

*Eso que llaman “locura”, Una Mirada desde las Creencias Familiares a Casos de
Alteración de la Salud Mental en Habitantes del río Yurumanguí Buenaventura.*

Kissyber Aramburo Vivas

Brenda Leibzith Aristizabal Gómez

Elizabeth Gutiérrez Lucumi

FACULTAD DE HUMANIDADES - ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y

DESARROLLO HUMANO

UNIVERSIDAD DEL VALLE, SEDE PACIFICO

BUENAVENTURA – VALLE DEL CAUCA.

2017

*Eso que llaman “locura”, Una Mirada desde las Creencias Familiares a Casos de
Alteración de la Salud Mental en Habitantes del río Yurumangui Buenaventura.*

Kissyber Aramburo Vivas

Brenda Leibzith Aristizabal Gómez

Elizabeth Gutiérrez Lucumi

María del Pilar Balanta Martínez,
Trabajadora Social. Mg Políticas Públicas.

FACULTAD DE HUMANIDADES - ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y

DESARROLLO HUMANO

UNIVERSIDAD DEL VALLE, SEDE PACIFICO

BUENAVENTURA – VALLE DEL CAUCA.

2017

ÍNDICE

	Pág.
<i>INTRODUCCION.....</i>	1
<i>CAPÍTULO I... ..</i>	4
<i>ASPECTOS GENERALES</i>	6
<i>ANTECEDENTES</i>	6
<i>JUSTIFICACIÓN.....</i>	13
<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	16
<i>FORMULACIÓN</i>	16
<i>PREGUNTA INVESTIGACIÓN</i>	16
<i>OBJETIVOS.....</i>	16
<i>MARCO LEGAL POLÍTICO DE SALUD MENTAL.....</i>	17
<i>MARCO CONTEXTUAL</i>	21
<i>MARCO DE REFERENCIA TEORÍA.....</i>	24
<i>ESTRATEGIA METODOLÓGICA</i>	32
<i>CONSIDERACIONES ÉTICAS</i>	35
 CAPITULO II	
<i>-NARRATIVAS FAMILIARES</i>	39
 CAPITULO III	
<i>-DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO.....</i>	50

CAPITULO VI	
-EL NEGOCIO DE LA SALUD.....	64
CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES.....	75
BIBLIOGRAFÍA.....	81

ÍNDICE DE TABLAS

PÁG.

TABLA NO. 1 <i>CARACTERIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN LA</i>	
<i>INVESTIGACIÓN</i>	<i>35</i>
TABLA NO. 2 <i>PLANTAS SOBRE PROCESO DE CURACIÓN</i>	<i>62</i>

INTRODUCION

Históricamente las comunidades negras han hecho uso de prácticas culturales que les han permitido un pleno goce de estas, de igual forma éstas reflejan formas de vida, costumbres, religiosidad entre otros factores donde se encuentra inmersa la historia de comunidades negras asentadas en las riberas de los ríos del Pacífico.

La comunidad del río Yurumangui, no es ajena a este factor, ya que sus prácticas culturales reflejan formas de vida, de convivir, pensar y actuar en torno a su cultura y el entramado que se desarrolla en sus contextos y sus familias. Por tal razón esta investigación se propuso conocer cuál es la concepción que se tiene de la alteración de comportamiento y el manejo que se adopta para con ella, develando así una forma distinta de concebir y tratar las alteraciones del comportamiento en contextos donde la cultura agrega un componente distinto que para la comunidad tiene sentido.

En esta región, la familia y la comunidad tienen una percepción distinta del sujeto que padece de alteraciones, y esto se refleja en la medida en que el sujeto no es aislado del contexto social ni mucho menos de sus actividades diarias, pues se le considera un sujeto con capacidad de realizar actividades y tomar decisiones referentes a su vida personal, familiar y comunitaria; mostrando así una forma distinta de restablecer o mantener los lazos comunitarios y familiares, evidenciando que poseen pocas fisuras en la relación que se establece con el “enfermo”. En otras palabras para la comunidad de Yurumangui la enfermedad no es un factor condicional para quien la padece, por el contrario se convierte en una situación que reafirma los lazos comunitarios y familiares a favor del individuo y de la enfermedad que afecta su trayectoria vital. Esto se obtuvo por medio de las narrativas de la familia en relación a la concepción que se tiene de las alteraciones del comportamiento.

Como segundo aspecto encontramos que la familia adopta un ejercicio cultural frente a la percepción que se tiene de la enfermedad que está condicionada por sus prácticas culturales y su forma de vida. Desde esta perspectiva la investigación se propuso describir el tratamiento que la familia adopta con la persona que presenta posibles alteraciones del comportamiento, mostrando así una forma distinta u otros modos de vidas que históricamente han cumplido una función de conexión y unificación de la sociedad, por medio de la reivindicación de una diversidad cultural entre los pueblos ubicados en un mismo espacio territorial.

Esta investigación permitió conocer la manera en cómo esta comunidad negra, atiende de forma distinta las situaciones que se presentan en el diario vivir de sus grupos, donde la cultura determina los comportamientos de la vida de estos grupos sociales.

Como último reto propuesto por la investigación era analizar la cobertura del sistema de salud en la zona rural del Distrito de Buenaventura, como han sido atendidos los sujetos que requieren del servicio, para desde allí plantear una postura crítica que contribuya con el bienestar social de los sujetos de estudio y en general. Pues la poca o la ausencia del servicio de salud y de personas que conozcan las particularidades de las comunidades de zonas ribereñas, ha permitido que se agudice la situación y el estado de las personas quienes padecen de alteraciones o trastornos del comportamiento.

Con respecto a esto se obtuvo como resultado que las brechas de acceso al sistema de salud en el Distrito de Buenaventura son transversales, principalmente relacionadas con la débil infraestructura, la ausencia de hospitales de alta complejidad, de centros de

salud que puedan brindar atención en las zonas rurales, y otros hospitales que puedan dar cobertura a las necesidades de la población.

Si bien la crisis en temas de salud es generalizada en todo el país, en Buenaventura los problemas institucionales son aún más agudos, esto vinculado con corrupción y malos manejos de los recursos destinados a la salud en el puerto, que no permiten mejoras al sistema, ni en infraestructura, ni en cobertura. La cobertura es mínima, no se garantiza ningún derecho y mucho menos se tiene en cuenta aspectos contextuales para brindar atención oportuna, el sistema de salud en Colombia es centralizado. Pues la afiliación no es la garantía del cumplimiento de los derechos, esta solo categoriza y permite validar una información, pero esta no garantiza atención oportuna y de calidad.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La normalidad o anormalidad de una conducta se encuentra mediada por diferentes factores sociales y culturales que influyen en la vida de las personas, es por ello que su alteración, se concibe como transgresión a los parámetros sociales establecidos, los cuales tipifican estos comportamientos según su expresión.

Hablar de alteraciones del comportamientos conlleva a preguntarse, qué aspectos específicos constituyen este concepto?, si bien, estos se manifiestan de forma variada y diversa de acuerdo a su presentación en el medio social, se subraya que estas manifestaciones tienen una carga importante en referencia a los conceptos y las interacciones, que conforman un entramado de creencias generacionales que sobreviven en contraste con la globalización y que contribuyen al sostenimiento de una cultura que tiene implícito elementos abstractos que le dan forma y valor.

Siendo la cultura perpetuadora y transformadora de una sociedad, se constituye pues, en el medio por el cual los individuos o grupos perciben y definen su mundo, es esta el referente de todas las sociedades que anteponen sus conocimientos a las formas y métodos tradicionales que se encuentran desligados de concepciones supersticiosas. La cultura ofrece teorías etiológicas basadas en la visión del mundo de determinado grupo, las cuales, frecuentemente, apuntan causas múltiples para las enfermedades, que pueden ser, por ejemplo: “místicas” y/o “no místicas”. (Langdon EJ, Wiik FB. 2009. Pág., 183), estas particularizan e identifican las respuestas que otorgan a los distintos comportamientos y enfermedades que tienen una razón de ser en sus contextos.

Esta es la realidad que acoge a gran parte de las poblaciones rurales en el pacifico colombiano, su cotidianidad se encuentra transversalizada por aspectos culturales que definen su *modus operandi* la cual abarca relaciones, concepciones, y manejos.

Estos conocimientos aprendidos de generación en generación, ganan relevancia desde el primer momento que son adquiridos y llevados a la práctica, pues estos se encuentran investidos de ancestralidad, ya que representan una cultura e historia africana que ha tratado de darle respuesta y tratamiento a los comportamientos y/o conductas que centran su explicación en fenómenos de dimensiones sobrenaturales.

Al interesarnos en comprender las percepciones de familiares y la comunidad que comparten espacios con personas que presentan alteraciones del comportamiento, vinculados con posibles alteraciones mentales, ahondamos en las consideraciones que toma la familia frente a este tipo de comportamientos que afectan las dinámicas familiares y sociales dentro de una comunidad permeada de creencias que dan sentido y definición a los hechos socioculturales que se despliegan en su contexto.

Dicho lo anterior, esta investigación se centra en las narrativas familiares, pretendiendo dar aproximaciones a su realidad como punto de partida, las cuales permitieron comprender las concepciones, aceptación y manejo de las alteraciones del comportamiento, que se conjugan dentro de su sistema de creencias que estructura sus acciones encaminadas a dar respuestas mediadas por su experiencia cultural. Por tano este estudio centró su atención en la explicación que los actores involucrados dan a la realidad que viven y que caracteriza su vida.

