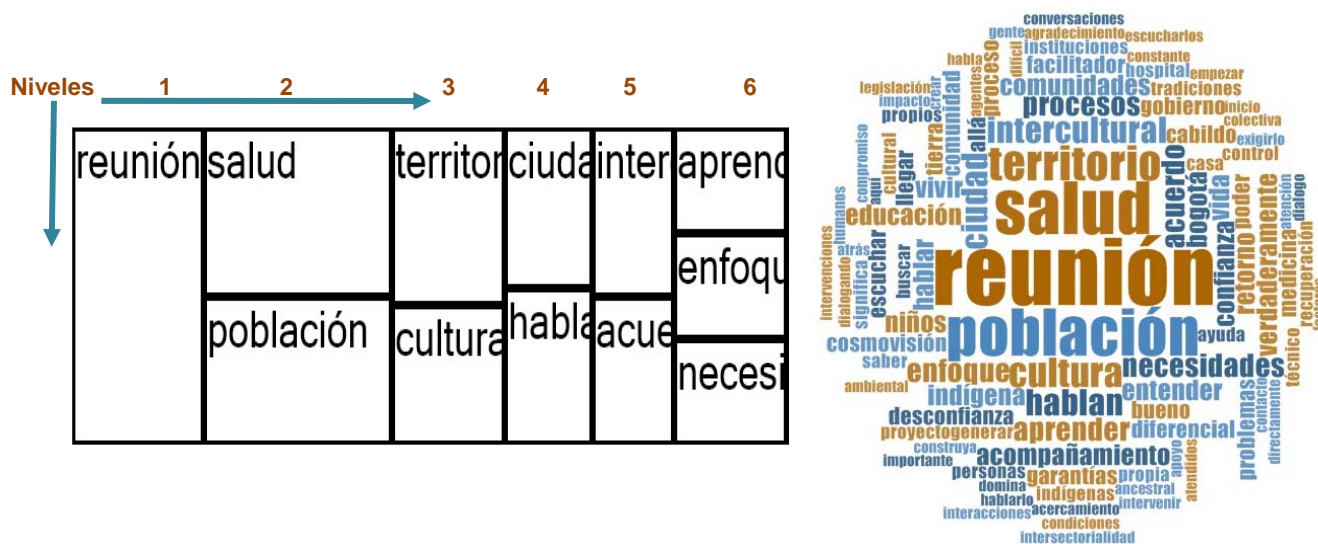
Matriz No. 34. Categorías Ordenadoras para el Análisis Narrativo Relacionado con Propuestas de Intervención Culturalmente Apropriadas en Pueblos Indígenas Emberá

Categorías de Análisis	
Categoría Deductiva	Categoría Emergente
Intervenciones Culturalmente Apropriadas	Acompañamiento
	Comunicación/ Dialogo y Escucha
	Intervenciones Diferenciales
	Redes de Apoyo
	Deber del Estado
	Intersectorialidad

Así, la palabra **reunión** (2,30%) surge como la categoría más utilizada dentro de los relatos. Reuniones alrededor de la **salud** (1,75%), las cuales incluyan convocar a la **población** (1,54%) alrededor de la **cultura** (0,88%), el **territorio** (1,10%) y la **cosmovisión** (0,44%), esto con el fin de **aprender** (0,66%) del **enfoque** (0,66%) y las **necesidades** (0,66%) de la **comunidad** (0,66%) y llegar **acuerdos** (0,66%), desde lo **diferencial** (0,44%), que beneficien a los Emberá. Ver Gráfica No.27 Mapa Ramificado y Marca de Nube^{yyyy}.

^{yyyy} Se anexa matriz de Conteo de Frecuencias sobre Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados alrededor de Propuestas de Intervención Culturalmente Apropriadas en Pueblos Indígenas Emberá. Anexo No. 15.

Gráfica No. 27. Mapa Ramificado y Marca de Nube sobre las Narrativas alrededor de las Propuestas de Intervención Culturalmente Apropriadas en Pueblos Indígenas Emberá



De esta forma, las propuestas de intervención culturalmente apropiadas están relacionadas con:

- Dialogo de salud intercultural.
- Mantener en el equipo de trabajo un par de facilitadores interculturales, es decir, una persona del pueblo Emberá, con conocimientos en cultura y salud desde su propia perspectiva, como una persona del equipo de salud occidental con conocimientos en cultura y salud tanto Emberá como occidental; esto con el fin de facilitar a través de éstos dos actores, un adecuado y respetuoso intercambio de saberes en torno a la salud y orientado hacia el mejor interés de la población.
- Implementación de proyectos de acuerdo a cosmovisiones, formas de vida y costumbres Emberá.
- Acompañamiento psicosocial desde un enfoque de la medicina tradicional.
- Incorporar dentro de la medicina occidental elementos de la medicina indígena Emberá.
- Intervenciones con enfoque diferencial operado desde la legislación indígena.
- Construir una propuesta de corresponsabilidad, donde quienes organicen la intervención como la población mantengan acuerdos de trabajo conjunto. Esto, a

través de procesos de consulta y construcción de acuerdos entre la población indígena y sus líderes, con los operadores de salud occidentales y sus organizadores.

- Reconocer y fomentar el poder innato existente en la comunidad y sus líderes, para construir y trabajar propuestas en pro de su bienestar colectivo, evitando continuar con posturas institucionales que perpetúen la subalternización del indígena y su sometimiento al asistencialismo de occidente.
- Proponer estrategias que permitan fortalecer la identidad cultural, la educación tradicional, las redes de apoyo, los factores solidarios y la memoria colectiva.
- Tener presente el trabajo comunitario como eje de la propuesta.
- Ofrecer una atención que reconozca las tradiciones culturales Emberá dejando a un lado las imposiciones políticas.
- Respetar el saber ancestral, dejarlo que fluya, y no intervenirlo indebidamente con el saber occidental.
- Desarrollar estrategias alrededor de la promoción y la protección de la salud.
- Generar lazos de confianza con la población por medio de agentes de salud indígena que estén en equidad de condiciones respecto a los agentes de salud occidentales, sin que se les instrumentalice en el marco del saber y el hacer occidental.
- Realizar seguimiento continuo en territorio sobre las acciones realizadas.
- Considerar el trabajo con la población desde zonas rurales donde la influencia urbana no afecte. *“Protegerlos del influjo de la ciudad”. Exploración Preliminar. Experto Internacional. Septiembre 2014.*
- Realizar una lectura de necesidades desde el lugar donde pasan la vida cotidiana.
- Tener una propuesta intersectorial para dar respuesta a las necesidades de la población.
- Ofrecer una atención oportuna de acuerdo a las necesidades de la comunidad.
- Construir un lugar de atención en salud que sea fundado desde la cosmovisión indígena.
- Garantizar los derechos de los pueblos principalmente a niños, niñas y adolescentes.

- El Estado debe contribuir al desarrollo de intervenciones culturalmente apropiadas.

Las narrativas más significativas fueron:

Matriz No. 35. Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados alrededor de las Propuestas de Intervención Culturalmente Apropriadas en Pueblos Indígenas Emberá

Categorías de Análisis		
Categoría Deductiva	Categorías Emergentes	Narrativas Significativas
Intervenciones Culturalmente Apropriadas	Acompañamiento Comunicación/ Dialogo y Escucha Intervenciones Diferenciales Redes de Apoyo Deber del Estado Intersectorialidad	<p>Grupo Focal Experto Indígenas y No Indígenas. Octubre 2014.</p> <p>“que haya un dialogo intercultural”.</p> <p>“(…) precisamente ahí es donde está el tema de relación con el territorio y todo, la misma palabra cultura viene de cultivo y de tierra y de lo que se siembra, yo creo que lo que se siembra no tiene una metáfora solamente a nivel de las cosechas sino también de lo que se transmite por eso uno habla de la lengua materna, los ritos muchas cosas que hacen permanente, (...) yo creo que hay una sabiduría o un saber (...) en esos ritos, que tiene un sentido importante y que debería ser tenida en cuenta pero no con cierto sentido de nostalgia sino yo creo como dice el doctor que uno no puede volver atrás sino (debe) poder seguir adelante, retomar lo que se ha conseguido más de lo que se ha perdido, yo también creo que a pesar de lo difícil yo creo que hay ganancias (...)”</p> <p>“habían unos saberes que las comunidades los hicieran y que se han perdido por la intervención de la medicina occidental y que yo creo que es importante recuperar”</p> <p>“el reconocimiento es algo que hace el lazo, hace el puente”</p> <p>“presencia en salud intercultural”</p> <p>“tres aspectos para esto: 1) que hubiera memoria colectiva con las comunidad desde los mayores hacia los más jóvenes para que no se pierda esas tradiciones (...) 2) favorecer los factores solidarios que se pierden cuando llegan a una ciudad y finalmente 3) una atención que reconozca esas tradiciones, no llegar a imponer, no esas imposiciones de políticas (...)”</p> <p>“dejamos que el saber ancestral fluya y no necesariamente intervenirlo con otro tipo de saber, a veces es mejor no hacerlo”</p>

		<p>Exploración Preliminar. Experto Internacional. Septiembre 2014.</p> <p>“los que no están integrados en centros urbanos y que viven en sus propias comunidades indígenas, tienen mucha desconfianza de los no indígenas que llegan a hablar con ellos porque han sido engañados muchas veces, han sido traicionados de distintas maneras, han sido robados en sus tierras, entonces es necesario (... intervenir con) equipos que van conversando con ellos (la población), que van atendiendo a algunas personas, que van respondiendo primero a sus necesidades, y que luego van sugiriendo cosas, (...estos) son procesos muy graduales; pero yo creo que lo más difícil es generarles confianza, una vez que se genera confianza, y que uno no va a reírse ni a cuestionar sus creencias, ni sus prácticas, (...) en algún momento podrían llegar a consultar y podemos en ese momento intervenir nosotros y a lo mejor aportar y contribuir (...)”</p> <p>“(...sería pertinente) un facilitador intercultural, el facilitador intercultural es una persona de la cultura originaria que recibe alguna capacitación en salud, que podría ser a un nivel técnico (...) o técnico paramédico, y que domina de alguna manera los dos mundos y acompaña a las personas (...)”.</p> <p>“agentes específicos de salud de ellos, con los cuales, relacionarse, comunicarse, ponerse de acuerdo, negociar, todo un proceso de generar confianza”</p> <p>“Se me ocurre, es que le hacemos más daño trayéndolos a un centro urbano, sobre todo el indígena que... ósea los indígenas que yo conozco que se trasladan al mundo urbano, son atrapados por las redes urbanas y terminan destruyendo sus valores, ya que tienen formas muy perversas de insertarse en ese mundo, lo ideal sería poderlos llevar a otras zonas rurales, aunque sea temporalmente, seguir trabajando con ellos, algún refugio por decirlo así, temporal”.</p> <p>“hay que tratar es ayudarlos a que mantengan redes de apoyo (...) lo más que se pueda”</p> <p>“(...) todo esto significa muchas conversaciones, mucho ponerse de acuerdo”.</p> <p>Exploración Preliminar. Experto No Indígena. Septiembre 2014.</p> <p>“cuando tu les brindas un acompañamiento constante, (...) tu generas unos vínculos de confianza, te demuestran a ti mucho agradecimiento”</p> <p>“(...realizar) acercamiento con la población real, (...) yendo a los contextos donde residen, para visibilizar sus necesidades reales y sentirlas”</p> <p>“Escuchar a la población porque de pronto nosotros desde la</p>
--	--	--

		<p>occidentalidad pensamos que ellos se sentirían mejor atendidos desde nuestros pensamientos y desde ahí ya estamos mal, hay que escuchar a la población, hay que aprender de la población, toca permitirnos aprender de (...ellos)”</p> <p><i>Población Indígena Emberá. Entrevistas en Profundidad.</i></p> <p>“Que los niños, ósea guachaque (...sean) privilegiados (...) con todas la garantías”.</p> <p>“El gobierno debe tener más compromiso con los pueblos indígenas (...)”</p> <p>“las garantías (...deben exigirse desde) un enfoque diferencial manejada desde la legislación indígena”.</p> <p>“Lo que usted tiene que tener en cuenta es el... de acuerdo a sus cosmovisiones, a sus costumbres, implementar un proyecto que va a desarrollar frente a ellos”.</p>
--	--	--

CAPITULO VIII. DISCUSIÓN



Imagen Luisa Fda. Ruiz. Sep. 2014

La discusión se construirá tomando todos los elementos expuestos en el proceso de investigación y los ordenadores serán los elementos propuestos en los objetivos. Entre los elementos, que aun no han sido trabajados se encuentran los diarios de campo, resultados de la observación participante, los cuales fueron fundamentales para el desarrollo de la discusión.

VIII. 1 El Sentirse Bien y el Buen Vivir como un Estado Fundamental de Vida

Si quisiéramos encontrar una categoría propia de la población Emberá para hablar de lo que desde occidente denominamos salud mental esa sería *Sentirse Bien* en una conexión íntima con el *Buen Vivir*, se continúa pensando en un estado interno de bienestar que implica armonía y equilibrio con el contexto social. El nodo construido de estas dos categorías implican el todo.

De esta manera, *Sentirse Bien* y el *Buen Vivir* son elementos cruciales en la vida de la población indígena, es una construcción social, donde está inmersa la familia, el colectivo, la cultura, el territorio y los acontecimientos diarios e históricos.

Así, *Sentirse Bien* y el *Buen Vivir* integran la armonía y el equilibrio entre el contexto social, los sujetos y colectivos significativos, la vida cotidiana, el bienestar físico y mental, la emocionalidad y la espiritualidad. Estos elementos se entrelazan para dar tranquilidad y estabilidad.

Al mirar en profundidad todos los elementos expuesto con antelación, se vislumbra como componentes esenciales del *Sentirse Bien* y el *Buen Vivir*, el cubrimiento de las necesidades humanas básicas, con esto me refiero a: alimentación, educación, vivienda, salud, trabajo, territorio, entre otras. Esto en relación con el poder del ser, tener, hacer y estar y con las condiciones del entorno vital. Otro elemento esencial está relacionado con el buen trato y por ende con el respeto y compromiso frente al otro.

En este sentido, *Sentirse Bien* y el *Buen Vivir*, implican salud y vida, implican un estado espiritual, colectivo, de armonía y bienestar, que convocan a vislumbrar la comprensión desde un pensamiento complejo no lineal, sino por el contrario dialógico, recursivo y hologramático¹²⁴.

Dialógico porque en el *Sentirse y Vivir Bien* como unidad, esta también el sentirse y vivir mal, llevándonos a la dualidad. Ahora ¿Qué aspectos hacen sentir y vivir bien o mal a la población Emberá?

De acuerdo a los resultados, la población relaciona el sentirse y vivir bien/bienestar o sentirse y vivir mal con las condiciones de vida en las que están inmersos. De esta manera, el sentirse y vivir bien se relaciona con el tener las necesidades humanas básicas para vivir, eso crea sentimientos de tranquilidad. El sentirse mal implica la presencia de cualquier necesidad primaria insatisfecha.

Recursivo, porque el sentirse y vivir bien implica al sujeto mismo y este como sujeto social convoca a las condiciones de vida y los sujetos y contextos donde se desarrolla la vida.

Hologramático, “el todo está en la parte que está en el todo”. Así, *Sentirse y vivir Bien*, es el todo pero también es solo una parte. El *Sentirse y Vivir Bien* es comprendido como un estado de bienestar en todas las dimensiones de la vida. Si cualquiera de esas dimensiones no funciona empezaría el desequilibrio y sus consecuencias alrededor de sentirse y vivir mal.

Con relación a lo anterior, es importante resaltar, que desde la perspectiva occidental, las intervenciones en “salud mental” a la población se han enmarcado o definido desde las problemáticas visibles, es decir los eventos relacionados con consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar, suicidio, transformación de pautas de crianza, trastornos por estrés postraumático, entre otras, las cuales, en realidad, son epifenómenos, que solo reflejan el malestar de la población por la ausencia de su posibilidad en la ciudad para ejercer poder sobre un territorio propio que les permita *Sentirse y Vivir Bien*. Así, desde la propuesta expuesta en esta investigación, esos epifenómenos son campos de intervención secundaria, y con perspectiva

occidentalizada, de lo que se debe hacer para preservar la "salud mental", no para garantizar el *Buen Vivir*^{zzzz}.

De esta manera y confirmando la hipótesis de investigación, en la actualidad no existen intervenciones en "salud mental" culturalmente apropiadas y coherentes a las necesidades de la población indígena Emberá que puedan propiciar cambios estructurales positivos y significativos en el sujeto y su comunidad.

Ahora bien, si se quiere proteger, promover, restaurar la "salud mental" de los sujetos Emberá en situación de desplazamiento, lo pertinente y necesario, es garantizar organización propia, acceso al territorio y al ejercicio del poder allí, para que puedan trabajar y vivir en comunidad, satisfaciendo a su modo las necesidades básicas.

De este modo, nos acercamos a realizar una intervención desde la determinación social que reconozca los procesos históricos estructurales y las inequidades que vivencia la población, es decir la esencia del problema. Para esto, es necesario comprender que la "salud mental" o el *Sentirse y Vivir Bien* son resultados de una realidad que se desarrolla en el acontecer diario de los sujetos y que está enmarcada por unas características sociales, culturales e históricas. De aquí, se debe recoger la vida colectiva de los sujetos, sus subjetividades, la naturaleza, la sociedad y el Estado.

En este sentido, los procesos sociales son determinantes en la vida de los sujetos, en este caso con características étnicas específicas. Así, las intervenciones desde la medicina social y la determinación deben retomar la historia de los sujetos, sus saberes y prácticas, sus relaciones significativas, los aconteceres sociales, históricos, políticos y económicos. Retomar la vida misma.

^{zzzz} Urrego, Zulma Consuelo & Ruiz, Luisa Fernanda. Este fragmento y los que siguen en este apartado: "El Sentirse Bien y el Buen Vivir como un Estado Fundamental de Vida", surgen de un espacio de construcción en el marco de la dirección del proceso de investigación.

VIII.1.1 Condiciones de Vida y Necesidades Humanas Básicas como Elementos de Pobreza e Inequidad Social en la Población Indígena Emberá



Imágenes Diario ADN. Marzo 2014.

Las condiciones de vida son factores que determinan el desarrollo humano de la población, llevando a crear contextos protectoras o maltratadoras. En el caso de la comunidad indígena Emberá las condiciones de vida están relacionadas con la pobreza y la inequidad social, vivida tanto en el territorio, como en la ciudad, donde la marginalidad, la miseria, el hambre, la desnutrición, la violencia y el desplazamiento hacen parte de la vida niños, niñas, jóvenes, adultos y viejos. No importa edad o sexo.

Así la pobreza como condición de vida de la población se refleja en la carencia o no acceso a las necesidades humanas básicas, como lo son vivienda, educación, salud, alimentación y trabajo, siendo estas necesidades de subsistencia y protección (categorías axiológicas) y necesidades del ser, tener, hacer y estar (categorías existenciales), lo que afecta notoriamente la calidad de vida.

VIII.1.2 *La Familia y el Territorio como Componente Fundamental en la Vida de la Población*

La familia cumple un papel fundamental en la vida de la población Emberá, esta es un componente fundamental para la construcción de comunidad. El rol de las mujeres está más relacionado con el hogar y la crianza de los hijos. Por su lado, los hombres, se desarrollan desde una posición de poder y de liderazgo social.

De las consecuencias del conflicto armado, la familia es la más afectada, ya que se ponen en juego la integración y por ende el colectivo, puesto que las dinámicas relacionales se transforman y se reorganizan para afrontar una nueva realidad. Esto ha traído malestar en la comunidad, pero también ha creado posibilidades para las mujeres quienes no podían ejercer labores de hombres. Así algunas mujeres han logrado salir de la tradición y han continuado trabajando y sosteniendo a sus hijos, muchas de ellas en la actualidad se encuentran separadas. Aquí se vislumbra una paradoja, teniendo en cuenta que desde la cultura occidental esto sería una ganancia, ya que la mujer no estaría sometida a costumbres de obediencia y subordinación, sin embargo desde el pensamiento Emberá esto significa el deterioro de tradiciones culturales propias.

“La condición socio-cultural, que obliga a realizar el matrimonio entre los Emberá y entre muchas tribus colombianas, es la división sexual del trabajo. Cada sexo debe realizar cierto tipo de actividades que le son propias. La mujer realiza tareas que le están prohibidas al hombre y viceversa”²³



Imágenes Luisa Fda. Ruiz. Sep. 2014

En cuanto al **territorio**, este determina la vida misma, porque en este se construye la historia, pasada, presente y futura.



Allí confluyen la naturaleza (fauna, flora, agua, etc.), la tierra, las relaciones sociales, la cultura, las costumbres, el colectivo (seres queridos, familia), la identidad étnica y por ende la organización social y sistema legal. Esto se refleja en las acciones diarias pero también en la manera de entender e interpretar el mundo.



El territorio proporciona sentido de colectivo, de unión, de pueblo, de pertenecía, lo cual se refleja en acciones políticas, económicas y sociales autónomas.



Desafortunadamente, la historia del pueblo Emberá esta caracterizada por oleadas de violencia donde el territorio es objeto de diferentes actores armados con el fin de obtener el dominio de este y de la población.

Imágenes Diario Digital Las2orillas. Julio 2014

Por otra parte, el territorio es acompañado de la pobreza, la falta de oportunidades, la necesidad, la desesperanza, el abandono, la continuidad del conflicto y la guerra.

VIII. 2 Conflicto Armado, Desplazamiento y Vida en Bogotá como Determinantes de Violencia, Vulneración y Malestar en la Vida de la Población Emberá

Con relación al conflicto, los relatos no solo se refieren al conflicto en el territorio, también se refieren al peligro que apremia la vida en la ciudad. El desplazamiento trae consigo multiplicidad de violencias, entre ellas, la violencia que se vive en el territorio: amenazas, muertes, bombardeos, etc. y la violencia de una ciudad desconocida: violencia urbana, choque cultural, problemáticas sociales y de salud.

El desplazamiento en pueblos indígenas es un impacto destructivo causante del deterioro en el tejido étnico y cultural, dejando a los sujetos, sus familias y colectivos desprotegidos, temerosos y con gran incertidumbre al mañana. Esto conlleva a la inserción de las comunidades a entornos urbanos sometiéndose a condiciones de pobreza y discriminación, siendo más vulnerables a peligros como delincuencia, prostitución, mendicidad, violencia sexual y explotación. Por otra parte, el conflicto armado tiene como consecuencia el quebranto de los lazos de unión y de solidaridad de los colectivos indígenas, lo cual conlleva al deterioro de la identidad étnica.

Otro efecto del desplazamiento y de la vida en la ciudad es la afectación en el estado emocional de los sujetos, de esta forma la categoría aburrimiento es la forma narrativa que usa la población para expresar el malestar emocional, físico y la ausencia material en la que viven. De acuerdo a los resultados, el aburrimiento está relacionado con la tristeza y la desesperanza.

Finalmente, el Estado como responsable de proteger a la población y reparar daños, es el gran ausente. La población solo los convoca para hablar del retorno o la reubicación, manifestando temor en el incumplimiento de los acuerdos para la garantía de los derechos y la seguridad en el territorio. En ningún momento son convocados como responsables de garantizar el bienestar en la ciudad, si bien el Estado ha intentado satisfacer las necesidades humanas básicas para un porcentaje de la población, lo que ofrece esta acorde a lo que el Estado decida que es lo mejor, sin embargo no garantizan lo que realmente necesita la comunidad.

VIII. 2. 1 Transformación de Tradiciones Culturales un Riesgo en la Ciudad



Imágenes Diario ADN. Marzo 2014.

La mayoría de la población Emberá lleva alrededor de 5 años en la ciudad, esto ha llevado a que las nuevas generaciones vayan perdiendo sus tradiciones culturales, estas relacionadas con el lenguaje, las costumbres, la medicina y, la forma de intervenir la enfermedad, entre otros determinantes.

De la misma forma, los jóvenes siguen estereotipos de ciudad, dejando a un lado las costumbres y comportamientos propios.

Es importante mencionar, que teniendo en cuenta el lugar geográfico donde habitualmente está ubicada la población, los estereotipos están relacionados con condiciones de pobreza y marginalidad, donde la violencia, la prostitución y el consumo de sustancias psicoactivas son un componente natural de la vida. Esto conlleva a que la población infantil y joven se encuentre en riesgo de ser vulnerada.

VIII. 2. 2 La Paradoja Revela la Complejidad de la Realidad de la Población

La paradoja representa una situación que infringe el sentido común, revela la complejidad de la realidad e implica una contradicción.



Para la población que lleva mucho tiempo en situación de desplazamiento en Bogotá y que ha logrado tener alguna estabilidad en la ciudad, entra en una paradoja sobre el lugar donde quieren desarrollar sus vidas. Para muchos el retorno a su territorio representa un abandono del Estado, donde las garantías de bienestar, calidad y condiciones de vida no son resueltas.



Así, el territorio se convierte en el lugar de reencuentro con la cultura, la tierra, las costumbres y la comunidad (seres queridos, familia), pero también representa la pobreza, la falta de oportunidades, la necesidad, la desesperanza, el abandono, la continuidad del conflicto y la guerra.



Imágenes Blog Emberá Katio. Mayo 2012

Vivir en Bogotá, significa, a pesar de las condiciones de vida, muchas veces de mendicidad, la posibilidad de obtener los mínimos para vivir, como alimentación, salud, trabajo, estudio para los hijos, algunas veces vivienda y una aparente seguridad. Estar en Bogotá se convierte en una forma de presionar al Estado para dar “respuesta” a las necesidades de la población.

VIII. 2. 3 *La Violencia Intrafamiliar, el Consumo de Sustancias y el Suicidio como Eventos Relacionados con las Condiciones Sociales/vida*

La población relaciona los problemas de drogas, alcohol, violencias o conducta suicida como consecuencia de un escenario social determinado que no brinda las posibilidades para que los sujetos y la comunidad puedan explorar alternativas de vida saludables y satisfactorias. De esta manera, para la población las dificultades de los jóvenes Emberá relacionadas con el alcohol o las drogas son la consecuencia del desplazamiento y de la vida en Bogotá.

En cuanto a la violencia intrafamiliar, se reconoce el maltrato a que son sometidas las mujeres Emberá como algo natural que sucede en comunidad. Esto ha sido causante a que muchas mujeres decidan quedarse en la ciudad con sus hijos, tomando la decisión de no retornar, ni al territorio, ni con su compañero sentimental, presentándose nuevamente la paradoja sobre el rol de la mujer.

Con relación al consumo de alcohol, la población tiene como tradición beber de manera habitual, no convirtiéndose en un problema para ellos. Sin embargo, las mujeres asocian la violencia intrafamiliar con la ingesta de licor.

A pesar de estos hallazgos, lo que sí es cierto es que los lugares donde habitan las familias Emberá, sean alojamiento o paga diarios, son escenarios sociales/urbanos deteriorados por la pobreza, la delincuencia, el consumo ilícito, la mendicidad y la prostitución factores que pueden llegar a determinar y vulnerar la vida de la población.

VIII. 3 Intervenciones Culturalmente Apropriadas.

Hablar de intervenciones culturalmente apropiadas convoca a un dialogo intercultural, no solo de saberes entre culturas, sino además de un proceso de igualdad, donde la diversidad hace parte. Así, se habla de un escenario donde el respeto por el otro y la pluralidad (país, persona, cultura, etc.) sea una prioridad. De este modo, el dialogo

intercultural supone una interacción recíproca donde las dos partes tienen un interés de comunicar y compartir formas distintas de vida.

La interculturalidad, es realmente el mejor ámbito para construir sistemas democráticos de verdadera significación, en el que exista la inclusión de la diferencia, donde se permita debatir y deliberar, donde las minorías no sólo sean un número, o un conglomerado de personas que por ser diferentes son excluidas y al contrario sean tomadas en cuenta¹²⁵.

De esta forma, los diálogos interculturales: a) surgen de un momento de descontento con la propia cultura; b) deben seleccionar elementos que representen el círculo más amplio de reciprocidad, la versión que vaya más lejos en el reconocimiento del otro; c) no pueden ser establecidos unilateralmente, por el contrario cada comunidad debe decidir cómo y cuándo realizarlos; d) los asuntos a tratar deben ser acordados mutuamente y; e) se debe tener en cuenta que ni el reconocimiento de la diferencia, ni el reconocimiento de la igualdad serán suficientes para fundar una política multicultural emancipadora¹²⁶.