ESTADO DEL ARTE

Se realizó un acercamiento a estudios en relación al tema de investigación donde los hallazgos sobre la familia, creencias culturales, y cosmovisión de realidad, une las denominaciones y el manejo de las alteraciones del comportamiento que se presentan en los diferentes contextos, para este ejercicio se recolectó materiales bibliográficos producidos en trabajos que abarcan el contexto local, Nacional e Internacional pretendiendo dar aproximaciones de la temática a investigar.

Hablar de alteraciones del comportamiento, es entrar en una serie de postulados y reflexiones que en muchos sentidos invitan a la controversia. La sola noción de alteraciones comportamiento ya es bastante discutida, implica una serie de parámetros que se encuentran permeados por diferentes posturas sociales y culturales que definen el significado de las alteraciones.

En Buenaventura aun, no se han realizados investigaciones que comprendan las alteraciones del comportamiento desde aspectos culturales, por ende pasaremos a un contexto más macro que abarque estos comportamientos con relación a los entramados culturales.

Las definiciones han evolucionado durante la historia, existen diferentes interpretaciones a lo largo del tiempo, y cada una ha marcado la forma en cómo se definen las alteraciones y el sentido que se le otorga a las mismas. En el 2006, la Revista colombiana de Psiquiatría, publica un artículo de nombre: **La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental**, elaborado por; María Victoria Builes Correa y Mauricio Hernando Bedoya Hernández en Bogotá. Donde `referencian a Belloch (1995) el cual planteó, que

los griegos y romanos veían la locura como posesión de espíritus malignos enviados por dioses. Los ‘‘locos’’ eran atendidos en templos dedicados a Esculapio¹. Esta concepción cambia con Hipócrates, su principal representante de la medicina de su época, este cree que la locura se adquiere, como las enfermedades físicas, debido a procesos naturales relacionados con los humores. Se asocia locura y enfermedad mental, la asociación que se le daba estaba infundada por creencias y dogmas, lo cual conllevó a que se tuvieran en cuenta factores como el entorno; pues desde la construcción de significado del mismo, se creaban hipótesis para cada caso.

Con respecto a esta relación, en el 2014 la Revista electrónica psicología, psicoanálisis y conexiones (PSYCONEX); elabora un artículo, nombrado: **conceptos de normalidad y anormalidad en el ejercicio de la psicología clínica**, por, Angélica María Rivera Dagua. Este artículo aborda los conceptos de anormalidad y normalidad, así como una breve revisión de su desarrollo histórico y los criterios que se han establecido como generales en los manuales diagnósticos.

Desde este estudio, la significación desde un entorno específico lleva a que las alteraciones sean concebidas desde causas biológicas, psicológicas, o sobrenaturales, dependiendo del contexto donde se manifiesten y los rasgos culturales de cada grupo poblacional Durand & Barlow (2007, pág.2) hacen una breve descripción de las concepciones históricas del comportamiento anormal y los clasifica en 3 modelos, el sobrenatural, el biológico, y el psicológico: el primero comprende las primeras respuestas que se le atribuían a las alteraciones del comportamiento; comprende las causas sobrenaturales, pues las conductas extrañas eran atribuidas a demonios, brujería y posesiones de espíritus malignos. El segundo lo han definido como la posibilidad de

¹ Dios de la curación.

que los trastornos psicológicos tuvieran causas patológicas o traumatismos cerebrales que podían verse influidos por la herencia genética; las causas biológicas abrieron las puertas a las causas psicológicas, que se enfocan en factores sociales y culturales, como la experiencia familiar. Esta clasificación es pertinente, en el estudio de diversas realidades, las alteraciones tendrán una significación desde su contexto inmediato y se darán dentro de estas tres categorías.

Las aportaciones que brindan estos estudios a nuestra investigación, permiten evidenciar un proceso histórico que no se ha desligado de los aspectos mágicos y sobrenaturales, vinculados con la desviación de los patrones “normales” de cada sociedad.

Sin embargo los aportes de otras investigaciones a la nuestra, se enmarcan en la influencia contextual de esta forma, Velásquez E, Bravo, T y Hernández (2005), en su investigación plasman, la experiencia bélica contempla características clínicas similares a la que ofrecen las catástrofes civiles. En la guerra las personas están expuestas a gran cantidad de agentes psico-traumatizantes, que se salen del rango de la experiencia humana habitual; la participación en acciones bélicas se ha relacionado con la presencia de TEPT² a largo plazo, y con otros trastornos psiquiátricos. Entre los veteranos, se han asociado con mayor frecuencia los trastornos de estado de ánimo, el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos de ansiedad, las toxicomanías, además los individuos que han sufrido TEPT tienen un riesgo aumentado de padecer otros trastornos psiquiátricos.

Esta investigación nos permite dimensionar la influencia contextual en las respuestas de los individuos expuestos a situaciones de prolongado estrés, los aspectos

² Trastorno Pos Traumático.

contextuales son de gran relevancia para concebir las alteraciones del comportamiento, en cuanto a esto, Busquets y Murcia (1987), describen los factores culturales y psicosociales en relación a los trastorno mentales, que se vincula al sistema de creencias del individuo; se contempla el contexto cultural como factor determinante de las enfermedades mentales.

Para plasmar la influencia de la realidad contextual en los trastornos mentales, fue pertinente acercarnos a lo argumentado por Brigidio, M. (S.F), ella toma de la teoría de la fenomenología social, la realidad no es algo dado, que existe fuera de la conciencia individual y se le impone, sino que los individuos la construyen permanentemente en un proceso de negociación con otros. En este proceso crean "objetivaciones" que les permiten explicar sus mundos. Los conceptos de inteligencia, clase social, raza, organización, son ejemplos de tales objetivaciones y son vistos por los fenomenólogos como elementos de sentido común que sirven a los individuos para comprender la conducta de los otros. Estas objetivaciones se basan en las construcciones de sentido que darán lugar a categorías o segmentaciones en los mismos grupos poblacionales.

Si el contexto juega un papel fundamental en la concepción de las alteraciones del comportamiento, los grupos sociales y los individuos alrededor de personas que presenten dichos comportamientos, tiene un papel aún más importante, el termino trastorno o alteración es acompañado de un estigma social, como lo plasma Geidel (2005), en su estudio que sustenta las distintas formas en que el estigma que acompaña la esquizofrenia en este caso, se manifiesta en el imaginario de determinados grupos dentro de las distintas culturas a estudiar. De cierta forma este tipo de apreciaciones

sustentan y validan las creencias culturales que reafirman el saber tradicional de una comunidad o grupo social que se mueve en torno a las representaciones sociales que surgen de su sistema normativo. Las costumbres y tradiciones se enmarcan en dicho sistema normativo, que rige implícitamente todas las manifestaciones de determinado grupo social. También, Jiménez, A. (1993) menciona que en el contexto encontramos la construcción de representaciones sociales y estas no son sólo una imagen generalizada de una cosa o persona, sino la de toda una clase o categoría de objetos análogos. Las representaciones pueden ofrecer un variable grado de generalización, representan una jerarquía de ideas cada vez más generalizadas, que finalmente pasan a ser conceptos; estos conceptos miden y evalúan a los individuos que se hallan en un mismo contexto, definen la desviación según sus códigos de valores y buscan medidas de contención como el estigma para regular el surgimiento de comportamientos anómalos.

Los trastornos de comportamiento ligados a factores contextuales, están determinados por las creencias culturales, estas se vinculan con todo un sistema de creencias, cuando un individuo actúa de manera “distinta” a las normas culturales de una sociedad esta tiende a señalarlo y a mitificar su conducta relacionándola con factores sobrenaturales, ahora veamos a Ortiz (1997), que plasma la imagen negativa que se construye hacia personas con alteraciones, pues se alimentan de creencias “erróneas” que tiene la sociedad, la influencia de esas creencias, sobre la salud mental y los mensajes negativos que esta recibe por parte de la sociedad aumentan el estigma y lo reproduce.

De forma similar López (2001), centra su investigación en un caso clínico particular, realizando un estudio en la unidad de psiquiatría ambulatoria del Hospital Universitario

de Los Andes en Mérida a cuarenta y cinco pacientes, donde el 60% de ellos piensan que sus alteraciones de comportamiento se deben a la posesión por espíritus malignos, sobre todo cuando entre los síntomas de la enfermedad se encuentran las alucinaciones; sobre este aspecto orientan su estudio en torno a las posibles funciones que cumple la posesión en nuestro medio cultural, de la misma forma que los aspectos culturales le dan una explicación sobrenatural, también se piensan formas de tratamiento para las anomalías conductuales. Vallejo, A (2006), menciona en su texto que en la medicina indígena, a diferencia de la occidental, la escogencia del “arte de curar” no es una predilección que hace el sujeto por su propia voluntad, ya que mientras el médico occidental elige serlo, el médico indígena no solamente tiene que elegir serlo, sino que, además, tiene que ser elegido por factores que están ajenos a su voluntad o que se escapan de su directa influencia (espíritus, vientos, designio de los dioses). Estas formas de tratamiento se asumen desde un diagnóstico diferencial según Gutiérrez, S (2002), el diagnóstico estará influido por la forma de expresión de la sintomatología psíquica, a su vez relacionada con la forma de expresión de los pacientes. En este sentido van a influir tremendamente las diferencias idiomáticas y culturales.