El desarrollo del diálogo intercultural con estas características suena a utopía, es necesario hacer consciente sus implicaciones reales y actuar.

VIII. 4 La Salud Pública en el Marco de las Poblaciones Indígenas

Con relación a la salud pública, el proyecto de investigación propone un cambio de paradigma que esté abierto a las dinámicas sociales y que no se rija por el biologicismo clásico causal y la salud puramente asistencialista. De esta forma, invita a nuevas comprensiones frente a los fenómenos sociales, frente a la relación salud-enfermedad y frente a la relación sujeto-objeto; alejándose de posturas tradicionales, como las expuestas por las políticas del Estado, la salud pública en general y las corrientes epidemiológicas clásicas en particular.

De esta manera, la Salud pública debe intervenir la relación salud enfermedad como componentes de una realidad que se desarrolla en el acontecer diario de los sujetos y que está enmarcada por unas características sociales, culturales e históricas. En este sentido, es necesario reconocer las subjetividades es decir pensamientos y sentimientos que dan cuenta del Sí Mismo del sujeto y de su identidad, esta última construida por una cultura determinada que se desarrolla en espacios económicos, políticos y sociales establecidos, marcando así características propias.

En relación con la salud mental en población indígena Emberá en situación de desplazamiento, la salud pública debe incluir en su lectura: el rol crucial de lo social en la determinación de subjetividades e identidades, que hace que la salud mental siempre se vea en el contexto de relaciones sociales históricamente definidas, reconociendo el escenario político, económico, cultural e histórico de los sujetos; la comprensión de acción relacional y colectiva de los individuos y; la perspectiva de salud como un derecho de todos.

De acuerdo a las comprensiones que se han venido realizando con antelación, la salud pública debe reconocer los siguientes pilares como elementos esenciales para el desarrollo de acciones culturalmente apropiadas:

- a) La violencia embiste directamente la vida y por ser la vida el sentido de la salud pública, la violencia se convierte en un problema de salud sobre la vida y el bienestar del individuo y sus colectividades.
- a) Comprender el conflicto armado como un mecanismo que fuerza a la población indígena Emberá a desplazarse a escenarios desconocidos y violentos los cuales afectan en conjunto el *Sentirse Bien* y el *Buen Vivir*, además de sus condiciones y calidad de vida.
- b) Entre las consecuencias más atroces de la guerra se encuentra la pérdida, la transformación y desestructuración de la cultura indígena Emberá.

- c) Históricamente se han impuesto unas jerarquías que modelan la manera de existir de los sujetos de acuerdo a la raza o la etnia a la que pertenecen. Puntualmente, a la población indígena se les ha ubicado en un lugar de subordinación respecto a los “blancos”, siendo estos primeros, sometidos a unos contextos de extrema pobreza que les generan peores condiciones para desarrollarse en la vida y para el acercamiento a un buen vivir.
- d) La población Emberá ha sido víctima de una falta continua de garantía de derechos, especialmente en el tema de salud, incluyendo la salud mental. En este sentido, se presenta inequidad en el tipo de servicio en salud mental que se da a la población indígena desplazada.
- e) Desde las comprensiones de la medicina occidental no se espera de la población indígena según sus capacidades y realidades, se olvida, que la población tiene unos modos propios de entender la salud y la salud mental y unas maneras propias de intervenir sus dificultades.
- f) Los procesos sociales son determinantes en la vida de los sujetos. Es así como el capitalismo, las inequidades, los significados construidos socialmente, la atención y las prácticas cotidianas participan en la construcción de sentidos sobre la vida misma y por ende sobre la concepción de la salud.

En este sentido, las acciones en salud pública para la población deben ofrecer intervenciones que no hablen de salud mental, sino se refieran a Sentirse Bien y al Buen Vivir, donde las acciones sean culturalmente apropiadas incluyendo un dialogo de salud intercultural el cual reconozca, respete y tenga en cuenta la cosmovisión Emberá. Sobre la base de las consideraciones anteriores, es necesario implementar estrategias que permitan fortalecer la identidad cultural, la educación tradicional, las redes de apoyo, los factores solidarios y la memoria colectiva, de esta forma, lo pertinente, es garantizar organización propia, acceso al territorio y al ejercicio del poder allí, para que puedan trabajar y vivir en comunidad.

Finalmente, se trata de tomar posturas éticas donde la vida de los sujetos sea respetada, valorada y compartida. La vida como escenario del Ser sujeto, donde se

pone en juego lo biológico, lo social, lo individual, la subjetividad, el Sí mismo, el otro. Como sujetos esbozamos, sombreamos, lineamos, esculpimos la realidad humana y es aquí donde la realidad de la salud y la enfermedad transitan, así, se convoca a la construcción y desarrollo de nuevos paradigmas, nuevas formas de comprender y accionar el conocimiento, la realidad, la vida.

CAPÍTULO IX. CONCLUSIONES



Imagen Luisa Fda. Ruiz. Sep. 2014

Las intervenciones en salud mental culturalmente apropiadas deben comprender y garantizar los siguientes aspectos:

- a) Tener presente que la pertenencia a un grupo étnico es una de las principales causas de la inequidad en salud, donde se presentan acciones de discriminación y exclusión frente a la población las cuales han sido perpetuadas históricamente.
- b) Para poder intervenir las inequidades en salud de los pueblos indígenas Emberá es necesario desarrollar comprensiones que lleven a acciones acordes al contexto, a la población y al problema a resolver.
- c) Comprender el conflicto armado como un mecanismo que fuerza a la población indígena Emberá a desplazarse a escenarios desconocidos y violentos los cuales afectan en conjunto el *Sentirse Bien* y el *Buen Vivir*, además de sus condiciones y calidad de vida.
- d) De las consecuencias del conflicto armado, la familia y la comunidad son las más afectadas, ya que se ponen en juego la integración y por ende el colectivo, puesto que las dinámicas relacionales se transforman y se reorganizan para afrontar una nueva realidad.
- e) Entre las consecuencias más atroces de la guerra se encuentra la pérdida, la transformación y desestructuración de la cultura indígena Emberá. Por esta razón, es necesario implementar estrategias que permitan fortalecer la identidad cultural, la educación tradicional, la gestión comunitaria participativa, las redes de apoyo, los factores solidarios y la memoria colectiva.
- f) Es necesario reconocer al sujeto indígena Emberá, como sujeto constructor de realidades, con la capacidad de gestionar y tener una estética vital de cambio en pro de mejores condiciones de vida.
- g) Las realidades vividas por la población se sumergen en una nueva forma de violencia como lo es la vida en la ciudad.
- h) Los epifenómenos (consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar, suicidio, transformación de pautas de crianza, trastornos por estrés postraumático, entre otros) son campos de intervención secundaria, y con perspectiva

occidentalizada, de lo que se debe hacer para preservar la "salud mental", no para garantizar el *Buen Vivir*.

- i) El *Sentirse Bien* y el *Buen Vivir* integran la armonía y el equilibrio entre el contexto social, los sujetos y colectivos significativos, la vida cotidiana, el bienestar físico y mental, la emocionalidad y la espiritualidad. Estos elementos se entrelazan para dar tranquilidad y estabilidad.
- j) Como componentes esenciales del *Sentirse Bien* y el *Buen Vivir*, se encuentra la garantía del cubrimiento de las necesidades humanas básicas.
- k) Si se quiere proteger, promover, restaurar la "salud mental" de los sujetos Emberá en situación de desplazamiento, lo pertinente y necesario, es garantizar organización propia, acceso al territorio y al ejercicio del poder allí, para que puedan trabajar y vivir en comunidad, satisfaciendo a su modo las necesidades básicas.
- l) Las intervenciones en salud mental culturalmente apropiadas deben incluir un dialogo de salud intercultural.
- m) Las intervenciones con la población deben convertirse en espacios de encuentro con el fin de fortalecer las tradiciones culturales, esto teniendo en cuenta que un gran porcentaje de la población lleva muchos años en situación de desplazamiento.
- n) Es necesario buscar alternativas para que la comunidad ejerza su poder, sacándola del asistencialismo y dejándola crear, construir y trabajar propuestas en pro del bienestar colectivo.
- o) Se necesitan generar procesos de corresponsabilidad, donde quienes organicen la intervención como la población mantengan acuerdos de trabajo conjunto.
- p) En la actualidad la población indígena Emberá no se siente bien y no vive bien, en la actualidad la población es víctima de dos tipos de violencia: la causada por la guerra y la vivida en la ciudad, ambas rodeadas por la pobreza.
- q) El Estado es el mayor ausente y es quien debe contribuir al desarrollo de intervenciones culturalmente apropiadas.
- r) Intervenir desde la determinación social implica un proceso que adquiere unas características establecidas dentro de un acontecer relacional, cultural, histórico, político y económico. De esta forma, los procesos sociales son determinantes en la vida de los sujetos. Es así como el capitalismo, las inequidades, los significados

construidos socialmente, la atención y las prácticas cotidianas participan en la construcción de sentidos sobre la vida misma y por ende sobre la concepción de la salud. Por otra parte, la determinación, convoca a la crítica social, a la investigación, a la conversación, a la construcción de saberes, a la búsqueda de la equidad social, a la defensa de la salud, a la construcción de escenarios posibilitadores, al desarrollo de una vida justa e igualitaria.

- s) Las intervenciones desde la medicina social y la determinación deben retomar la historia de los sujetos, sus saberes y prácticas, sus relaciones significativas, los aconteceres sociales, históricos, políticos y económicos. Retomar la vida misma.
- t) Desde lo estructural: realizar una lectura de necesidades desde el lugar donde pasan la vida cotidiana teniendo en cuenta su cosmovisión; tener una propuesta intersectorial para dar respuesta a las necesidades de la población; ofrecer una atención oportuna de acuerdo a las necesidades de la comunidad y el pensamiento propio; construir un lugar de atención en salud que sea fundado desde la cosmovisión indígena; realizar seguimiento continuo en territorio sobre las acciones realizadas; desarrollar estrategias alrededor de la promoción y la protección de la salud desde la perspectiva propia; garantizar un acompañamiento constante, donde se vislumbre claramente la ruta de respuesta; mantener en el equipo de trabajo facilitadores interculturales, es decir una persona del pueblo Emberá, que fortalezca las intervenciones desde sus capacidades en temas de salud y cultura indígena; y personal de salud occidental con conocimientos en cultura indígena, quienes mediante su trabajo conjunto y coordinado, en equidad de condiciones, sirvan de catalizadores del intercambio de saberes y construcciones conjuntas entre la población Emberá y los interventores no indígenas; incorporar dentro de la medicina indígena Emberá elementos de la medicina occidental, es decir ofrecer una atención que reconozca las tradiciones culturales Emberá dejando a un lado las imposiciones políticas; tener presente el trabajo comunitario como eje de la propuesta y considerar el trabajo con la población desde zonas rurales donde la influencia urbana no afecte.

CAPÍTULO X. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los procesos de investigación presentan limitaciones que los investigadores debemos reconocer, comprender y superar. De esta manera, las limitaciones más relevantes en el desarrollo de la investigación fueron:

- a) El problema de estudio surgió como un interés de la investigadora y no como una problemática co-construida con la comunidad, lo cual llevo a tener que realizar cambios metodológicos cuya necesidad se hizo evidente a partir del primer contacto con la población, tanto en lo referente a las estrategias de acercamiento a la comunidad, como en lo relativo a la construcción y aplicación de los instrumentos de investigación a utilizar;
- b) Para la población Emberá no es de interés participar en un proceso de investigación que no ha surgido desde ellos, o al menos con la participación de ellos; para ellos, los procesos de investigación contruidos “desde afuera” no significan un proceso representativo de sus necesidades e intereses, lo que lleva a que el acercamiento a la población sea limitado;
- c) En el marco de un proceso de investigación con las características que tuvo el presente, los acuerdos que se pudieron pactar no fueron de larga duración y algunas veces fueron transformados o eliminados de manera unilateral y sin previo aviso;
- d) Cuando se presenta una investigación construida desde afuera, es decir sin participación de la comunidad en su formulación, la población no construye un lazo de corresponsabilidad ya que no creen en el proceso y sus resultados;
- e) Lo que conlleva a que cualquier participación en un proceso de investigación pueda implicar una ganancia material;
- f) Esto se puede dar porque la población se siente vulnerada, agredida y utilizada por las diversas experiencias de vida, tanto en la ciudad como en su historia de vida indígena;

- g) El trabajo en grupo con mujeres es de difícil acceso, generalmente no están en la disposición de participar; aún más si entre ellas se encuentra la presencia del hombre, quien es el que lidera la palabra, finalmente;
- h) La población se dinamiza de acuerdo a la oferta diaria de actividades que ofrecen las diversas instituciones, creando una actitud orientada a resolver las necesidades o problemas a partir de la asistencia externa (asistencialismo) y dificultando que ellos mismos generen soluciones estructurales;
- i) Colombia no presenta una tradición fuerte en el desarrollo de este tipo de investigaciones, esto, en el marco de un doctorado en salud pública, lo cual se refleja en la dificultad para realizar la asignación de directores, lo anterior conllevando a demoras en el progreso del proceso de investigación.