También se encontraron otras percepciones como las de Devereux (1973) que afirma que la locura se expresa siempre bajo estos elementos, el individuo, habiendo sido sometido a un prolongado stress, no puede seguir soportando la situación y recurre a un determinado tipo de trastorno psíquico para dar rienda suelta a su sufrimiento, temor o angustia; los elementos culturales dan una configuración particular al padecimiento, explicándolo en forma creíble y verosímil para el paciente y justificando un estado supuestamente “anormal” ante la comunidad que tiene contacto cotidiano con él.

El objetivo de la perspectiva cultural es poder realizar un análisis acerca de las diferentes cosmovisiones que hay de las alteraciones del comportamiento vista desde la cultura, es por ello que se considera pertinente incluir el aporte de Devereux (1973), donde expresa que la cultura surge de una compleja red de retroalimentación a través de las cuáles, valores, creencias, y normas de conducta se modifican y se sostienen constantemente. Estos se comparten y crean una identidad y está el sentido de pertenencia. El comportamiento de las personas entonces está moldeado y regido por su identidad cultural; dicha identidad refuerza su sentido de pertenencia y permite crear un significado para las personas. Estas permiten al individuo la capacidad de adaptación y de experimentar sentimientos de bienestar y equilibrio emocional. Y como aporte final pero no menos importante Claras (1992) esboza que las representaciones simbólicas de los hechos culturales no cambian tan rápidamente, en otras palabras, la mentalidad se transforma más lentamente que las prácticas culturales. Aporte importante para esta investigación, pues justifica las creencias de las prácticas que se ejercen en contextos específicos que dan sentido a la vida de las personas que las practican y en quienes asumen estas, como su primera alternativa.

JUSTIFICACION

La realidad es explicada desde el entorno inmediato en el que se mueve cada individuo, las experiencias o situaciones que surjan, serán analizadas desde la realidad contextual, que posee componentes históricos, sociales y culturales, que categorizan lo normal y lo anormal; Entender esta categorización desde las alteraciones del comportamiento y comprender la cosmovisión que tienen algunos habitantes del río Yurumangui, fue un reto cumplido en la investigación, en la medida que nos permitió enriquecer nuestro conocimiento en relación a otras formas de interpretar el universo. Estas interpretaciones están mediadas por la cultura, según Fábregas (1991), " esta se refiere a la relación entablada por la sociedad con la naturaleza y su simbolización" Desde esta forma entendemos que la cultura es el modo en que los individuos definen y viven su mundo, en otras palabras es la forma de vida de un grupo humano, donde se encuentran inmersos muchos aspectos que los construyen como sociedad en un determinado contexto. Parte de allí nuestro interés de interactuar y comprender el entramado de significados que se tejen en la familia y la comunidad en relación a alteraciones del comportamiento que se dan en un entorno con características particulares.

Esta investigación cumple su cometido, pues da una mirada al cúmulo de saberes que giran en torno a la concepción de las alteraciones del comportamiento vista desde una perspectiva cultural, la cual nos permitió conocer la diversificación de nuevas prácticas y saberes culturales en torno a este tipo de trastornos, nutriendo así el conocimiento de la herencia cultural e histórica de las prácticas ancestrales en esta zona

ribereña. Esta investigación aportó una perspectiva distinta de comprender y entender las alteraciones del comportamiento desde una mirada sociocultural que identifica a la familia, siendo esta la base fundamental a la que el individuo acude y pertenece y la cual produjo un significado valioso a nuestra investigación, al ser esta la fuente primaria que guía el proceso de dichas alteraciones de acuerdo a sus percepciones.

Resaltamos que esta investigación brinda aportes valiosos, desde la disciplina del trabajo social, a futuras investigaciones donde su interés sea conocer y comprender realidades tan diversas como las que encontramos en este estudio; conocer creencias y percepciones particulares de una comunidad que tiene arraigada su cultura y el entramado de significados que se envuelve en ella, resulta relevante para las ciencias sociales pues permite obtener perspectivas diferentes desde la *Cultura*, para entender a las sociedades desde sus realidades individuales y colectivas que expresan costumbres que los identifican. La pertinencia de este estudio va más allá de los conocimientos que pueda generar, pues aparte de producir nuevos y orientar nuevos procesos investigativos, este tema nutre la jerga y la herencia cultural que hace parte del relativismo cultural³.

El acceso a los tratamientos en cuanto a salud mental, aún están centralizados y las distancias que obstaculizan el tratamiento, deben ser la base, para construir modelos médicos, acordes a los elementos contextuales de las comunidades, buscando que los tratamientos sean aliados a los elementos culturales de las poblaciones, es decir, tomando la construcción de sentido de los habitantes de las poblaciones rurales como una fuente que contribuya en la atención relacionada con problemas de salud mental.

³ Cada cultura particular no sólo es digna de respeto, sino que se cometería una grave injusticia si se juzgaran sus peculiares manifestaciones utilizando criterios de valoración pertenecientes a otra cultura. Dicho de otro modo, no es justo enjuiciar una cultura desde fuera de ella misma, y mucho menos, imponer por la fuerza formas culturales ajenas o impedir el desarrollo de las propias: sería considerado un acto de “colonialismo cultural”» (García Amilburu [2002] 101-102).

Aunque el modelo médico, siempre ha sido un modelo muy riguroso y ortodoxo, además de apático a todo este tema de las creencias culturales; es importante en términos de cobertura lograr conectar la medicina tradicional de las comunidades con el sistema de salud colombiano.

FORMULACION

¿Cuáles son las creencias de familias provenientes del Río Yurumangui asentadas en Buenaventura, en torno a la concepción y tratamiento de los cambios de comportamiento de alguno de sus integrantes, vinculadas con posibles alteraciones del estado mental?

OBJETIVOS

GENERAL:

Describir las creencias de familias provenientes del Río Yurumangui asentadas en Buenaventura, en torno a la concepción y tratamiento de los cambios de comportamiento de alguno de sus integrantes, vinculadas con posibles alteraciones del estado mental.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ❖ Conocer desde la narrativa de los familiares la concepción de las alteraciones de comportamiento, vinculadas con posibles alteraciones del estado mental.
- ❖ Detallar el tratamiento que la familia adopta con la persona que presenta estas posibles alteraciones mentales.
- ❖ Analizar la cobertura del sistema de salud en la zona rural del Distrito de Buenaventura para la atención de este tipo de situaciones.

MARCO POLITICO LEGAL EN COLOMBIA:

Según el Ministerio de Protección Social, una Política Nacional de Salud Mental debe ser una política pública que apunte a reducir la carga de enfermedad, que representan los trastornos mentales en la salud de la población y sus consecuencias en el desarrollo social, así como mejorar las capacidades del Estado, las instituciones y la sociedad en general para afrontar la problemática, dentro del contexto del Sistema de Protección Social y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El fundamento de la democracia radica en reconocerles a los ciudadanos y personas que habitan en Colombia, un conjunto de garantías que dignifiquen el contenido de la vida y amparen y fortalezcan la formulación de las nuevas libertades que la Carta magna instaure. El propósito de la Constitución Nacional es que otorgue a los ciudadanos un catálogo de derechos tanto civiles y políticos, como sociales, económicos y culturales y los llamados de tercera generación.

En este orden de ideas la constitución política de Colombia reconoce en el artículo 49 de la Constitución que: La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.[...] Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

En 1998 mediante Resolución 2358 del Ministerio de Salud adoptó la primera Política Nacional de Salud Mental, en la que se establecieron objetivos, estrategias, y

metas que velan por el bienestar psicológico de los colombianos (Ministerio de Salud, 1998). Fue expedida en el marco del nuevo Sistema de Seguridad Social Integral creado por la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993). La Ley 1616 de 2013 conocida como Ley de Salud Mental dispuso el ajuste de la Política Nacional de Salud Mental; de acuerdo con los cambios epidemiológicos y normativos que han ocurrido en el país en los últimos quince años (Congreso de la República de Colombia, 2013).

La Resolución No. 02358 de 1998 define la salud mental como la “Capacidad que tienen las personas y los grupos de éstas para interactuar entre sí y con el medio en el cual viven. Agrega que es un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas de carácter cognitivo, afectivas y relacionales, dirigidas al cumplimiento de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo desarrolla sus capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de contribuir a su comunidad.”

La Ley 1616 de 2013 establece en el artículo 6, los derechos de las personas en el ámbito de la salud mental, ajustándose al ordenamiento jurídico de la República de Colombia y a las disposiciones internacionales que obligan al Estado colombiano. Adicionalmente, dicha Ley asume en su objeto la garantía del ejercicio del derecho a la salud mental para la población colombiana.

En relación con lo anterior, el artículo 3 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) consagra como principios de implementación la autonomía y no discriminación. El artículo 12, de la misma contiene el derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, según el cual éstas gozan de este derecho en igualdad de condiciones que las demás personas.