ANEXOS

Anexo No. 1 Mapa Ramificado de Nodos o Categorías

Name	Sources	References	Created On	Created By	Modified On	Modified By
RELACIÓN CONFLICTO ARMADO Y SALUD MENTAL	1	1	05/12/2014 09:53 a.m.	LC	12/12/2014 12:13 p.m.	LC
COMPONENTES SALUD MENTAL OCCIDENTAL	1	1	05/12/2014 03:06 p.m.	LF	09/12/2014 04:40 p.m.	LF
Pautas de Crianza	8	14	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	10/12/2014 05:37 p.m.	LF
Hijos	14	91	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	16/12/2014 12:23 p.m.	LF
Problemáticas en Salud Mental	6	11	05/12/2014 03:07 p.m.	LF	10/12/2014 05:39 p.m.	LF
Consumo de Sustancias Psicoactivas	5	9	05/12/2014 03:08 p.m.	LF	18/12/2014 11:17 a.m.	LF
Consumo alcohol	8	24	05/12/2014 03:09 p.m.	LF	18/12/2014 11:12 a.m.	LF
Suicidio	2	5	05/12/2014 03:08 p.m.	LF	12/12/2014 11:06 a.m.	LC
Violencia Intrafamiliar	1	4	05/12/2014 03:08 p.m.	LF	12/12/2014 11:06 a.m.	LC
DETERMINACIÓN SOCIAL Y SALUD	15	47	05/12/2014 09:53 a.m.	LC	09/12/2014 10:20 a.m.	LC
Calidad de Vida	6	7	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	10/12/2014 05:51 p.m.	LF
Condición de Vida	7	14	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	11/12/2014 11:05 p.m.	LF
Mendicidad	3	20	12/12/2014 10:20 a.m.	LF	12/12/2014 11:56 a.m.	LC
Contexto Social	9	12	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 10:55 a.m.	LC
Inequidad	5	14	05/12/2014 09:53 a.m.	LC	10/12/2014 05:55 p.m.	LF
INTERVENCIONES CULTURALMENTE APROPIADAS	8	41	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 11:05 a.m.	LC
Acompañamiento	1	3	09/12/2014 05:01 p.m.	LF	12/12/2014 11:00 a.m.	LC
Comunicación	6	32	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 11:54 a.m.	LC
Dialogo y Escucha	5	6	05/12/2014 03:37 p.m.	LF	12/12/2014 11:00 a.m.	LC
Deber del Estado	3	5	05/12/2014 03:38 p.m.	LF	10/12/2014 05:55 p.m.	LF
Intersectorialidad	1	1	09/12/2014 05:26 p.m.	LF	12/12/2014 11:00 a.m.	LC
Dificultades	2	3	09/12/2014 04:01 p.m.	LF	12/12/2014 11:00 a.m.	LC
Intervenciones diferenciadas	5	5	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	10/12/2014 05:21 p.m.	LF
Redes de Apoyo	1	1	09/12/2014 04:35 p.m.	LF	12/12/2014 11:00 a.m.	LC
POBLACION INDIGENA	1	7	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	10/12/2014 06:01 p.m.	LF
Cosmovisión	3	3	05/12/2014 09:53 a.m.	LC	12/12/2014 11:00 a.m.	LC
Transformación de Tradiciones Culturales	6	12	05/12/2014 03:18 p.m.	LF	12/12/2014 11:00 a.m.	LC
Agricultura	1	7	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 11:01 a.m.	LC
Comunidad	4	4	05/12/2014 03:49 p.m.	LF	12/12/2014 11:01 a.m.	LC
Cultura	3	3	05/12/2014 05:25 p.m.	LF	12/12/2014 11:01 a.m.	LC
Estilos de Vida	1	1	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 11:01 a.m.	LC
Lenguaje	2	3	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 11:01 a.m.	LC
Transformación en las pautas de crianza	3	4	05/12/2014 09:53 a.m.	LC	12/12/2014 11:01 a.m.	LC
SIGNIFICADOS EN SALUD MENTAL	1	1	05/12/2014 09:53 a.m.	LC	09/12/2014 10:38 a.m.	LC
Desconocimiento del concepto SM	1	48	11/12/2014 09:15 p.m.	LF	12/12/2014 10:54 a.m.	LC
Emocionalidad	5	10	05/12/2014 03:31 p.m.	LF	12/12/2014 10:19 a.m.	LF
Aburrimiento	6	73	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 11:35 a.m.	LC
Felicidad	5	20	05/12/2014 03:54 p.m.	LF	12/12/2014 10:45 a.m.	LC
Sentirse Seguro	1	2	11/12/2014 10:57 p.m.	LF	12/12/2014 12:15 a.m.	LF
Sufrimiento	1	1	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 10:45 a.m.	LC
Tranquilidad	3	8	05/12/2014 03:54 p.m.	LF	12/12/2014 10:45 a.m.	LC
Tristeza	1	67	05/12/2014 03:54 p.m.	LF	12/12/2014 11:48 a.m.	LC
Estado de Bienestar y Vida	4	11	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	11/12/2014 11:05 p.m.	LF
Definición	8	11	05/12/2014 04:46 p.m.	LF	12/12/2014 10:44 a.m.	LC
Significados de Salud Mental	2	266	03/12/2014 01:28 p.m.	LC	12/12/2014 12:14 a.m.	LF
Espiritual	4	5	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 10:44 a.m.	LC
Necesidades Basicas	5	5	05/12/2014 02:41 p.m.	LF	12/12/2014 10:44 a.m.	LC
Alimentación	2	40	05/12/2014 03:49 p.m.	LF	12/12/2014 10:44 a.m.	LC
Educación	1	10	11/12/2014 09:21 p.m.	LF	12/12/2014 10:44 a.m.	LC
Juegos y Deportes	1	2	11/12/2014 11:12 p.m.	LF	12/12/2014 10:44 a.m.	LC
Libertad	2	9	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 10:44 a.m.	LC
Recursos Materiales	1	26	11/12/2014 09:54 p.m.	LF	12/12/2014 10:44 a.m.	LC
Territorio	13	48	05/12/2014 02:41 p.m.	LF	12/12/2014 10:44 a.m.	LC
Reubicación	1	2	11/12/2014 10:45 p.m.	LF	11/12/2014 11:20 p.m.	LF
Tierra	1	17	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 10:44 a.m.	LC
Trabajo	4	51	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 10:44 a.m.	LC
Vivienda	2	16	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 10:44 a.m.	LC
Sentirse Bien	2	342	03/12/2014 01:27 p.m.	LC	12/12/2014 10:44 a.m.	LC
No tener problemas	1	9	11/12/2014 09:20 p.m.	LF	12/12/2014 10:44 a.m.	LC
Experiencia de Vida en Bogotá	7	19	05/12/2014 04:41 p.m.	LF	12/12/2014 10:45 a.m.	LC
Percepciones	6	22	05/12/2014 05:19 p.m.	LF	12/12/2014 10:56 a.m.	LC
Sentir del lugar habitan en Alojamiento	1	65	03/12/2014 01:18 p.m.	LC	12/12/2014 10:56 a.m.	LC
Sentir del lugar habitan en Paga Diario	1	65	03/12/2014 01:18 p.m.	LC	12/12/2014 10:56 a.m.	LC

Significado de organización comunitaria	1	70	03/12/2014 01:18 p.m.	LC	12/12/2014 10:56 a.m.	LC	
Significado de protesta Emberá	1	65	03/12/2014 01:18 p.m.	LC	12/12/2014 10:56 a.m.	LC	
Significado del Emberá en la calle	1	65	03/12/2014 01:18 p.m.	LC	12/12/2014 10:56 a.m.	LC	
Salud y Enfermedad	9	76	05/12/2014 04:15 p.m.	LF	18/12/2014 11:09 a.m.	LF	
Significados asociados a SM	0	0	12/12/2014 10:43 a.m.	LC	12/12/2014 10:46 a.m.	LC	
Buen Trato	1	5	11/12/2014 09:57 p.m.	LF	12/12/2014 10:54 a.m.	LC	
Buenos Amigos	1	1	11/12/2014 11:18 p.m.	LF	12/12/2014 10:54 a.m.	LC	
Buenos Pensamientos	1	9	11/12/2014 10:32 p.m.	LF	12/12/2014 10:54 a.m.	LC	
Estar en Comunidad	1	2	12/12/2014 12:25 a.m.	LF	12/12/2014 10:54 a.m.	LC	
Familia	1	65	11/12/2014 09:17 p.m.	LF	12/12/2014 10:54 a.m.	LC	
Idioma	1	1	11/12/2014 10:51 p.m.	LF	12/12/2014 10:54 a.m.	LC	
Maltrato	1	1	11/12/2014 09:56 p.m.	LF	12/12/2014 10:54 a.m.	LC	
Mentalidad	1	1	12/12/2014 12:11 a.m.	LF	12/12/2014 10:54 a.m.	LC	
Personalidad	1	1	11/12/2014 11:16 p.m.	LF	12/12/2014 10:54 a.m.	LC	
Poder Hablar	1	2	11/12/2014 10:10 p.m.	LF	12/12/2014 10:54 a.m.	LC	
Recibir Apoyo	1	3	11/12/2014 11:22 p.m.	LF	12/12/2014 10:54 a.m.	LC	
Reencuentro	1	1	11/12/2014 10:00 p.m.	LF	12/12/2014 10:54 a.m.	LC	
Ser Escuchado	1	1	11/12/2014 09:46 p.m.	LF	12/12/2014 10:54 a.m.	LC	
Vivir en la Vida	1	1	12/12/2014 12:26 a.m.	LF	12/12/2014 10:54 a.m.	LC	
SUJETO	5	7	05/12/2014 04:48 p.m.	LF	12/12/2014 11:07 a.m.	LC	
Comprender la Existencia Humana	3	3	05/12/2014 09:53 a.m.	LC	12/12/2014 11:05 a.m.	LC	
Construcción Social	2	2	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 11:05 a.m.	LC	
Retorno del Sujeto Social Complejo	2	2	05/12/2014 09:53 a.m.	LC	12/12/2014 11:05 a.m.	LC	
TIEMPOS DE GUERRA	11	41	05/12/2014 09:53 a.m.	LC	11/12/2014 11:42 p.m.	LF	
Conflicto Armado	6	12	05/12/2014 09:53 a.m.	LC	12/12/2014 10:23 a.m.	LF	
Dolor	3	3	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 10:56 a.m.	LC	
Estado	4	5	05/12/2014 05:18 p.m.	LF	18/12/2014 03:57 p.m.	LC	
Miedo	5	21	09/12/2014 11:56 a.m.	LC	18/12/2014 03:57 p.m.	LC	
Perdida	2	4	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	18/12/2014 03:57 p.m.	LC	
Pobreza	2	2	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	18/12/2014 03:57 p.m.	LC	
Repercusiones del Conflicto Armado	2	3	05/12/2014 09:53 a.m.	LC	18/12/2014 03:57 p.m.	LC	
Significado del actor armado	2	82	03/12/2014 01:18 p.m.	LC	18/12/2014 03:57 p.m.	LC	
Violencia	1	1	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 10:56 a.m.	LC	
Paz	1	16	11/12/2014 10:26 p.m.	LF	12/12/2014 11:49 a.m.	LC	
Situación de Desplazamiento Forzado	8	9	05/12/2014 09:53 a.m.	LC	12/12/2014 12:18 a.m.	LF	
Abandono	2	2	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 10:59 a.m.	LC	
Amenaza	2	3	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 10:59 a.m.	LC	
Inseguridad	1	3	05/12/2014 05:16 p.m.	LF	18/12/2014 03:57 p.m.	LC	
Migración	2	2	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 10:59 a.m.	LC	
Oportunidad	2	2	06/12/2014 09:55 p.m.	LF	18/12/2014 03:57 p.m.	LC	
Retorno	5	33	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 10:59 a.m.	LC	
Vulnerabilidad	4	4	05/12/2014 12:01 p.m.	LC	12/12/2014 10:59 a.m.	LC	

Ilustración Árbol de Nodos Proyecto NVIVO

Anexo No. 2 Consentimiento Informado

Proyecto: Una Reflexión sobre la Relación Conflicto Armado – Salud Mental en Pueblos Indígenas Emberá en Situación de Desplazamiento Forzado, Bogotá 2012 – 2014.

Investigadora: Luisa Fernanda Ruiz Eslava

Riesgos: No se presentan riesgos directos con esta investigación. La investigación demandará de su colaboración para el diligenciamiento de una encuesta, la participación en dos entrevistas, un grupo focal y el acompañamiento de la investigadora en un día de su vida cotidiana. En caso de que se sienta incomodo en el proceso, usted podrá manifestarlo con total tranquilidad y llegáramos a un acuerdo donde usted se sienta a gusto.

Beneficios: No se obtendrán beneficios directos para usted por la participación en la presente investigación. Sin embargo, su participación ayudara a avanzar en la comprensión de la naturaleza y dinámica de las relaciones entre la salud mental y el conflicto armado en pueblos indígenas en situación de desplazamiento; y así, contribuir a la formulación de políticas, planes, programas y proyectos relacionados con Salud Mental, con Salud Pública y con el abordaje a víctimas del conflicto armado.

Confidencialidad: La investigadora se compromete a mantener confidencialidad en todo momento. Su información personal sólo aparecerá si usted lo autoriza, de esta forma y si usted prefiere se utilizara un seudónimo. La información que surja de las entrevistas y de los grupos focales serán gravadas para posterior transcripción; los nombres que aparezcan en la información suministrada por usted serán cambiados. La información obtenida en la entrevista y en los grupos no se compartirá con nadie. Todo el material que se obtenga de su participación será utilizado con fines académicos e investigativos.

Participación Voluntaria: Usted puede negarse a participar en este proceso de investigación en cualquier momento y sin ninguna consecuencia. Su participación es totalmente voluntaria. La investigadora también puede decidir no contar con su participación en cualquier momento.

De esta manera, yo _____ identificado/a con Cédula de Ciudadanía No. _____ manifiesto mi aceptación voluntaria en la participación de la investigación “Salud Mental en Tiempos de Guerra: Salud Mental – Conflicto Armado en Pueblos Indígenas en Situación de Desplazamiento en Bogotá”, dirigida por Luisa Fernanda Ruiz Eslava, candidata a Doctora en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. De esta forma, hago constar que estoy enterado/a que la información suministrada permitirá avanzar en la comprensión de la naturaleza y dinámica de las relaciones entre la salud mental y el conflicto armado en pueblos indígenas en situación de desplazamiento.

En este sentido, accedo a participar, en el diligenciamiento de un cuestionario, entrevistas y grupos focales que permitirán dar cuenta de, las comprensiones y significados sobre la salud mental; las realidades (memorias y significados, individuales y colectivos) construidos en la relación conflicto armado – salud mental; las consecuencias negativas que derivan de dicha relación y; sobre las acciones de recuperación y restitución que se tienen posterior al conflicto. De la misma forma, autorizo a la investigadora para que me acompañe en un día de mi vida cotidiana como observadora participante.

Por lo anterior, hago constar que estoy enterado/a sobre la naturaleza de mi participación, los riesgos y beneficios de la misma y comprendo que soy libre de participar o no en el proceso de investigación.