PRINCIPIOS DE POLÍTICA EN SALUD MENTAL EN COLOMBIA:

Los principios para una política de salud mental recogen los principios del servicio público esencial de Seguridad Social y los del Sistema General de Seguridad Social en Salud, propuestos en la Ley 100 de 1993. En consecuencia, la política se regirá por los principios generales de Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Unidad, Equidad, Obligatoriedad, Protección Integral, Libre escogencia, Autonomía institucional, Descentralización administrativa, Participación social, Concertación y Calidad. Además, se sugieren como principios específicos para el abordaje de la salud mental, los siguientes:

- Continuidad: los servicios de salud mental deberán ser provistos con la regularidad y durante el tiempo que se requiera, en reconocimiento que la continuidad influye en la calidad y en la eficiencia de los servicios.

Integración funcional: dado el carácter interinstitucional e intersectorial de la salud mental, se promoverá el trabajo concertado y articulado entre todas las organizaciones del sector salud y aquellos sectores que ofrecen servicios conexos para el abordaje integral de la salud mental.

- Respeto por las diferencias: en el marco de la salud mental se promoverá y protegerá el respeto por las diferencias étnicas, culturales, sexuales, de género,

generacional, político y religioso. Por tanto, los servicios de salud mental se diseñarán de tal forma que sean aceptables para la comunidad que los recibe.

- Promoción y protección de los derechos humanos: el marco normativo en salud mental reconocerá la importancia de promocionar y proteger los derechos humanos de las personas con problemas mentales, buscando evitar el estigma y la discriminación.

- Participación de los pacientes, las familias y las comunidades: en el contexto de la política se promoverá que las personas con problemas mentales, sus familias y las comunidades sean involucradas en el manejo de dicho problema; reconociendo también, el papel crucial del cuidador en el manejo de la persona con trastorno mental y las necesidades de los cuidadores para que cumplan de manera adecuada su papel.

- En Colombia, una de las mayores dificultades para que los trastornos sean atendidos a fondo y que los tratamientos sean aplicados con rigurosidad y continuidad, radica en que la atención está puesta en la salud física, la cual también presenta problemas críticos a nivel local, municipal y nacional, que tiene que ver con la poca y falta de prevención y la imposibilidad de acceder a tratamientos y procedimientos costosos y complejos; considerando esto, la atención en salud mental es un área que no ha sido priorizada en temas de salud, como lo ha sido la atención a los trastornos corporales.

- En cuanto a lo anterior, el tema de salud mental ha cobrado importancia generándose una nueva mirada específica a este campo, proponiendo un conjunto de normas y planes desde el Estado para propiciar y garantizar la prevención y atención de la enfermedad mental y la promoción de la salud mental. Esto permite una ruta con mejores posibilidades de actuación para los profesionales de salud, y una mejor oportunidad para las comunidades.

Marco Contextual

Buenaventura está ubicada en la subregión de la cuenca del Pacífico, tiene una extensión de 607.800 hectáreas, de las cuales 605.639, corresponden al área rural 99,64% de su extensión total y apenas un 0,36% de su extensión corresponde al área urbana 2.160,9 hectáreas⁴.

Buenaventura recientemente nombrado Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Eco turístico) es considerado un punto geoestratégico para la economía nacional; también a través de los ríos que rodean al pacífico que contribuyen al mercado de las poblaciones aledañas al río, que sirve de sustento y es su fuente de ingreso.

Este Distrito se ubica como el puerto comercial más importante del país sobre el Pacífico colombiano, pues desde allí se maneja el 48% del mercado nacional, siendo uno de los puertos más productores del territorio.

Y con el 76% de la fauna y flora del país, este distrito se caracteriza por su población afrodescendiente en su mayoría, con prácticas culturales permeadas por sus culturas de origen africana, además de eso, sus tradiciones ancestrales como la pesca artesanal, el folclor, la comida, y las dinámicas culturales que, a pesar del tiempo y las transformaciones se conservan a través de generaciones.

La región se caracteriza por los abundantes ríos de la vertiente del Océano Pacífico y sus afluentes que representan el sistema arterial natural y cultural, que nutren la región en toda su extensión. Está conformada por las cuencas hidrográficas del río San Juan y de otras cuencas menores como las de Anchicayá, Bongo, Cajambre, Calima, Dagua, Guapi, Guapicito, La Sierpe, Mallorquín, Naya, Raposo, San Agustín, San Cipriano y Yurumangui:

⁴ Programa Nacional de Asistencia Técnica para el Fortalecimiento de las Políticas de Empleo, Emprendimiento y Generación de Ingresos en el ámbito Regional y Local. Bogotá, Noviembre de 2011.

“La construcción social del territorio que han realizado las comunidades afrocolombianas e indígenas, ha sido un proceso histórico que se ha venido consolidando durante varios años alrededor de las cuencas, definiendo diferentes formas de hábitats históricos⁵” de esta forma la permanencia en un lugar específico en este caso con intereses mineros permitieron que asentamientos humanos dieran nombre a lo que hoy conocemos como el río Yurumanguí.

A finales del siglo XVII en el Litoral centro-sur (hoy Valle y Cauca), existía algunas explotaciones mineras con africanos y afro descendientes esclavizados; en los primeros decenios del siglo siguiente se consolidaron en esa región varios centros de extracción aurífera⁶, en las cuencas de los ríos que hoy comprende la jurisdicción del Municipio de Buenaventura.

El río Yurumanguí se encuentra situado dentro de la cuenca del pacífico colombiano, se localiza a 4 horas del Distrito de Buenaventura; está conformado por 13 veredas dentro de su estructura, su población en su totalidad es afrodescendiente; para acceder al río Yurumanguí la única forma es vía marítima, las prácticas adoptadas por la población del río Yurumanguí son ancestrales de la población negra a nivel mundial, pues se hace uso de la minería ancestral, la siembra y recolección de alimentos, la pesca entre otras prácticas de las cuales la comunidad negra ha hecho uso desde sus inicios. En cuanto a la estratificación en el río Yurumanguí no se maneja, pues cada comunidad hace uso de diferentes prácticas de ingresos para su subsistencia, y sobrevivencia ya que estos gestionan los medios necesarios para sobrevivir dentro de las adversidades que se presentan dentro del contexto.

⁵ Programa Nacional de Asistencia Técnica para el Fortalecimiento de las Políticas de Empleo, Emprendimiento y Generación de Ingresos en el ámbito Regional y Local. Bogotá, Noviembre de 2011.

⁶ “Todo lo referente al oro.”

En el río Yurumangui se han presentado diferentes masacres dirigidas a la comunidad perpetuadas por diferentes actores. A raíz de esta situación personas o grupos familiares han tomado iniciativa de desplazarse a la ciudad en busca de su protección, esto ha permitido que hoy en día hallan en Buenaventura barrios emblemáticos de personas desentiendes del Río Yurumangui, entre ellos tenemos al Barrio Punta del Este, Santa Cruz, Inmaculada, Santa Fe, Juan Veintitrés, entre otros que han permitido que generaciones actuales y próximas sigan conservando el legado histórico de sus ancestros. Como fuente que refuta lo planteado anteriormente se encuentra la cartilla de reparación colectiva para las comunidades negras construida con el apoyo del proceso de comunidades.

A raíz de este hecho de la conservación del legado las dinámicas de trabajo, creencias culturales y prácticas ancestrales de las personas provenientes del río Yurumangui asentadas en diferentes barrios del distrito de Buenaventura no han tenido ningún tipo de cambios hasta el momento pues sus prácticas culturales se siguen conservando y practicando independientemente del contexto. En semana santa realizan en el barrio Punta del Este una práctica ancestral y religiosa llamada el Manacillo, el 16 de julio celebran la virgen del Carmen, el 18 de julio San Antonio y el 21 de Noviembre celebran San Pedro. Estas son algunas de las prácticas que siguen conservando la comunidad del río Yurumangui ubicada en el distrito de Buenaventura tratando de perdurar a través del tiempo y de las diferentes circunstancias un legado histórico que para ellos es la conservación de la vida. (Proceso de comunidades negras 2011)

MARCO DE REFERENCIA

Marco de referencia teórico- conceptual:

En este capítulo comprenderemos las definiciones teóricas que hacen parte de la formulación de esta investigación, pretendiendo dar validez a este estudio; se presentaran a continuación los conceptos fundamentales para la comprensión de este tema.

Representaciones sociales:

El abordaje de las representaciones sociales posibilita, por tanto, entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente (Abric, 1994). Por tanto se optara para nuestra investigación como postura epistemológica las Representaciones Sociales, pues estas definen la construcción de sentido que las personas dan a los significados y respuestas que se generan en el transcurrir de la vida; para ello se tomaran los postulados de Berger y Luckmann, quienes plantean la realidad como una cualidad propia de los fenómenos que consideramos independientes de nuestra propia volición (no podemos hacerlos desaparecer), y el conocimiento como la certidumbre de que los fenómenos son reales y de que poseen características específicas.

Las representaciones sociales son *la manera en que nosotros sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro*

*medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras el conocimiento “espontáneo”, ingenuo (...) que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural por oposición al pensamiento científico. Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es en muchos aspectos un **conocimiento socialmente elaborado y compartido**. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, etc. [el resaltado en el original] (Jodelet, 1984:473).*

Estas representaciones sirven como guía en las interacciones cotidianas, pues los individuos participan en esta cotidianidad a partir de las representaciones sociales que surgen en el contexto y que subyacen del sentido común, reconociendo e integrando elementos o prácticas, que se constituyen como verdades.

Berger y Luckmann (1991), mencionan aspectos que influyen en la concepción de la vida, como por ejemplo, el medio cultural en que viven las personas, el lugar que ocupan en la estructura social, y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario influyen en su forma de ser, su identidad social y la forma en que perciben la realidad social. Para estos autores, la construcción social de la realidad hace referencia a la tendencia fenomenológica de las personas a considerar los procesos subjetivos como realidades objetivas. Las personas aprehenden la vida cotidiana como una realidad

ordenada, es decir, las personas perciben la realidad como independiente de su propia aprehensión, apareciendo ante ellas objetivada y como algo que se les impone. El mundo de la vida cotidiana es aquel que se da por establecido como realidad. El sentido común que lo constituye se presenta como la “realidad por excelencia”, logrando de esta manera imponerse sobre la conciencia de las personas pues se les presenta como una realidad ordenada, objetivada y ontogenizada Berger y Luckmann (1991. Pág., 13).

Alteraciones del comportamiento:

En el estudio de las alteraciones del comportamiento la medicina también ha tratado de darle respuesta a la conducta desviada, teniendo desde su campo, y en las distintas disciplinas que hacen parte de esta, diferentes terminologías y/o conceptualizaciones a la hora de hablar de alteraciones del comportamiento.

El Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1952), con una definición que permite conocer una interpretación distinta que se tiene de las enfermedades psicológicas desde la medicina occidental.

DSM-IV (1952), un trastorno es un patrón comporta mental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea sus causas, es una manifestación individual de una disfunción comporta mental, psicológica Y biológica; esta manifestación es considerada síntoma cuando aparece asociada a un malestar. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes.

Las enfermedades o trastornos mentales afectan directamente la percepción de la realidad del individuo que padece una psicopatología, las disfunciones en los procesos

cognitivos pueden llegar a alterar la cotidianidad no solo del individuo que la padece, sino también de la familia y su contexto, en la medida en que estas disfunciones se reflejan en el comportamiento y se aparta en grado significativo de lo que socialmente consideramos “normal”, este tipo de conductas influyen en las dinámicas familiares cambiando la percepción que se tiene del ser, al pasar a un estado de deterioro de salud; pretendiendo dar un tratamiento significativo guiado por dogmatismos infundados y creencias supersticiosas que impulsan el tratamiento de la enfermedad, mediado por factores culturales que poseen las familias. (Gerald Davinson)

Cabe mencionar que las definiciones teóricas concernientes a las enfermedades psicológicas, son referidas para poder comprender como son vistas desde la medicina occidental, pero no como categoría que hace parte de la investigación. La investigación se apoya en el concepto de alteración del comportamiento plasmada por la familia y la comunidad de nuestros sujetos de estudio, pues estos ya tienen construida la conceptualización subjetiva de la representación de estos comportamientos.

Familia:

Como categoría fundamental de esta investigación se encuentra la familia como uno de los ejes donde se desarrolla toda la dinámica que envuelve al sujeto de estudio y por la cual por medio de sus prácticas cotidianas y culturales, va permite comprender lo propuesto por la investigación. La familia como ente regulador se encuentra cargada de simbolismos que la definen y constituyen el entramado de significaciones que se dan dentro de esta, y que se materializa en las sociedades expresadas por medio de las

conductas y acciones que se dirigen a otros en los diferentes contextos y que a partir de allí se consolida la identidad del ser humano.

Siguiendo el orden anterior, es de importancia considerar a la familia como una institución que rige su funcionamiento a partir de factores internos y externos que confluyen para su desarrollo sociocultural e ideológico. En cuanto a su definición marcada por diversas corrientes teóricas que basan sus concepciones según la época y teniendo en cuenta las transformaciones que ha tenido el concepto de familia; aun resguardando su estructura de formación y socializador de contextos externos (Musito y Cava, 2001; Lila, 1994), ya que el sistema familiar, proporciona a los hijos el espacio psicosocial en el que adquirir, experimentar y someter a prueba los elementos distintivos de la cultura, y las normas sociales que permiten su integración en la sociedad, y en ella se establece una interacción bidireccional, donde las acciones de unos, y las repercusiones que tuvieron éstas, influirán siempre en las acciones de los otros. (Musito y Cava 2001) coinciden citando a Iglesias y Flaquer que “la familia reviste gran importancia en la crianza y educación de los hijos, ya que se establece una red no visible de apoyo material y sobre todo afectivo de los adultos hacia los menores; la familia es el primer contexto socializador, no siendo el único, por medio del cual, sobre en todo en la primera infancia se alimenta el ser humano de elementos propios de la cultura que incluye valores, creencias, representaciones, modelos productos de la socialización e interacción con el ambiente natural”.

La familia y sus creencias, según Oliva y Villa (2014, Pág. 18), se constituyen en una unidad espiritual, cultural y socio-económica, dado que precisamente como grupo único, crea lazos que van más allá de lo físico y emocional, su sentido de pertenencia le permite a cada miembro sentirse parte del otro, compartir sueños y expectativas, así

como sufrimientos y dolor, las costumbres varían de una familia a otra haciendo a cada una pieza social única, que engrana en el tejido cultural de cada contexto.

Como unidad cultural, cada familia se integra como un constructo único, donde elementos como la educación, costumbres y orígenes, se conjugan dando lugar a elementos sociales únicos y diversos, por eso no hay familias idénticas. De acuerdo a esto, las creencias de las familias también varían según su contexto, pues es en este y en el interior de su núcleo familiar donde sus concepciones de realidad se refuerzan a medida que se tiene contacto con su entorno sociocultural.

Continuando con la categoría familia, tomada esta como la primera institución a la que pertenece el individuo, este autor plantea una definición que integra características que componen a las familias; así pues (Broderick 1993), plantea que la familia es un sistema social abierto, dinámico dirigido a metas y auto regulado. Además ciertas facetas tales como su estructuración única de género y generaciones la diferencian de otros sistemas sociales; más allá de esto, cada sistema individual familiar está configurado por sus propias facetas estructurales particulares (tamaño, complejidad, composición, estado vital), las características psicobiológicas de sus miembros individuales (edad, género, fertilidad, salud, temperamento, etc.) y su posición sociocultural e histórica hacen su entorno más amplio.

De acuerdo a lo anterior la familia es la que transmite a los hijos de forma consciente e inconsciente los valores y normas de su cultura, y quien siempre esta presta al cuidado de los hijos promoviendo su desarrollo y el cuidado de su salud, ya sea física, emocional o psíquica, guiada por la cosmovisión de su realidad y por dogmas que conforman su sistema de creencias.

Cultura:

La siguiente categoría se encuentra transversalizada en todos los aspectos de la investigación la cultura es transversal en todos los procesos políticos, sociales, económicos, ideológicos y simbólicos, que acoge al individuo desde su nacimiento, e influye en sus acciones que determinan las relaciones en la sociedad a partir de códigos sociales, siendo esta un elemento fundamental que interviene en la concepción de la realidad de todos los individuos.

La UNESCO (Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) define la cultura como el "conjunto de los rasgos distintivos, espirituales, materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o grupo social; engloba no solo las artes y las letras, sino también los modos de vida, los derechos fundamentales del ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias"; en otras palabras, la cultura es el ente referencial que nos permite vivir juntos, moldea nuestro pensamiento, nuestra imagen y nuestro comportamiento. La cultura comprende valores, percepciones, imágenes, formas de expresión y de comunicación, y muchos otros aspectos que definen la identidad de las personas.

Con relación al planteamiento anterior, la cultura es vista de manera general que engloba características particulares y que define el modo de vida de muchas poblaciones; esta pues tomada como ente referencial de los individuos que comparten un territorio es así como (BATES, 1980), define cultura como "el sistema de creencias, valores, costumbres, conductas y artefactos compartidos, que los miembros de una sociedad usan en interacción entre ellos mismos y con su mundo, y que son transmitidos de generación en generación a través del aprendizaje". Es así como la cultura da sentido

de realidad a las personas. Además Virginia Gutiérrez de Pineda, en su libro familia y cultura en Colombia, en el capítulo sobre las instituciones como la economía, la religión y la salud, señala que la cultura influye en el comportamiento del individuo frente a la salud, donde este factor favorece la proliferación de la enfermedad, su diagnóstico, prevención, promoción y por consiguiente su tratamiento.

La cultura es un concepto amplio que explica la relación de un individuo con otros de su misma comunidad y el mundo, por ende abarca modos de vida que regulan sus sistemas de creencias como marco referencial que permite dar significaciones y generar actos que propenda la estabilidad de la familia como sistema integrador y cuidador de sus miembros, también juega el papel de transmisor y reproductor de la herencia cultural; que al mismo tiempo funciona como ente regulador ante los comportamientos anómalos, es así como este entra a mediar en la significación y manejo de las alteraciones del comportamiento.

“La familia no es sólo el semillero donde se reproducen físicamente los miembros de la sociedad, sino también el caldo de cultivo donde proliferan los valores y se regenera el tejido social generación tras generación... Es en el seno de la institución familiar donde se asimilan tanto los valores privados como públicos, los religiosos, los relacionados con el género, los valores de clase y los cívicos y políticos...Matriz generativa de las estructuras profundas de la personalidad y de los patrones de interacción social, la familia transmite tanto unos determinados valores como su ausencia, que se cifra en normas” (Iglesias de Usel, 1994: 543). De esta forma se convierte en el entorno propicio para la construcción de un sistema de valores que regulan las conductas humanas en determinada población.