Firma Participante

Firma Investigador

Fecha: _____

Anexo No. 3 Matriz Conteo de Frecuencias sobre las Categorías Emergentes en las preguntas 1 y 3 de la Encuesta de Significados en Salud Mental

#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)	#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)
1	no	2	83	17,33	26	mal	3	3	0,63
2	sabe	4	47	9,81	27	aburrimiento	12	2	0,42
3	bien	4	21	4,38	28	acá	3	2	0,42
4	familia	7	16	3,34	29	alimentar	9	2	0,42
5	trabajar	8	14	2,92	30	armado	6	2	0,42
6	poder	5	12	2,51	31	Bogotá	6	2	0,42
7	contento	8	10	2,09	32	buen	4	2	0,42
8	salud	5	10	2,09	33	buenos	6	2	0,42
9	sentirse	8	9	1,88	34	casa	4	2	0,42
10	enfermo	7	8	1,67	35	contenta	8	2	0,42
11	territorio	10	7	1,46	36	dolor	5	2	0,42
12	enfermedad	10	6	1,25	37	enfermedades	12	2	0,42
13	vivir	5	6	1,25	38	esposo	6	2	0,42
14	comer	5	5	1,04	39	felicidad	9	2	0,42
15	feliz	5	5	1,04	40	hijos	5	2	0,42
16	pensar	6	5	1,04	41	ideas	5	2	0,42
17	siente	6	5	1,04	42	libre	5	2	0,42
18	gente	5	4	0,84	43	militar	7	2	0,42
19	problemas	9	4	0,84	44	pensamientos	12	2	0,42
20	tierra	6	4	0,84	45	sufre	5	2	0,42
21	tranquilo	9	4	0,84	46	trabajo	7	2	0,42
22	aburrido	8	3	0,63	47	tranquilidad	12	2	0,42
23	buena	5	3	0,63	48	vida	4	2	0,42
24	dificulta	9	3	0,63	49	abandonado	10	1	0,21
25	expresar	8	3	0,63	50	aburrida	8	1	0,21

Anexo No. 4 Matriz de Conteo de Frecuencias sobre Categorías Emergentes en la Pregunta 2 de la Encuesta de Significados en Salud Mental

#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)	#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)
1	familia	7	38	9,18	26	digna	5	3	0,72
2	trabajar	8	23	5,56	27	estudiar	8	3	0,72
3	bien	4	19	4,59	28	finca	5	3	0,72
4	salud	5	14	3,38	29	gusta	5	3	0,72
5	territorio	10	14	3,38	30	pensar	6	3	0,72
6	poder	5	12	2,90	31	problemas	9	3	0,72
7	tierra	6	11	2,66	32	recursos	8	3	0,72
8	retorno	7	10	2,42	33	ropa	4	3	0,72
9	comer	5	9	2,17	34	alimentación	12	2	0,48
10	buena	5	8	1,93	35	ayuda	5	2	0,48
11	enfermo	7	8	1,93	36	buen	4	2	0,48
12	comida	6	7	1,69	37	comunidad	9	2	0,48
13	hijos	5	7	1,69	38	conflicto	9	2	0,48
14	trabajo	7	6	1,45	39	cultivo	7	2	0,48
15	vivienda	8	6	1,45	40	cultura	7	2	0,48
16	animales	8	5	1,21	41	dolor	5	2	0,48
17	casa	4	5	1,21	42	educación	9	2	0,48
18	enferma	7	5	1,21	43	esposa	6	2	0,48
19	volver	6	5	1,21	44	esposo	6	2	0,48
20	cultivar	8	4	0,97	45	hablar	6	2	0,48
21	enfermedad	10	4	0,97	46	necesita	8	2	0,48
22	libre	5	4	0,97	47	papá	4	2	0,48
23	alimentos	9	3	0,72	48	recibir	7	2	0,48
24	apoyo	5	3	0,72	49	reubicación	11	2	0,48
25	cuidar	6	3	0,72	50	unida	5	2	0,48

Anexo No. 5. Matriz de Conteo de Frecuencias sobre Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados Alrededor de los Paga Diarios en Pueblos Indígenas Emberá.

#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)	#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)
1	paga	4	21	12,96	26	ciudad	6	1	0,62
2	diario	6	20	12,35	27	cocinar	7	1	0,62
3	tristeza	8	14	8,64	28	come	4	1	0,62
4	bien	4	7	4,32	29	comer	5	1	0,62
5	aburrída	8	6	3,70	30	contento	8	1	0,62
6	aburrído	8	5	3,09	31	control	7	1	0,62
7	aburrídos	9	5	3,09	32	diaria	6	1	0,62
8	comida	6	5	3,09	33	dormimos	8	1	0,62
9	casa	4	4	2,47	34	encerrado	9	1	0,62
10	triste	6	4	2,47	35	encerrados	10	1	0,62
11	malo	4	3	1,85	36	esencial	8	1	0,62
12	cocinando	9	2	1,23	37	esperanza	9	1	0,62
13	condiciones	11	2	1,23	38	falta	5	1	0,62
14	contenta	8	2	1,23	39	fría	4	1	0,62
15	contentos	9	2	1,23	40	fuman	5	1	0,62
16	duro	4	2	1,23	41	gusta	5	1	0,62
17	plata	5	2	1,23	42	hambre	6	1	0,62
18	propia	6	2	1,23	43	hijos	5	1	0,62
19	siente	6	2	1,23	44	libre	5	1	0,62
20	aburrídas	9	1	0,62	45	necesidades	11	1	0,62
21	aburrimiento	12	1	0,62	46	niña	4	1	0,62
22	apenado	7	1	0,62	47	normal	6	1	0,62
23	aquí	4	1	0,62	48	ocurran	7	1	0,62
24	bueno	5	1	0,62	49	peligroso	9	1	0,62
25	chocó	5	1	0,62	50	pesar	5	1	0,62

Anexo No. 6. Matriz de Conteo de Frecuencias sobre Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor de los Movimientos Políticos y Sociales propios, el Conflicto Armado y su Situación de Desplazamiento en Pueblos Indígenas Emberá.

#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)	#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)
1	marcha	6	15	12,20	26	chaquiras	9	1	0,81
2	paz	3	11	8,94	27	chocó	5	1	0,81
3	derechos	8	7	5,69	28	comunidad	9	1	0,81
4	bien	4	5	4,07	29	cultura	7	1	0,81
5	territorio	10	5	4,07	30	cultural	8	1	0,81
6	marchar	7	4	3,25	31	defendiendo	11	1	0,81
7	vivir	5	4	3,25	32	desean	6	1	0,81
8	desplazamiento	14	3	2,44	33	Emberá	6	1	0,81
9	tristeza	8	3	2,44	34	esperando	9	1	0,81
10	unidos	6	3	2,44	35	falta	5	1	0,81
11	aburrido	8	2	1,63	36	guerras	7	1	0,81
12	apoyo	5	2	1,63	37	huelga	6	1	0,81
13	asamblea	8	2	1,63	38	libre	5	1	0,81
14	contentos	9	2	1,63	39	lucha	5	1	0,81
15	desplazados	11	2	1,63	40	luchar	6	1	0,81
16	marchando	9	2	1,63	41	mujer	5	1	0,81
17	paro	4	2	1,63	42	olvida	6	1	0,81
18	protesta	8	2	1,63	43	oportunidad	11	1	0,81
19	retorno	7	2	1,63	44	oportunidades	13	1	0,81
20	aburrimiento	12	1	0,81	45	país	4	1	0,81
21	actividad	9	1	0,81	46	pedir	5	1	0,81
22	ayuda	5	1	0,81	47	pelear	6	1	0,81
23	ayudas	6	1	0,81	48	permanezca	10	1	0,81
24	busca	5	1	0,81	49	pidiendo	8	1	0,81
25	buscan	6	1	0,81	50	piensan	7	1	0,81

Anexo No. 7. Matriz de Conteo de Frecuencias sobre Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor de la Organización Política, Social y Comunitaria en Pueblos Indígenas Emberá

#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)	#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)
1	reunión	7	20	13,25	26	volver	6	2	1,32
2	retorno	7	7	4,64	27	ahorrar	7	1	0,66
3	tomando	7	7	4,64	28	ansias	6	1	0,66
4	territorio	10	5	3,31	29	arriendo	8	1	0,66
5	hablando	8	4	2,65	30	asamblea	8	1	0,66
6	problemas	9	4	2,65	31	bien	4	1	0,66
7	tristeza	8	4	2,65	32	bonitos	7	1	0,66
8	aburrido	8	3	1,99	33	borracho	8	1	0,66
9	borrachos	9	3	1,99	34	bueno	5	1	0,66
10	chinchín	8	3	1,99	35	caminando	9	1	0,66
11	comunidad	9	3	1,99	36	capacitando	11	1	0,66
12	aburridos	9	2	1,32	37	charla	6	1	0,66
13	ayuda	5	2	1,32	38	comida	6	1	0,66
14	Bogotá	6	2	1,32	39	comunicación	12	1	0,66
15	buscando	8	2	1,32	40	condiciones	11	1	0,66
16	casa	4	2	1,32	41	conversan	9	1	0,66
17	contentos	9	2	1,32	42	desplazamiento	14	1	0,66
18	dialogando	10	2	1,32	43	diario	6	1	0,66
19	encuesta	8	2	1,32	44	difícil	7	1	0,66
20	hablan	6	2	1,32	45	discriminación	14	1	0,66
21	limosna	7	2	1,32	46	duro	4	1	0,66
22	líderes	7	2	1,32	47	dónde	5	1	0,66
23	marchar	7	2	1,32	48	finalizar	9	1	0,66
24	reunidos	8	2	1,32	49	gobierno	8	1	0,66
25	solución	8	2	1,32	50	hambre	6	1	0,66

Anexo No. 8. Matriz de Conteo de Frecuencias sobre Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados alrededor del Rol de la Mujer Emberá y su Relación con la Ciudad.

#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)	#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)
1	caminando	9	13	8,55	26	aburrida	8	1	0,66
2	calle	5	9	5,92	27	aburrimiento	12	1	0,66
3	limosna	7	8	5,26	28	apoyo	5	1	0,66
4	pidiendo	8	6	3,95	29	Bogotá	6	1	0,66
5	tristeza	8	5	3,29	30	bueno	5	1	0,66
6	bien	4	4	2,63	31	caminado	8	1	0,66
7	aburridos	9	3	1,97	32	caminan	7	1	0,66
8	mendicidad	10	3	1,97	33	causa	5	1	0,66
9	paseo	5	3	1,97	34	chupaban	8	1	0,66
10	pedir	5	3	1,97	35	ciudad	6	1	0,66
11	reunión	7	3	1,97	36	comunidad	9	1	0,66
12	territorio	10	3	1,97	37	conflictos	10	1	0,66
13	buscando	8	2	1,32	38	contentas	9	1	0,66
14	contentos	9	2	1,32	39	corazón	7	1	0,66
15	desplazados	11	2	1,32	40	costumbre	9	1	0,66
16	familia	7	2	1,32	41	cuerpo	6	1	0,66
17	frío	4	2	1,32	42	cuidad	6	1	0,66
18	gusta	5	2	1,32	43	descalza	8	1	0,66
19	mendigando	10	2	1,32	44	descalzos	9	1	0,66
20	mujer	5	2	1,32	45	desplazado	10	1	0,66
21	mujeres	7	2	1,32	46	dinero	6	1	0,66
22	niños	5	2	1,32	47	dolor	5	1	0,66
23	trabajar	8	2	1,32	48	doloroso	8	1	0,66
24	triste	6	2	1,32	49	enfermedad	10	1	0,66
25	tristes	7	2	1,32	50	felices	7	1	0,66

Anexo No. 9. Matriz de Conteo de Frecuencias sobre Categorías Emergentes de las Percepciones y Significados Alrededor de los Alojamientos en Pueblos Indígenas Emberá.

#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)	#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)
1	tristeza	8	14	11,57	26	contenta	8	1	0,83
2	aburrída	8	13	10,74	27	debería	7	1	0,83
3	territorio	10	8	6,61	28	desplazado	10	1	0,83
4	triste	6	8	6,61	29	diario	6	1	0,83
5	encerrada	9	6	4,96	30	esperando	9	1	0,83
6	pensando	8	6	4,96	31	estresado	9	1	0,83
7	mirando	7	4	3,31	32	existir	7	1	0,83
8	Bogotá	6	3	2,48	33	falta	5	1	0,83
9	encerrado	9	3	2,48	34	feas	4	1	0,83
10	familia	7	3	2,48	35	hermana	7	1	0,83
11	salir	5	3	2,48	36	lastimoso	9	1	0,83
12	volver	6	3	2,48	37	llevan	6	1	0,83
13	aburrído	8	2	1,65	38	lugar	5	1	0,83
14	aburrimiento	12	2	1,65	39	ocurran	7	1	0,83
15	cárcel	6	2	1,65	40	paga	4	1	0,83
16	marido	6	2	1,65	41	pegó	4	1	0,83
17	piensa	6	2	1,65	42	pensar	6	1	0,83
18	retorno	7	2	1,65	43	puro	4	1	0,83
19	aburrídos	9	1	0,83	44	queremos	8	1	0,83
20	aire	4	1	0,83	45	regresar	8	1	0,83
21	aquí	4	1	0,83	46	rosa	4	1	0,83
22	bien	4	1	0,83	47	tomar	5	1	0,83
23	calle	5	1	0,83	48	tristes	7	1	0,83
24	condiciones	11	1	0,83	49	vivir	5	1	0,83
25	conoce	6	1	0,83	50	zapatos	7	1	0,83

Anexo No. 10. Matriz de conteo de frecuencias sobre categorías emergentes de las percepciones y significados sobre los actores armados y su relación con el conflicto armado en pueblos indígenas Emberá.