ESTRATEGIA METODOLOGICA

En este apartado se hace referencia al enfoque cualitativo, el cual orientó el proceso de investigación, junto con otras consideraciones metodológicas. Este enfoque fue pertinente al tema de estudio, pues se pretendió indagar aspectos relacionados con las percepciones y subjetividades de los actores, teniendo en cuenta el contexto que les rodea, validando su opinión, experiencias y los significados que le atribuyen a las alteraciones del comportamiento. Los significados adjudicados fueron necesarios para el desarrollo y el resultado de la investigación, la cual conto con métodos y técnicas cualitativas, que permitieron rescatar relatos y prácticas empíricas de creencias que influyen en las apreciaciones de la vida.

Las características del enfoque cualitativo facilitan la comprensión de fenómenos sociales, este se precisa como inductivo y busca entender la complejidad de la realidad, de manera que interprete la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa (Taylor y Bogdan, 1984). Para este tipo de estudios, el enfoque cualitativo permite explorar la experiencia y la visión del mundo que construyen las personas; pues se enfoca en darle relevancia a la voz de los actores, así como evidenciar factores que infieren en sus concepciones culturales.

La investigación se llevó a cabo desde el paradigma interpretativo, el cual se centra en el estudio de los significados de la acciones de la vida social (Barrantes, 2001). En este sentido, el estudio se basó en la indagación de los discursos y marcos de referencia de las y los sujetos de estudio. Este paradigma se centra en el significado que las personas dan a sus vivencias por lo tanto requirió reconocer los sucesos más relevantes, buscando interpretar esa construcción de sentido más allá de lo evidente, concibiendo la realidad como dinámica, multicausal, cambiante y construida.

Dichos conceptos se estudian desde las vivencias de los individuos dando paso a las diferentes características y significados que se rescataron de las descripciones y lecturas de los actores de su realidad específica; sobre la base de las consideraciones anteriores buscamos comprender la realidad de familias del río Yurumangui que se encuentran en el casco urbano de Buenaventura que desde su interpretación de realidad nos dieron otra mirada a todo lo que compone el entramado de relaciones sociales que le dan sentido a las acciones a los habitantes de esta zona ribereña.

Para llevar a cabo el proceso de recolección de información las técnicas que se establecieron como medios para alcanzar los objetivos planteados, abarcaron principalmente la observación la cual en palabras de Bonilla, E y Rodríguez P (1997, p. 118) “observar, con sentido de indagación científica, implica focalizar la atención de manera intencional, sobre algunos segmentos de la realidad que se estudia, tratando de capturar sus elementos constitutivos y la manera cómo interactúan entre sí, con el fin de reconstruir inductivamente la dinámica de la situación”⁷, y la observación participante que es aquella que recoge datos de naturaleza especialmente descriptiva, participando en la vida cotidiana del grupo, de la organización, de la persona que se desea estudiar⁸. Para conocer más a fondo las concepciones de las familias que hicieron parte de este estudio, se realizaron entrevistas semi-estructuradas que brindan una interacción limitada y especializada, conducida con un fin específico y centrada sobre un tema particular Jean Pierre Deslauriers, (2004, p.33); estas ofrecieron contenido suficiente para iniciar un análisis que claramente está solventado en la documentación que tuvo lugar antes durante y después de la recolección de información.

⁷ Bonilla – Castro, Elsy. Rodríguez Sehk, Penélope. Más allá de los métodos. La investigación en ciencias sociales. Editorial Norma. Colombia. 1997, p. 118

⁸ Investigación Cualitativa Guía Práctica Jean Pierre Deslauriers, (2004).

Este estudio se desarrolló en un tiempo determinado que se definió por la disponibilidad de los informantes, pues se indaga el fenómeno en un determinado tiempo, por lo tanto esta investigación se caracterizó por ser sincrónica, (Hernández, Fernández y Baptista 2003); definen que este tipo de investigaciones, son aquellas que estudian fenómenos que se dan en un período corto; pues se abordaron fenómenos que tienen continuidad, pero que fueron estudiados en un periodo de tiempo.

La elección de los sujetos que hicieron parte de este estudio se realizaron por medio de criterios a conveniencia, en nuestro caso familias provenientes del río Yurumangui, donde alguno de sus integrantes presenta alteraciones del comportamiento, vinculadas con posibles alteraciones del estado mental, estos seleccionados acorde al objetivo central de esta investigación, pues con relación a esto Spradley (1979, P. 46-54), menciona que, el informante hace parte de la colectividad que lo ha socializado, la conoce, participa, si bien él no lo piensa así. El buen informante será espontáneo, libre su cultura tal cual, sin tomar distancia con su medio. Apoyadas en lo anterior tomamos

3 familias del Río de Yurumangui que actualmente se encuentran asentadas en el distrito de Buenaventura donde uno de sus miembros presenta alteraciones del comportamiento, posiblemente vinculadas con alteraciones o trastornos mentales, pues estas cumplen con esta característica que es categoría de análisis en nuestra investigación; con base a anterior, también se presenta una descripción del manejo que se le da, desde las concepciones culturales a este tipo de comportamientos; mencionando personas importantes desde la práctica cultural de dichas conductas.

Caracterización de los participantes de la investigación:

Cuadro No.1

Familia	No. de hijos	Edad	Etnia	Parentesco	Ocupación	Nivel educativo	Estado civil
Jaime Ríos Petra Valle	(4), tres varones, una mujer	65	Afro	Cónyuge	Maderero pesquero	Primaria	U.L
		57	Afro	esposa	Ama de casa	Primaria	U.L
Mara virtud Ríos		49	afro	Sobrina	Ama de casa	Primaria incompleta	soltera
Marcela Ríos			afro	Tía			soltera
Rosa Bantú		74 años	afro	Curandera	Medica tradicional y partera	3ero de primario	casada

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas. Los nombres de los participantes antes mencionados, fueron cambiados con el fin de proteger su identidad.

Consideraciones Éticas

La presente preocupación por los componentes éticos de los investigadores sociales, tiene un papel importante en la actualidad, en la medida que sugiere incorporar elementos relevantes para los procesos de investigación que se están llevando a cabo, lo cual permita aplicar herramientas coherentes con el proceso de formación académica y social que nos compete como futuros profesionales. En esta medida lo que se pretende abordar es la importancia que tiene el consentimiento informado dentro de la investigación, en relación con los sujetos de estudios, toda investigación social debe contar con el componente informativo a las personas participantes como a la población en general, pues las implicaciones que sugiere el componente no solo abarca al sujeto si no también su entorno.

Desde ahí es importante replantear los apartados éticos del respeto hacia las personas, la beneficencia y la justicia los cuales debe contener una investigación social. El primero plantea la falta de adecuado consentimiento informado, donde se expresa que toda persona sujeto de estudio, debe saber el objetivo de la investigación y el papel que tiene en la misma, lo cual le dará validez a la investigación ya que la persona es consciente de su participación y de la información que esta brindado. Dentro del componente del respecto a las personas, también incluye los beneficios y riesgos que puede obtener la persona o su contexto en la investigación, es importante mencionar que el respecto debe ir orientado a la capacidad de participación que tenga el sujeto de estudio dentro de la investigación, puesto que si es una persona que no tiene la capacidad de decidir por sí sola, la familia es quien decide.

En relación a la beneficencia en la investigación, se relaciona con los beneficios económicos, mejoras de salud, apoyo a problemas personales, psicológicos o sociales,

complemento de ingresos entre otros aspectos que mejoren el bienestar de los individuos y la sociedad facilitando la obtención de metas o estados valorados, constituye un beneficio. El beneficio está orientado también hacia tratar de no causar los menores daños posibles al sujeto o su entorno.

En cuanto a la justicia este es un principio que demanda una justa distribución de los costos y beneficios entre los grupos, en razón de diferencias culturales, sociales, sexuales y étnicas. Además, requiere la inclusión de diversos grupos poblacionales para que puedan beneficiarse de los hallazgos de la investigación, a partir de su selección como sujetos de investigación beneficios inmediatos, si lo que evalúa si la investigación se justifica a la luz de los resultados a largo plazo y sus implicaciones.

Al haberse planteado cuales son los componentes éticos que deben contener una investigación social, entraremos a retomar que toda investigación tiene riesgo, daños y beneficios, que no se pueden dejar de lado dentro de un proceso investigativo, pues la personas quienes nos brindas su disposición e información referente a nuestro interés, son importante y valiosos en nuestros procesos, ya que son quienes nos suministran la información referentes a su vida, sus afectaciones, culpabilidades o incluso secretos de sus vidas personales. He aquí la capacidad intelectual y ética de los investigadores de realizar procesos a sus alcances para tratar de mitigar los daños causados o ya encontrados en las investigaciones, donde no se violente ni se vulnere los derechos humanos de las personas.