#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)	#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)
1	guerra	6	12	5,53	26	agentes	7	2	0,92
2	territorio	10	10	4,61	27	contento	8	2	0,92
3	bueno	5	7	3,23	28	deja	4	2	0,92
4	ejercito	8	7	3,23	29	desplazados	11	2	0,92
5	armado	6	6	2,76	30	feliz	5	2	0,92
6	familia	7	6	2,76	31	grupos	6	2	0,92
7	miedo	5	6	2,76	32	guerrillero	11	2	0,92
8	armados	7	5	2,30	33	investigando	12	2	0,92
9	seguridad	9	5	2,30	34	lastimoso	9	2	0,92
10	bien	4	4	1,84	35	mala	4	2	0,92
11	conflictos	10	4	1,84	36	matando	7	2	0,92
12	grupo	5	4	1,84	37	niños	5	2	0,92
13	soldado	7	4	1,84	38	paz	3	2	0,92
14	trabajar	8	4	1,84	39	persona	7	2	0,92
15	vigilando	9	4	1,84	40	problemas	9	2	0,92
16	conflicto	9	3	1,38	41	produce	7	2	0,92
17	cuidando	8	3	1,38	42	protección	10	2	0,92
18	dolor	5	3	1,38	43	protegiendo	11	2	0,92
19	guerrilla	9	3	1,38	44	sentirse	8	2	0,92
20	gusta	5	3	1,38	45	temor	5	2	0,92
21	malo	4	3	1,38	46	abandonado	10	1	0,46
22	militar	7	3	1,38	47	aburridos	9	1	0,46
23	tristeza	8	3	1,38	48	actores	7	1	0,46
24	aburrido	8	2	0,92	49	ajenos	6	1	0,46
25	acá	3	2	0,92	50	apoyando	8	1	0,46

Anexo No. 11. Matriz de Conteo de Frecuencias Generales sobre Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría de Salud Mental en Pueblos Indígenas Emberá.

#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)	#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)
1	familia	7	62	3,89	51	tomando	7	7	0,44
2	bien	4	60	3,76	52	animales	8	6	0,38
3	territorio	10	49	3,07	53	apoyo	5	6	0,38
4	tristeza	8	43	2,70	54	desplazados	11	6	0,38
5	trabajar	8	40	2,51	55	encerrada	9	6	0,38
6	poder	5	24	1,50	56	feliz	5	6	0,38
7	salud	5	24	1,50	57	malo	4	6	0,38
8	retorno	7	23	1,44	58	tristes	7	6	0,38
9	diario	6	22	1,38	59	vivienda	8	6	0,38
10	paga	4	22	1,38	60	armado	6	5	0,31
11	aburrída	8	21	1,32	61	ayuda	5	5	0,31
12	reunión	7	21	1,32	62	buscando	8	5	0,31
13	tierra	6	18	1,13	63	contenta	8	5	0,31
14	triste	6	17	1,07	64	cuidar	6	5	0,31
15	aburrído	8	16	1,00	65	desplazamiento	14	5	0,31
16	enfermo	7	16	1,00	66	enferma	7	5	0,31
17	vivir	5	16	1,00	67	gente	5	5	0,31
18	comer	5	15	0,94	68	lastimoso	9	5	0,31
19	marcha	6	15	0,94	69	militar	7	5	0,31
20	caminando	9	14	0,88	70	niños	5	5	0,31
21	casa	4	14	0,88	71	plata	5	5	0,31
22	comida	6	14	0,88	72	recursos	8	5	0,31
23	aburrídos	9	13	0,82	73	salir	5	5	0,31
24	guerra	6	12	0,75	74	tranquilo	9	5	0,31
25	problemas	9	12	0,75	75	armados	7	4	0,25
26	volver	6	12	0,75	76	buen	4	4	0,25
27	buena	5	11	0,69	77	chocó	5	4	0,25
28	contento	8	11	0,69	78	condiciones	11	4	0,25
29	enfermedad	10	11	0,69	79	conflictos	10	4	0,25
30	hijos	5	11	0,69	80	cultivar	8	4	0,25
31	bueno	5	10	0,63	81	encerrado	9	4	0,25
32	calle	5	10	0,63	82	esposo	6	4	0,25
33	gusta	5	10	0,63	83	estudiar	8	4	0,25
34	limosna	7	10	0,63	84	falta	5	4	0,25
35	pensar	6	9	0,56	85	hablando	8	4	0,25
36	sentirse	8	9	0,56	86	marchar	7	4	0,25
37	trabajo	7	9	0,56	87	mirando	7	4	0,25
38	Bogotá	6	8	0,50	88	pedir	5	4	0,25
39	contentos	9	8	0,50	89	queremos	8	4	0,25
40	dolor	5	8	0,50	90	vida	4	4	0,25
41	libre	5	8	0,50	91	vigilando	9	4	0,25
42	pidiendo	8	8	0,50	92	alimentos	9	3	0,19

43	siente	6	8	0,50	93	asamblea	8	3	0,19
44	aburrimiento	12	7	0,44	94	borrachos	9	3	0,19
45	comunidad	9	7	0,44	95	buenos	6	3	0,19
46	derechos	8	7	0,44	96	chinchín	8	3	0,19
47	ejercito	8	7	0,44	97	conflicto	9	3	0,19
48	miedo	5	7	0,44	98	cultura	7	3	0,19
49	pensando	8	7	0,44	99	cárcel	6	3	0,19
50	seguridad	9	7	0,44	100	digna	5	3	0,19

Anexo No. 12. Matriz de Necesidades y Satisfactores. Max-Neef, Manfred. 1993

Cuadro Matriz de necesidades y satisfactores de Max Neef <i>et al.</i>				
Necesidades según categorías axiológicas	Necesidades según categorías existenciales			
	1. Ser	2. Tener	3. Hacer	4. Estar
1. Subsistencia	Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	Alimentación, abrigo, trabajo	Alimentar, procrear, descansar, trabajar	Entorno vital, entorno social
2. Protección	Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad.	Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo	Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender	Contorno vital, contorno social, morada
3. Afecto	Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor	Amistades, parejas, familia, animales domésticos, plantas, jardines	Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar	Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro.
4. Entendimiento	Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad.	Literatura, maestros, método, políticas educacionales, políticas comunicacionales	Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar, interpretar.	Ámbitos de interacción formativa, escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia
5. Participación	Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor	Derechos, responsabilidades, obligaciones, trabajo	Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar.	Ámbitos de interacción participativa, partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familias
6. Ocio	Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor, tranquilidad, sensualidad	Juegos, espectáculos, fiestas, calma	Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar.	Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes.
7. Creación	Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad.	Habilidades, destrezas, método, trabajo	Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar	Ámbitos de producción y retroalimentación, talleres, ateneos, agrupaciones, audiencias, espacios, de expresión, libertad temporal
8. Identidad	Pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad.	Símbolos, lenguajes, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo	Comprometerse, integrarse, confrontarse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer	Socio-ritmos, entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas
9. Libertad	Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia.	Igualdad de derechos	Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar	Plasticidad espacio-temporal.

Fuente: Max Neef *et al.*, *Desarrollo a escala humana*, p.42.

Anexo No. 13. Matriz de Conteo de Frecuencias sobre Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría de Pautas de Crianza en Pueblos Indígenas Emberá.

#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)	#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)
1	hijos	5	82	6,22	26	niño	4	5	0,38
2	niños	5	19	1,44	27	pensando	8	5	0,38
3	aquí	4	18	1,37	28	poder	5	5	0,38
4	allá	4	17	1,29	29	proceso	7	5	0,38
5	ciudad	6	17	1,29	30	saben	5	5	0,38
6	cultura	7	11	0,83	31	años	4	4	0,3
7	territorio	10	11	0,83	32	condiciones	11	4	0,3
8	Bogotá	6	10	0,76	33	costumbres	10	4	0,3
9	culturales	10	10	0,76	34	criando	7	4	0,3
10	familia	7	10	0,76	35	crianza	7	4	0,3
11	hijo	4	10	0,76	36	cultivar	8	4	0,3
12	indígenas	9	8	0,61	37	Emberás	7	4	0,3
13	conflicto	9	7	0,53	38	estudian	8	4	0,3
14	lugar	5	7	0,53	39	habla	5	4	0,3
15	mantener	8	7	0,53	40	hablan	6	4	0,3
16	jóvenes	7	6	0,46	41	hablo	5	4	0,3
17	momento	7	6	0,46	42	hijas	5	4	0,3
18	aprendizaje	11	5	0,38	43	hijitos	7	4	0,3
19	armado	6	5	0,38	44	hogar	5	4	0,3
20	bueno	5	5	0,38	45	idioma	6	4	0,3
21	colegio	7	5	0,38	46	igual	5	4	0,3
22	comunidad	9	5	0,38	47	manejado	8	4	0,3
23	comunidades	11	5	0,38	48	mismos	6	4	0,3
24	diferencia	10	5	0,38	49	perder	6	4	0,3
25	diferente	9	5	0,38	50	puedo	5	4	0,3

Anexo No. 14. Matriz de Conteo de Frecuencias sobre Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados sobre la Categoría Tiempos de Guerra en Pueblos Indígenas Emberá.

#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)	#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)
1	conflicto	9	47	2,28	26	comunidades	11	10	0,49
2	miedo	5	39	1,9	27	tiempo	6	10	0,49
3	territorio	10	38	1,85	28	armados	7	9	0,44
4	paz	3	31	1,51	29	cultura	7	8	0,39
5	armado	6	29	1,41	30	grupos	6	8	0,39
6	guerra	6	26	1,26	31	inseguridad	11	8	0,39
7	familia	7	22	1,07	32	manejado	8	8	0,39
8	allá	4	19	0,92	33	problemáticas	13	8	0,39
9	retorno	7	18	0,87	34	seguridad	9	8	0,39
10	desplazamiento	14	15	0,73	35	abandono	8	7	0,34
11	indígenas	9	15	0,73	36	corazón	7	7	0,34
12	acá	3	12	0,58	37	culturales	10	7	0,34
13	ciudad	6	12	0,58	38	ejercito	8	7	0,34
14	comunidad	9	12	0,58	39	falta	5	7	0,34
15	conflictos	10	12	0,58	40	momento	7	7	0,34
16	población	9	12	0,58	41	nuevamente	10	7	0,34
17	trabajar	8	12	0,58	42	casa	4	6	0,29
18	bogotá	6	11	0,53	43	casos	5	6	0,29
19	bueno	5	11	0,53	44	chocó	5	6	0,29
20	niños	5	11	0,53	45	dolor	5	6	0,29
21	vida	4	11	0,53	46	ejército	8	6	0,29
22	vivir	5	11	0,53	47	familias	8	6	0,29
23	aburrido	8	10	0,49	48	grupo	5	6	0,29
24	aquí	4	10	0,49	49	instituciones	13	6	0,29
25	bien	4	10	0,49	50	oportunidades	13	6	0,29

Anexo No. 15. Matriz de Conteo de Frecuencias sobre Narrativas Significativas de las Percepciones y Significados alrededor de Propuestas de Intervención Culturalmente Apropriadas en Pueblos Indígenas Emberá.

#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)	#	Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)
1	reunión	7	21	2,3	26	vivir	5	5	0,55
2	salud	5	16	1,75	27	allá	4	4	0,44
3	población	9	14	1,54	28	bueno	5	4	0,44
4	territorio	10	10	1,1	29	cabildo	7	4	0,44
5	cultura	7	8	0,88	30	comunidad	9	4	0,44
6	ciudad	6	7	0,77	31	cosmovisión	11	4	0,44
7	hablan	6	7	0,77	32	desconfianza	12	4	0,44
8	intercultural	13	7	0,77	33	diferencial	11	4	0,44
9	acuerdo	7	6	0,66	34	escuchar	8	4	0,44
10	aprender	8	6	0,66	35	facilitador	11	4	0,44
11	enfoque	7	6	0,66	36	garantías	9	4	0,44
12	necesidades	11	6	0,66	37	gobierno	8	4	0,44
13	procesos	8	6	0,66	38	llegar	6	4	0,44
14	acompañamiento	14	5	0,55	39	medicina	8	4	0,44
15	Bogotá	6	5	0,55	40	poder	5	4	0,44
16	comunidades	11	5	0,55	41	problemas	9	4	0,44
17	confianza	9	5	0,55	42	proceso	7	4	0,44
18	educación	9	5	0,55	43	tierra	6	4	0,44
19	entender	8	5	0,55	44	ayuda	5	3	0,33
20	hablar	6	5	0,55	45	buscar	6	3	0,33
21	indígena	8	5	0,55	46	casa	4	3	0,33
22	niños	5	5	0,55	47	control	7	3	0,33
23	retorno	7	5	0,55	48	cultural	8	3	0,33
24	verdaderamente	14	5	0,55	49	generar	7	3	0,33
25	vida	4	5	0,55	50	hospital	8	3	0,33

REFERENCIAS

-
- ¹ Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A. & Merhy, E. Medicina Social Latinoamericana: Aportes y Desafíos. Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health. 2002; 12(2).
 - ² Banco de Datos del Centro de Investigación y Educación Popular – CINEP, Justicia & Paz, Bogotá. 2004. Revista Noche y Niebla (28). Citado Por: Villa William y Houghton Juan. Violencia política Contra los Pueblos Indígenas en Colombia 1974 – 2004. 2005.
 - ³ Foerster, Heinz Von. Cibernético de la Cibernético. En: Las Semillas de las Cibernéticas Obras Escogidas. Segunda Edición. Editorial Gedisa; 1996.
 - ⁴ Comité Internacional de la Cruz Roja – CICR. ¿Cuál es la Definición de "Conflicto Armado" Según el Derecho Internacional Humanitario?. Documento de Opinión; marzo de 2008.
 - ⁵ Organización Internacional del Trabajo – OIT. Convenio No. 169. Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. 2a.ed. Lima: OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2007.
 - ⁶ Naciones Unidas. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas; 2007.
 - ⁷ Naciones Unidas. Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. El Derecho de los Pueblos Indígenas a la Consulta Previa, Libre e Informada. Una Guía de Información y Reflexión para su Aplicación desde la Perspectiva de los Derechos Humanos. En: Punto de Partida para el Análisis; 2008.
 - ⁸ Arango, R. Y Sánchez, E. La Población Indígena. En: Los Pueblos Indígenas de Colombia en el Umbral del Nuevo Milenio. Departamento Nacional de Planeación de Colombia; 2004.
 - ⁹ Organización Nacional Indígena de Colombia – ONIC. Derechos de los Pueblos Indígenas y Sistemas de Jurisdicción Propia. En: Capítulo 1: Una Mirada desde la Cosmovisión Indígena. Bogotá – Colombia: Junio de 2007.
 - ¹⁰ Corte Constitucional. Auto 004 de 2009. Protección de los Derechos Fundamentales de las Personas y los Pueblos Indígenas Desplazados por el Conflicto Armado; 2009.

¹¹ Anaya, James. Informe del Relator Especial Sobre la Situación de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales de los Pueblos Indígenas. Naciones Unidas; 25 de Mayo de 2010.

¹² Subcomisión Nacional de Salud Propia e Intercultural de la Mesa Permanente de Concertación – SNSPI-MPC/DTO: 1397/96. Documento que recoge algunos planteamientos y propuestas sobre el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI, como una propuesta propia de salud y la apuesta colectiva de los pueblos indígenas. En: Líneas de Trabajo y Prioridades de la Consejería de Medicina Tradicional y Salud Occidental de la ONIC, en Busca de Alternativas para el Buen Vivir; 1996.

¹³ Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada. Dinámica del Desplazamiento Forzado - SNAIPD. En: Informe del Gobierno Nacional a la Corte Constitucional Sobre la Superación del Estado de Cosas Inconstitucional Declarado Mediante la Sentencia T-025 de 2004 Bogotá D.C.; Julio 1 de 2010.

¹⁴ Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento – CODHES. ¿Salto Estratégico o Salto al Vacío? Boletín Informativo de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, Numero 76, Bogotá; 27 de Enero de 2010.

¹⁵ Secretaria Distrital de Gobierno. Lectura de Contexto y Caracterización de la Población en Situación de Desplazamiento en Bogotá. En: Plan Integral Único de Atención a Población en Situación de Desplazamiento para Bogotá: Fundación Social; Octubre de 2010.

¹⁶ Ministerio del Interior & Asociación de Cabildos Indígenas Embera, Wounan, Katío, Chamí y Tule del Departamento del Chocó – Orewa. Los Factores Determinantes de la Guerra y el Territorio Emberá. En: Plan Salvaguarda Pueblo Emberá. Documento Unificado Planes Regionales. Junio 2013.

¹⁷ Organización Nacional Indígena de Colombia – ONIC y la Consejería de Derechos de los Pueblos Indígenas, Humanos, DIH y Paz. Boletín N° 3/2012. “Por la Defensa, Respeto y Exigibilidad de los Derechos de los Pueblos Indígenas en Colombia”. Enero a Septiembre de 2012.

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud, OPS – Organización Mundial de la Salud, OMS. Entornos Saludables en Función de las Condiciones de Vida. En: Gente Sana en

Entornos Saludables. 1997.

¹⁹ D' Elia, Yolanda, De Negri Armando, Huggins Magally, Vega Mauricio y Bazó Manuel. Agencia de Cooperación Técnica Alemana – Ministerio de Salud y Desarrollo Social Venezuela. Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. La Construcción de Políticas por la Calidad de Vida desde una Perspectiva de Derecho y Equidad. 2002.

²⁰ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR – Proyecto Bogotá Como Vamos. La Situación de las Comunidades Indígenas Desplazadas en Bogotá. En: La Población Desplazada en Bogotá. Una Responsabilidad de Todos. 2003.

²¹ King Malcolm, Smith Alexandra, Gracey Michael. Indigenous Health Part 2: The Underlying causes of the Health Gap. 2009. The Lancet; 374: 76.

²² Stephens Carolyn Porter John, Nettleton Clive, Willis Ruth. Indigenous Health 4. Disappearing, Displaced, and Undervalued: a Call to Action for Indigenuos Health Worlwide. 2006. The Lancet; 367: 2025.

²³ Montenegro Raul & Stephens Carolyn. Indigenous Health 2. Indigenous Health in Latin America and the Caribbean. 2006. The Lancet; 367: 1864.

²⁴ Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loic. El propósito de la Sociología Reflexiva. En: Una invitación a la Sociología Reflexiva. Argentina: Siglo XXI Editores; 2005 [1992].

²⁵ Martín Baro, Ignacio. Guerra y Salud Mental. En: Poder, Ideología y Violencia. Editorial Trotta. 2003.

²⁶ Moreira Virginia & Sloan Tod. Personalidad, Ideología y Psicopatología Crítica. Editorial Escuta. 2003.

²⁷ Jenkins, Janis Hunter. Schizophrenia as a Paradigm Case for Understanding Fundamental Human Processes. In: Schizophrenia, Culture and Subjectivity. Hunter Barret (Eds). Cambridge: Cambridge University Press; 2004.

²⁸ Guzmán, Isarama. Kirincia Bio o Kuitá (“Pensar Bien el Camino de la Sabiduría”). Revista Educación y Pedagogía. Diciembre de 2007 [Consulta Mayo 2014]; XIX, (49): 216 – 226. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/revistaeyp/article/viewFile/6645/60>

²⁹ Morales, Enrique R. Los Emberá. En: Zenú, Emberá, Wayú Tres Culturas Aborígenes. Bogotá: Editorial Fondo Nacional Universitario; 2004.

³⁰ Ministerio de Cultura Republica de Colombia. Caracterización del pueblo Emberá Katío. 2010.

³¹ Ministerio de Cultura Republica de Colombia. Caracterización del pueblo Emberá Katío. 2010.

³² Vasco, Uribe. Relato de una Mujer Emberá. En: Los Embera-Chamí en Guerra Contra los Cangrejos. Citado por: Observatorio por la Autonomía y los Derechos de los Pueblos Indígenas en Colombia. <http://observatorioadpi.org/emberach>. 1990.

³³ Alberta Health Services (AHS). Aboriginal Perspectives on Mental Health. In: Aboriginal Mental Health: A Framework for Alberta –Healthy Aboriginal People in Healthy Communities; 2006.

³⁴ Aboriginal Healing Foundation, Reclaiming Connections: Understanding Residential School Trauma Among Aboriginal People – A Resource Manual. Ottawa; 2005.

³⁵ Rolina P. Van Gaalen, Patricia K. Wiebe, Kathy Langlois and Eric Costen. Respecting and Valuing Diverse and Distinct Perspectives of Mental Wellness. In: Mentally Healthy Communities: Aboriginal Perspectives. Canadian Institute for Health Information. 2009.

³⁶ Robert Parker, FRANZCP. Australia's Aboriginal Population and Mental Health. In The Journal of Nervous and Mental Disease. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2010 [Consulta Marzo 2013]; 198 (1): 3 – 7. Disponible en: <http://ages.nt.gov.au/lant/parliamentary-business/committees/ctc/youth-suicides/Submissions/Sub%20No.%2008,%20Robert%20Parker,%20Top%20End%20Mental%20Health,%20Part%202,%2029%20Sept%202011.pdf>

³⁷ Adele Vukic, David Gregory, Ruth Martin-Misener & Josephine Etowa. Aboriginal and Western Conceptions of Mental Health and Illness. In Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health. 2011 [Consulta Marzo 2013]; 9 (1): 65 – 86. Disponible en: <http://www.pimatisiwin.com/online/wp-content/uploads/2011/08/04VukicGregory.pdf>

³⁸ McKendrick, Jane H. Models for Collaborative Research & Mental Health Services. Working in Partnership: Innovative Collaborative Research between Aboriginal Communities and an Academic Unit. The Ways Local People Talk About Mental Health.

In The Mental Health of Indigenous Peoples. Culture & Mental Health Research Unit Report No. 10. Montréal, Québec 2000.

³⁹ Política Pública Distrital para el Reconocimiento, Garantía, Protección y Restablecimiento de Derechos de los Pueblos Indígenas. Bogotá; Septiembre 2011.

⁴⁰ Acción Social – Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional. Presidencia de la Republica. Promoción de la Educación y la Salud. En: Familias en Acción para Pueblos Indígenas. 2008.

⁴¹ Clavijo Úsuga, Carmen Raquel. Sistemas Médicos Tradicionales en la Amazonía Nororiental: Salud y Saberes Alternativos. Latreia. Marzo 2011 [Consulta Marzo 2013]; 24 (1): 11 – 13. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/8426/7741>

⁴² Enciso. Braida. Parte II. Salud Indígena. Medicina Indígena Ritual y Simbología, Emberás del Alto Sinu. En: Memorias Primer Seminario de Antropología de la Salud. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Sociales y Educación. Departamento de Antropología. Bogotá – Enero de 1990.

⁴³ Gobernación de Antioquia. Secretaria de Educación – SED U-CA. Percepción y Representación Gráfica del Mundo Emberá del Noroccidente de Antioquia. 1988. Citado por: Expert Consulting. <http://expertconsulting.com.co/Colombia/Embera/Embera.html>

⁴⁴ Breilh, Jaime. La Determinación Social de la Salud “Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud”. Ponencia, Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 29 de septiembre al 2 de octubre, ALAMES, México, D.F; 2008.

⁴⁵ Asociación Latinoamericana de Medicina Social – ALAMES. Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Documento para la Discusión. Elaboración colectiva por el Comité Organizador del Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. México, D.F. 29 de septiembre al 2 de octubre 2008.

⁴⁶ Quevedo, E. El Proceso Salud-Enfermedad: Hacia una Clínica y una Epidemiología No Positivistas. Seminario permanente Salud y administración. Facultad de Estudios Interdisciplinarios. Pontificia Universidad Javeriana 1990.

⁴⁷ Orther, Sherry Geertz. Subjetividad y Conciencia Posmoderna. En: Etnografías Contemporáneas. Abril 2005.

⁴⁸ Goolishian H. Y Anderson H. Narrativa y Self. Algunos Dilemas Posmodernos de la Psicoterapia. En Nuevos paradigmas, Cultura y Subjetividad. Editorial Paidós; 1994.

⁴⁹ Breilh, J. ¿La Salud Corresponde Esencialmente al Orden Individual-Subjetivo-Contingente o al Orden Colectivo-Objetivo-Determinado? En: Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Editorial Lugar; 2003.

⁵⁰ Granda, E. La Salud Pública y las Metáforas Sobre la Vida. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín Colombia. 2000 [Citado Septiembre 2012]; 18 (2): 6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12018207>

⁵¹ Maturana, Humberto y Verden-Zoller, Gerda. El Emocionar. En: Amor y Juego. Fundamentos Olvidados de lo Humano. Desde el Patriarcado a la Democracia. Editorial Comunicaciones Noreste Ltda.; 1993.

⁵² Hernández, Mario. Desigualdad, Inequidad e Injusticia en el Debate Actual en Salud: Posiciones e Implicaciones. Ponencia, Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 29 de septiembre al 2 de octubre, ALAMES, México, D.F. 2008.

⁵³ Organización Internacional del Trabajo/OIT & Organización Panamericana de la Salud/OPS. Panorama de la Exclusión de la Protección Social en Salud en América Latina y el Caribe. Reunión Regional Tripartita de la OIT con la Colaboración de la OPS: Extensión de la Protección Social en Salud a los Grupos Excluidos en América Latina y el Caribe. 1999: 29 de noviembre al 1 de diciembre; México. Tomado de: Bello Álvaro & Rangel Marta. La Equidad y la Exclusión de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes en América Latina y El Caribe. CEPAL Rev. [Internet]. 2002 Abril [Consulta Febrero 2015]; 76 (1): 39 – 54. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/10800/076039054_es.pdf?sequence=1

⁵⁴ Fanon, Frantz. Piel Negra, Máscara Blancas. Madrid: Akal; 2010. Tomado de: Grosfoguel, Ramón. La Descolonización del Conocimiento: Diálogo Crítico entre la Visión Descolonial de Frantz Fanon y la Sociología Descolonial de Boaventura de Sousa Santos. En: Formas-Otras: Saber, Nombrar, Narrar, Hacer. IV Training Seminar de Jóvenes Investigadores en Dinámicas Interculturales, Fundación CIDOB [Internet].

2011 [Consulta Febrero 2015]; Barcelona; 97-108. Disponible en: www.cidob.org/en/content/.../97-108_RAMON+GROSFUGUEL.pdf

⁵⁵ Torres Cristina. La Equidad en Materia de Salud Vista con Enfoque Étnico. Rev Panam Salud Publica 10 (3): 188 – 201. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v10n3/6573.pdf>

⁵⁶ Ariza John & Hernández Mario. Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007. Rev. Salud Publica (Bogota). [Internet]. 2008 Mayo [Consulta Febrero 2015]; 10 (1): 58 – 71. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10s1/v10s1a06.pdf>

⁵⁷ Gerend MA & Pai M. Social Determinants of black-white Disparities in Breast Cancer Mortality: a review. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2008;17:2913. Tomado de: Organización Panamericana de la Salud/OPS. Determinantes e Inequidades en Salud. En: Salud en las Américas. 2012. [Consulta Febrero 2015]; 18 – 20. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=163&Itemid=

⁵⁸ Organización Panamericana de la Salud/OPS & Comisión Económica para América Latina y el Caribe/CEPAL. Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe. Cuaderno Técnico, No. 46. 1997; Santiago de Chile. Tomado de: Bello Álvaro & Rangel Marta. La Equidad y la Exclusión de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes en América Latina y El Caribe. CEPAL Rev. [Internet]. 2002 Abril [Consulta Febrero 2015]; 76 (1): 39 – 54. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/10800/076039054_es.pdf?sequence=1

⁵⁹ Granda, Edmundo. El Sujeto, la Ética y la Salud. En: La Salud y la Vida. Volumen 1. Marzo 2009.

⁶⁰ Almeida-Filho, Naomar y Pain, Jairmilson Silva. La Crisis de la Salud Pública y el Movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales (Rosario). 1975.

⁶¹ Franco, Saúl. El Genoma Humano y su Impacto en la Salud Pública. En: La Salud Pública Hoy. Enfoques y Dilemas Contemporáneos en Salud Pública. Memórias Cátedra Manuel Ancízar I Semestre de 2002. Universidad Nacional de Colombia. 2003.

⁶² Almeida-Filho, Naomar. Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. En: Salud Colectiva. Buenos Aires: Mayo – Agosto 2006.

⁶³ Organización Mundial de la Salud – OMS. Las Formas y los Contextos de la Violencia. En: Informe Mundial Sobre la violencia y la Salud. 2002.

⁶⁴ Franco, Saúl. Contextos Explicativos de la Violencia en Colombia. En: La Salud Colectiva a las Puertas del Siglo XXI. Memorias Curso Internacional Itinerante. Volumen II. Universidad Nacional de Colombia – Universidad de Antioquia. Medellín, Febrero 14 – 18 de 2000.