Teniendo en cuenta la importancia de los sujetos de estudio en las investigaciones sociales, y siendo la nuestra una investigación pionera dentro de este contexto, en el estudio de las creencias culturales con relación a las alteraciones del comportamiento en el rio Yurumangui de Buenaventura, a partir del acompañamiento de las familias en este

estudio se garantiza su dignidad como sujetos de derechos en la reserva de sus datos, por tanto se exentaran sus verdaderos nombres y apellidos, por medio del consentimiento informado, el cual abarca también la retroalimentación de los resultados obtenidos en el análisis e interpretación de la información suministrada por los participantes.

Para el cumplimiento de lo prometido, en cuanto a los resultados de nuestra investigación, se donara una copia de este estudio al PROCESO DE COMUNIDADES NEGRAS, con el fin de que se tome como evidencia, para la implementación de estrategias que vayan de la mano a las creencias y prácticas que se desarrollan en estos contextos donde la cultura es un referente fundamental en las decisiones y acciones de las comunidades.

También se compartirá los resultados con las personas que se predispusieron para ejecutar estas indagaciones, que tuvieron lugar a espacios muy privados de sus vidas, pero que contribuyeron a la realización de esta investigación, por ende se comunicara a través de socializaciones individuales a los participantes de esta investigación.

Capítulo II

Conocer desde la narrativa de los familiares la concepción de las alteraciones del comportamiento, vinculadas con posibles alteraciones del estado mental.

Las familias a través de procesos históricos - generacionales, se encuentran cargadas de, creencias, historias, relatos y vivencias que son transmitidas y subvaloradas por quienes hoy tienen un conocimiento general de los hechos y acontecimientos que se desarrollan en su espacio social, y que ganan con el tiempo cierto tipo de estatus social, que le son correspondidos por sus saberes ancestrales; estos saberes se categorizan a medida que la vida transcurre y los obliga a conocer y tratar, conductas que tienen explicación desde las ciencias de la salud, y también desde la medicina popular, de este último, podríamos decir que ha existido en todas las sociedades desde sus orígenes, transfiriendo legados que no han perdido reconocimiento a través del tiempo en nuestras comunidades y en el mundo.

En este capítulo se expondrán las narrativas de tres familias procedentes del río Yurumangui que han vivido y evidenciado los comportamientos de su familiar y por ello poseen la información coherente con nuestro propósito, pues sus vivencias como personas encargadas de lidiar con las alteraciones, indican que ejerce un rol importante tanto en la vida de quien padece estos comportamientos como en nuestra investigación.

En el mundo occidental las concepciones de las alteraciones del comportamiento se asocian con la conducta desviada que se sale de las normas establecidas de una sociedad, en otras palabras es aquella persona que se comporta de manera extraña o “diferente” al comportamiento que la sociedad asume como normal, pues en su proceso de construcción de la realidad, estereotipa conductas que se encuentran dentro y

fuera de la norma. En el río Yurumanguí las alteraciones del comportamiento son interpretadas de forma distinta, pues para ellos estas, están ligadas a aspectos aislados del individuo, ya que las causas de la alteración, son motivos de alguna acción o comportamiento que adopta el individuo hacia otra persona, y como forma de castigo hacia ese comportamiento, se le genera la “locura”; en otras palabras la alteración del comportamiento no radica en una condición que aleje a la persona o aparte de las responsabilidades y de su entorno social.

(...) Mi padre sufrió de una enfermedad que nosotros decimos allá de costumbre decimos loco, loquera o trastorno mentales, bueno él siempre más que todo cuando su problema de la luna que decimos luna nueva, cuando entraba la luna ahí era que más se trastornaba nosotros le controlábamos eso con pastas, que lo hacían dormir. Lo que yo recuerdo que eso había sido algo que amorosamente una mujer le había hecho algo para que él se quedara con ella, él no la quería, como la mujer quería que él se quedara con ella entonces por eso le hizo eso, esa maldad prácticamente porque es una maldad, a él eso se lo hicieron en el choco, él es de Yurumanguí él se había ido a vivir al choco y haya fue que nos fuimos y lo recuperamos en esa forma. Ya cuando lo recuperamos el hombre ya estaba de esa forma. Lo relacionábamos con la luna porque los ancestros dicen que cuando la luna esta floja, como decimos nosotros luna nueva entonces así pasa también en las matas, entonces de pronto no sé si ha oído que hay que sembrar en luna o en menguante porque en la siembra también influye eso, entonces el problema de la luna repercute con la mente. (Entrevista a Fino Val, hijo del río Yurumanguí septiembre 1 de 2016).

Se observa cuatro aspectos en la manera de concebir la enfermedad mental por parte del entrevistado. En su orden dichos aspectos son: 1. Está asociado en relacionar la

enfermedad mental con situaciones de causa instrumental en la cual una persona valiéndose de elementos físicos y o espirituales produce en la ‘‘víctima’’ conductas asociadas a los intereses del victimario, a raíz de esto la víctima desarrolla una reacción inesperada, entendida esta en la cotidianidad de la comunidad que lo rodea como ‘‘loquera o locura’’.

2. Está la situación asociada a fases lunares, no solo como el posible origen de la enfermedad sino también en el desarrollo de la misma, las fases de la luna tradicionalmente se han relacionado con la locura humana, y abundan los mitos relacionados con la influencia de la luna llena sobre el comportamiento, psicología y funcionamiento biológico humano. La palabra "lunático" significa demente, y se deriva de la raíz latina "luna"(Navarrete, Cabañas, López, Robles, Gonzales S.F, pág. 5), también las creencias socioculturales sobre el efecto al que se encuentran expuestas las personas cuando hay luna llena (incremento de accidentes, partos prematuros, depresión). Según los mitos, la luna llena produce efectos en el comportamiento de las personas - unas se vuelvan un tanto locas y otras se transforman en hombres lobos. Y aunque parezca loco decirlo, nuevos estudios indican que la luna llena también produce un efecto sobre la salud de las personas (Navarrete et al., S.F, pág. 6); y aunque aún no se valide la relación de la luna con los ciclos humanos biológicos y fisiológicos, estos acontecimientos ganan importancia en algunos contextos.

3. Encontramos que el ambiente social motiva voluntades sentimentales que no son correspondidos, según la percepción de nuestro entrevistado la persona rechazada busca elementos asociados a su práctica cultural para generar el ambiente de correspondencia; es decir, busca los medios a través de sus prácticas culturales para lograr en el otro, interés hacia ella, en este caso por medio de encantamientos o hechizos; hasta aquí se

conjugan aspectos donde los resultados podrían ser correspondencia del sentimiento deseado o algún tipo de alteración o trastorno como reacción inesperada.

4. Manifestado en la entrevista a don Fino es que expresa que una reacción distinta que puede tener una persona quien es víctima de una voluntad sentimental enviada por otra persona es la maldad manifestada esta como la alteración de la armonía mental en relación a lo social. Entendida de otra forma la persona quien recibe la maldad amorosa puede tener dos reacciones, una corresponder a los sentimientos de quien lo desea, o por lo contrario puede presentar alteración del comportamiento como segunda reacción.

En este mismo orden de ideas, presentamos la percepción que tiene la familia de Marcela Ríos de 75 años de edad², descendiente del río Yurumangui la cual según sus familiares padece de alteración del comportamiento, esta convive con su sobrina Mara Virtud Ríos, la cual tiene tres hijos varones, una mujer y tres nietos; Doña Mara es quien se ha hecho cargo de la situación de su tía desde el inicio, ya que su madre (hermana de doña Marcela) fallece al inicio de la enfermedad y era quien se encargaba de ella, por lo cual le toco asumir la responsabilidad de Marcela a Mara. Hace 3 años Mara se mudó al Distrito de Buenaventura en busca de mejores condiciones económicas para su familia, lo cual implico traerse a su tía con ella, la familia reside en el barrio Punta del Éste de la comuna 2 del puerto de Buenaventura, los ingresos económicos de la familia se generan por medio de los hijos de Mara, ya que esta se encuentra discapacitada y la situación de Marcela no le permite trabajar; los niveles de escolaridad son bajos doña Mara realizo la primaria incompleta, doña Marcela no ingreso a la educación escolar, de los hijos varones solamente el mayor tiene acceso a la educación secundaria, la hija mujer no ha realizado ningún nivel de educación escolar.

Mara nos narra una historia acerca de lo que ella conoce de la alteración del comportamiento de su tía Marcela, es importante mencionar que esta narración está cargada de aspectos culturales que caracterizan a la familia y su entorno, Clifford Geertz plantea que “la cultura es el modo de vida de los grupos sociales, de ahí se desprende el modo de convivirla y concebirla” es a partir de este concepto que podremos entender porque la familia adopta y concibe la enfermedad de determinada manera.