⁶⁵ Meertens, Donny. Desplazamiento e Identidad Social. RES [Revista Estudios Sociales]. 2002 [Citado Mayo 2011]; (11): 101. Disponible en: <http://res.uniandes.edu.co/view.php/235/indexar.php?c=Revista+No+18>

⁶⁶ Bello Martha Nubia. Identidad y Desplazamiento Forzado. Revista Aportes Andinos No 8. Desplazamiento Forzado y Refugio. Derechos Reservados PADH - UASB Programa Andino de Derechos Humanos - Universidad Andina Simón Bolívar. Enero 2004. [Citado Mayo 2011]; (8): 1. Disponible en: <http://www.uasb.edu.ec/padh/centro/pdfs8/martha%20bello.pdf>

⁶⁷ Agencia de la ONU para los Refugiados - ACNUR. Capítulo 7, Desplazados Internos. En: La Situación de los Refugiados en el Mundo, Desplazamientos Humanos en el Nuevo Milenio. 2007.

⁶⁸ Agencia de la ONU para los Refugiados - ACNUR. Situación de Colombia. En: Actualización de los Programas y Estrategias del ACNUR, 2009.

⁶⁹ Ley 387 de 1997 por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y esta estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. Artículo 1. 24 de Julio de 1997.

⁷⁰ Derechos Humanos y Litigio Internacional - CEDHUL, La Agencia de la ONU para los Refugiados - ACNUR y la Generalitat Valenciana. Desplazamiento Forzado en Colombia. Derechos, Acceso a la Justicia y Reparaciones. Este trabajo es producto de la Primera Escuela de Formación en Materia de Desplazamiento Forzado Desarrollada del 23 de febrero al 25 de mayo de 2007.

⁷¹ Organización Mundial de la Salud – OMS. Capítulo 2. Carga de los Trastornos Mentales y Conductuales. Conflictos y Desastres. En: Informe Sobre la Salud en el Mundo 2001, Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. 2001.

⁷² Ibáñez, Vicente. Grupo de Salud Mental. Médicos del Mundo. Efectos de la Guerra y la Violencia Organizada en la Salud Mental. Sin año de Publicación.

⁷³ Lira, Elizabeth. El Miedo un Proceso Psicológico Un Proceso Político. En: Psicología de la Amenaza Política y el Miedo. 1991.

⁷⁴ Sironi, Françoise. Impacto de la Historia Colectiva sobre la Psicología Individual. En: Psicopatología de la Violencia Colectiva. Editorial 451. 2008.

⁷⁵ Ugalde A, Selva-Sutter E, Castillo C, Paz C, Cañas S. The Health Costs of War: Can They Be Measured? Lessons From El Salvador. *BMJ: British Medical Journal*. 2000. [Citado Mayo 2012]; 321(7254):169-172.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1118168/>

⁷⁶ Betancourt TS, Speelman L, Onyango G, Bolton P. Psychosocial Problems of War-Affected Youth in Northern Uganda: A Qualitative Study. *Transcultural psychiatry*. 2009. [Citado Mayo 2012];46(2):238-256.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2775515/>

⁷⁷ Organización Panamericana de la Salud – OPS. Lineamientos Básicos para la Atención Psicosocial a Poblaciones Desplazadas como Consecuencia del Conflicto en Colombia.

⁷⁸ Samayoa, Joaquín. Guerra y Deshumanización: Una Perspectiva Psicosocial en Relación a la Guerra en El Salvador. En: *Psicología Social de la Guerra: Trauma y Terapia*. UCA Editores; 1990.

⁷⁹ Pérez, I. Fernández, P. Rodado, Sonia. Prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático por la Guerra, en Niños de Cundinamarca, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2005 [Citado Junio 2012]; 7 (3): 268-280.

Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v7n3/v7n3a03.pdf>

⁸⁰ Sánchez R, Jaramillo L. Desplazados experiencias en Salud, Impacto del Desplazamiento sobre la salud mental. *Universitas Humanística*. Bogotá 1999; XXVII (47): 87-101

-
- ⁸¹ Médicos Sin Fronteras. Violencia, Conflictos y Salud. En Tres Veces Víctimas. Víctimas de la Violencia, el Silencio y el Abandono. Conflicto Armado y Salud Mental en el Departamento de Caquetá, Colombia. Junio de 2010.
- ⁸² Ruiz, Ceballos Sandra. Impactos Psicosociales de la Participación de Niñ@ y Jóven@s en el Conflicto Armado. En: Conflicto Armado, Niñez y Juventud. Una Perspectiva Psicosocial. Universidad Nacional de Colombia/Fundación Dos Mundos. 2002.
- ⁸³ Arias, Fernando & Ruiz, Sandra. Construyendo Caminos con Familias y Comunidades Afectadas por la Situación del Desplazamiento en Colombia – Una Experiencia de Trabajo Psicosocial –. En: Efectos Psicosociales y Culturales del Desplazamiento. Editores Martha Nubia Bello, Elena Martín, Fernando Arias. Universidad Nacional de Colombia, Fundación Dos Mundos, Corporación Avre. 2000.
- ⁸⁴ Castaño, Bertha Lucía. A Propósito de lo Psicosocial y el Desplazamiento. En: Desplazamiento Forzado. Dinámicas de Guerra, Exclusión y Desarraigo. ACNUR – Universidad Nacional de Colombia, 2004.
- ⁸⁵ Bello, Martha Nubia. ACNUR. CODHES. "Identidad, Dignidad y Desplazamiento Forzado. Una Lectura Psicosocial". En: Desplazamiento Forzado Interno en Colombia: Conflicto, Paz y Desarrollo. Bogotá: CO, Kimpres; 2001.
- ⁸⁶ Organización Mundial de la Salud – OMS. Informa de la Consulta Internacional Sobre la Salud de los Pueblos Indígenas. 1999.
- ⁸⁷ Kohn, Robert y Rodríguez, Jorge. La Salud Mental de las Poblaciones Indígenas. En: Epidemiología de los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud – OPS. 2009.
- ⁸⁸ Rodríguez, Jorge; De La Torre, Alejandro y, Miranda, Claudio. La Salud Mental en Situaciones de Conflicto Armado. *Biomédica* 2002; 22: 337-46.
- ⁸⁹ Cunningham, Myrna. Mental and Behavioural Health Issues. In: State of The World's Indigenous Peoples. Economic & Social Affairs. United Nations. 2009.
- ⁹⁰ Oxfam Internacional. Informe Violencia Sexual en Colombia. Un Arma de Guerra. 2009. Pág. 2 – 32. Disponible en: <http://www.colombiassh.org/site/spip.php?article468>
- ⁹¹ Morin, Edgar. La Noción de Sujeto. En: La Mente Bien Ordenada. Editorial Seix Barral Los Tres Mundos Ensayo; 2000.

-
- ⁹² Butler, Judith. *Mecanismos Psíquicos del Poder. Teorías sobre la Sujeción*. Madrid: Ediciones Cátedra; Instituto de la Mujer, Universidad de Valencia; 2001 [1997].
- ⁹³ Morin, Edgar *El Método 5. La Humanidad de la Humanidad. La Identidad Humana*. Segunda Edición. Madrid: Editorial Cátedra; 2003.
- ⁹⁴ González Rey, Fernando. *Tradición y Cambio en el Desarrollo Epistemológico de la Psicología*. En: *Epistemología Cualitativa y Subjetividad*. Editorial. McGraw Hill. 1997.
- ⁹⁵ Gadamer, H. G. *Verdad y Método*. Ediciones Sígueme. 1977.
- ⁹⁶ Briones, Guillermo. *Las Ciencias Sociales, como Ciencias Interpretativas*. En: *Teorías de las Ciencias Sociales y de la Educación*. Epistemología. Editorial Trillas; 2012.
- ⁹⁷ Schwant, T. *Three Epistemological Stances for Qualitative Inquiry. Interpretivism, Hermeneutics, and Social Constructionism*. In: *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Sage Publications; 2000.
- ⁹⁸ González G. Orlando y Serna D. Adrián. *Proyecto Institucional de Investigación: Historias Familiares y Narrativas en Diversidad de Contextos*. 2004. Universidad Santo Tomas. Maestría en Psicología Clínica y de Familia, Citado en: Proyecto de Grado “Comprensión y Movilización de la Construcción Narrativa y de sus Imágenes de Futuro de Jóvenes Quienes han Perdido a Otro Significativo en Actos de Violencia (Homicidio). Cortés, P. Gómez, M. Ruiz L. 2005.
- ⁹⁹ Lax, William. *Narrativa, Construcciónismo y Budismo*. En: *Construcciones de la Experiencia Humana*. Volumen II. Editorial Gedisa; 1997.
- ¹⁰⁰ Quijano, Aníbal. *Colonialidad del Poder y Clasificación Social*. *Journal of World-Systems Research* [Internet]. 2000 [Citado 21 de Marzo 2015]; VI (2): 342-386. Disponible en: <http://www.jwsr.org/wp-content/uploads/2013/05/jwsr-v6n2.pdf>.
- ¹⁰¹ Granda, Edmundo. *Investigación y Salud Pública: Una Mirada Hacia el Futuro*. En: *La Salud y la Vida*. Volumen 2. Noviembre 2009.
- ¹⁰² Van Dalen, Deobold & Meyer, William. *Estrategia de la Investigación Experimental*. En: *Manual de Técnicas de la Investigación Educativa*. Ediciones Paidós; 1974.
- ¹⁰³ Taylor, S.J. & Bogdan R. *La Entrevista en Profundidad*. En: *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación: La Búsqueda de Significados*. Editorial Paidós Básica; 1987.

-
- ¹⁰⁴ Korman, Hyman. *The Focus Group Sensign*. New York: Dept. of Sociology, SUNY at Stony Brook; 1986.
- ¹⁰⁵ Delgado, Juan Manuel & Gutiérrez, Juan. *Teoría de la Observación*. En *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Editorial Síntesis; 1999.
- ¹⁰⁶ Flick, Uwe. *Observación, Etnografía y Métodos de Datos Visuales*. En: *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Segunda Edición. Editorial Morata; 2007.
- ¹⁰⁷ Harris, Marvin. *La Antropología y el Estudio de la Cultura*. Antropología Cultural. Madrid: Alianza Editorial; 1990.
- ¹⁰⁸ Steinberg, L., Lamborn, S. D., Dornbusch, S. M. and Darling, N. *Impact of Parenting Practices on Adolescent Achievement: Authoritative Parenting, School Involvement, and Encouragement to Succeed*. *Child Development*. 1992; 63: 1266–1281.
- ¹⁰⁹ Organización Mundial de la Salud. *Informe Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol*. Ginebra 1980.
- ¹¹⁰ Secretaria Distrital de Integración Social. *Plan Distrital para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil, la Violencia y Explotación Sexual*. Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Violencia y Explotación Sexual. 2007.
- ¹¹¹ Organización Panamericana de la Salud/OPS. *Informe Subregional de Suicidio*. Centroamérica y República Dominicana 1988 – 2008.
- ¹¹² García Solá Angel, Ruiz Esmily, Díaz Tatiana, Roza Patricia, Espinosa Gladys. *El Enfoque Poblacional: Las Personas como Centro de las Políticas*. *Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud* [Internet]. 2010 [Citado 21 de Marzo 2015]; (12): 126-142. Disponible en:
[http://salud.univalle.edu.co/escuelas/rehabilitacion/Logros/Publicaciones/523_11._el_enfoque_poblacional_las_personas\[1\].pdf](http://salud.univalle.edu.co/escuelas/rehabilitacion/Logros/Publicaciones/523_11._el_enfoque_poblacional_las_personas[1].pdf)
- ¹¹³ Bolívar Botía A. "¿De nobis ipsis silemus?": Epistemología de la Investigación Biográfico-Narrativa en Educación . REDIE. *Revista Electrónica de Investigación Educativa* 2002 [Citado Septiembre 2014]; 4. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15504103>.
- ¹¹⁴ Lincoln YS & Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications; 1985.

-
- ¹¹⁵ Castillo E & Vásquez M. El Rigor Metodológico en la Investigación Cualitativa. *Colomb Med.* 2003 [Citado Septiembre 2014]; 34(3): 164-167. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc03025>
- ¹¹⁶ Flick, Uwe. Fundamentación de la Investigación Cualitativa. En: *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Edición Morata; 2007.
- ¹¹⁷ Cerda Gutiérrez, Hugo. Principios y Técnicas de la Triangulación: Varios Ojos Ven más que Uno. En: *Los Elementos de la Investigación. Como Reconocerlos, Diseñarlos y Construirlos*. Primera Edición. Bogotá: Editorial Magisterio; 2011.
- ¹¹⁸ Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual y G. Vallejo, *Métodos de Investigación en Psicología*. Madrid: Síntesis, 1998.
- ¹¹⁹ Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos*. Ginebra 2002.
- ¹²⁰ Código Ético del Psicólogo, Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2000 [Citado Septiembre 2011]; 32:209-225. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80532121>.
- ¹²¹ Ministerio de Protección Social. Resolución No. 008430 del 4 de Octubre de 1993. Por la cual se Establecen las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud. Capítulo I. De los Aspectos Éticos de Investigación en Seres Humanos. 1993.
- ¹²² Max-Neef, Manfred. *Matriz de Necesidades y Satisfactores*. En: *Desarrollo a Escala Humana*. Editorial Nordan Comunidad; 1993.
- ¹²³ Viaplural. Asociación Sin Ánimo de Lucro. *La Vida en la Ciudad*. En: *Informe Final, Identificación y Caracterización Socioeconómica, Cultural y Nutricional del Observatorio de la Situación de los Niños, Niñas y de las Familias Emberá en Bogotá*. Diciembre 2009.
- ¹²⁴ Morin, Edgar. *El Paradigma de Complejidad. Tres Principios*. En: *Introducción al Pensamiento Complejo*. Editorial Gedisa; 2007.
- ¹²⁵ Camacho Prado, Silvia. *Saberes y Conocimientos de las 36 Naciones del Estado Plurinacional*. La Paz: UMSA; 2010.
- ¹²⁶ Boaventura De Souza Santos. *Hacia una Concepción Multicultural de los Derechos*

Humanos. El Otro Derecho. Julio 2002 [Citado Septiembre 2014]; (28): 78 – 81.
Disponible en: http://www.uba.ar/archivos_ddhh/image/Sousa%20-%20Concepción%20multicultural%20de%20DDHH.pdf