(...) La enfermedad de mi tía le empezó a los 49 años, marcela empezó a ver y oír cosas, ella decía que la perseguían, que la querían matar, muchas veces estaba sentada tranquila y empezaba hablar sola y decían que le querían hacer algo, muchas veces se iba para el monte y no regresaba, la salían a buscar y estaba sentada en algún árbol o escondida, también cuando decían que le hablaban rajaba la ropa y se metía pedazos de trapo al oído y a la boca para no escuchar lo que le decían. Empezó a tener desconfianza, en la casa no le comía a nadie, se le daba la comida la botaba o la dejaba ahí; ella nunca ha sido agresiva por eso las personas en el rio la dejaban que cargara a los niños o hiciera oficio en sus casas, era una mujer que a pesar de que estaba “loca” se bañaba todos los días y lavaba su ropa, no le gustaba la suciedad, siempre hablaba sola, decía que los peces y otros animales le hablaban por eso le gustaba mantener en el rio sentada. Al principio se creyó que era algún espíritu que ella miro y por eso la puso de esa manera, otras personas decían que era la muerte de sus hijos que la habían enloquecido, al traerla a la ciudad se llevó al médico a ver si la loquera era por otra causa y nada solo le mandaban medicamentos que le calmaran la presión, o algún dolor pero seguía igual. Algunos hierbateros decían que eran espíritus malignos que la perturbaban otros decían que era fuego en la cabeza, en fin muchas cosas pero ninguno la mejoro. Antes era una persona normal tenía su esposo, estuvo

embarazada dos veces pero los niños uno nació muerto y el otro murió a los días de nacido, trabajaba la siembra, minería, hacia los trabajos que toda mujer hace en el campo los de su casa y los del trabajo, cuando se empezó a enloquecer se fue de la casa, el esposo la dejó, ya no iba al monte solo se la pasaba en el pueblo caminando y hablando sola; dejó de comer y de hacer muchas cosas. La llevábamos a hierbateros, brujos, curanderos, al médico para ver que se lograba hacer, se le han hecho baños, oraciones, se le da medicamentos muchas cosas que se han hecho a ver si compone. Hemos recurrido a un señor Merejildo, doña Esmeralda, doña Dalia muchos curanderos e hierbateros a ver si nos pueden ayudar con el problema de ella, eso se hizo al inicio pero hace rato se dejó de hacer porque cobran mucho y no hay el dinero, se le ha llevado al médico por medio del sisben pero solo le mandan medicamentos, pero nada para la loquera, uno la lleva porque ya no se sabe qué hacer. Al inicio de la enfermedad que se le llevo donde el curandero el logro tenerla bien un tiempo más o menos unos 2 meses pero a partir de ahí ningún remedio ni incluso el médico han logrado mejorarla solo se le calma el dolor que tiene pero sigue estando loca.

(Entrevista a Mara Virtud Ríos, oriunda del rio Yurumanguí 15 de mayo 2016).

La anterior información permitió evidenciar elementos importantes acerca de las representaciones sociales donde se encuentran inmersa estas familias, pues aquí se condensa un cumulo de información que le permitirá al lector analizar el modo de interpretación de vida que llevan estas personas oriundas del Rio Yurumanguí en relación a su cultura y su contexto.

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

Desde esa perspectiva podemos comprender varios aspectos de la enfermedad de Marcela, narrada por su sobrina Mara quien tiene y ha adoptado ciertas maneras de tratar la situación, pues es la única comprensión que ha construido de la vida y las necesidades que se derivan de esta. Entre los aspectos se encuentran la concepción que se tiene de la enfermedad, pues para sus familiares no se trata de una situación ajena a lo relacionado con las alteraciones del comportamiento en su contexto. Como Mara lo explica el enfermo no es aislado de su cotidianidad social a la cual pertenece, por el contrario es acogido de diferentes formas en busca de mejorar la situación en la que se encuentra, este aspecto se evidencia en el momento en que Marcela es tratada por la comunidad y sus familiares como una persona “normal” entendida esta como aquella que tiene comportamientos diferentes, pero se entiende que padece de una enfermedad producida por alguien y necesita el apoyo afectivo y métodos de curación para mejorarse.

Todo acto del ser humano necesita de fundamentos, es imposible tener creencias sin justificarlas, cada papel que desempeñamos en nuestro diario vivir nos reafirma esta teoría, este acto es propio de la naturaleza humana. Es decir, se da tanto en lo social como en lo científico y lo religioso. (Goffman 1959) Pero como tal, necesita una constante afirmación de las creencias, es necesario hacer que cada sujeto se sienta identificado con lo que es, de esta manera recurrimos a la representación o al “hacer presente lo ausente” (Durkheim 1912. Pág. 88). Tomando como referente el planteamiento de este autor, la familia y la comunidad adoptan comportamientos que están justificados por las creencias culturales de su entorno, pues ellos han normalizado y naturalizado el origen de la enfermedad de Marcela.

Las alternativas que utilizan como los curanderos, las hierbas, las oraciones, entre otras prácticas están justificadas por su entorno y el entramado cultural que identifica a una comunidad que desde su historicidad han venido tratando las alteraciones del comportamiento como una práctica asociada a la espiritualidad o seres sobrenaturales que generan un impacto negativo en las personas, y su tratamiento o forma de tratarlo es relacionada con las hierbas, las oraciones de todo un legado cultural que envuelve significados y cosmovisión de una comunidad que resguarda sus prácticas a través de generaciones.

Como último análisis referente a la concepción de la alteración del comportamiento según los habitantes del río Yurumangui, tomaremos a Petra Valle de 56 años de edad oriunda del río Yurumangui madre de tres hijos varones y una mujer, convive en unión libre con su pareja Jaime Ríos, quien trabaja en oficios como la pesca, la madera, la minería y la siembra de lo cual depende el sustento de su familia, sus 3 hijos varones no conviven en el hogar ya son independientes, solo tienen al cuidado a su hija mujer.

Los niveles de escolaridad de esta familia son bajos, pues sus padres no se escolarizaron en ningún nivel de educación, al igual que sus hijos varones y en cuanto a la hija mujer cursó hasta 5 de primaria y se retiró. La familia reside en el barrio Punta del Éste de la comuna 2 de Buenaventura, donde también se encuentran otras personas que se han desplazado del río y asentado en esta comunidad, a fin al entorno primario de estas personas; continuando con la familia de Petra esta se desplazó del río hace año y medio en busca de una mejor situación económica y alternativas diferentes a la situación de Petra Valle.

En la actualidad Jaime Ríos, es quien se hace cargo de la enfermedad de su esposa, pues la hija no asume la responsabilidad y los cuidados de su madre como se debe, en relación a la concepción de las alteraciones del comportamiento don Jaime nos narra una historia compuesta por su experiencia desde los comportamientos de su esposa.

(...) Petra a la edad de 53 años empezó a comportarse así de la noche a la mañana, todavía no se sabe que pudo ser lo que ocasiono que se portara de esa manera, se empezó a ir al monte todo el día, se le iba a buscar y estaba sentada en algún árbol hablando sola, en las noches intentaba matarme con alguna arma, muchas veces lo intento hacer con un machete, otro día con un cuchillo, empieza a hablar sola y cuando menos piensa le está tirando a las personas, siempre que se desaparece de la casa anda con un arma así que las personas se detienen al ir a buscar o ayudarla porque le puede hacer daño a alguien. Las crisis le dan de repente agrede a las personas y luego actúa como si no pasara nada; ella reconoce a sus hijos pero a varias personas del pueblo no, se le debe dar alguna pasta para calmarla, siempre dice que le duele el pecho y que no puede respirar, (...) Antes era una persona normal, trabajaba la siembra, minería, hacia los trabajos que toda mujer hace en el campo, cuando empezó a comportarse así dejo de hacer el trabajo del campo porque no se le dejaba coger armas porque es peligrosa; mantenía pendiente de sus hijos y del estudio de ellos pero ahora no puede porque sus problemas no la dejan, se han pagado para trasportarla de un lugar a otro en busca de curación para la enfermedad, hemos hecho algunos remedios que recomendaban, la llevábamos a hierbateros, brujos, curanderos, al médico para ver que se lograba hacer, se le han hecho baños, oraciones, se le da medicamentos muchas cosas que se han hecho, también se ha llevado al médico por medio del SISBEN solo le mandan medicamentos pero nada para la loquera uno la lleva porque ya no se sabe qué hacer, cuando se le ha llevado donde los hierbateros le hacen remedios que lo ponen bien por un tiempo, pero luego continua en lo mismo,

cuando se le lleva al médico le calman el dolor pero solo es que le pase el efecto de los medicamentos y vuelve a lo mismo. Cuando estábamos en el río ella mantenía en crisis más constante, porque allá se iba de la casa para el monte y cuando llegaba estaba mucho más alterada, no tener a la mano los medicamentos que la calman hace más dura la situación. En la ciudad la podemos controlar con pastas que le manda el médico y que por medio del SISBEN se las dan gratis, ahora que estamos en la ciudad la podemos llevar con más facilidad al médico, (...) la familia considera que es necesario hacerle un examen de la cabeza a ver qué es lo que pasa, porque los hierbateros dicen que es fuego en la cabeza le hacen remedio pero no logran ponerla bien después de un tiempo vuelve a sus comportamientos, no sabemos que puede ser en realidad porque no le hemos hecho una ‘vistas’⁹ para saber que puede hacer.

De acuerdo a lo narrado por el esposo de nuestro sujeto de investigación, se deben tener presente varios aspectos importantes en la medida en que la familia adopta y maneja la enfermedad de Petra, esto significa que los cambios que ha implicado trasladarse del campo a la ciudad, no solo han generado transformaciones en aspectos económicos, esto también se evidencia en el avance y agudización de la enfermedad. Es así como (Williams. 1973, Pag.77), plantea que el campo y la ciudad son realidades históricas variables, tanto en sí mismas como en las relaciones que mantienen entre sí, en nuestro mundo representan dos tipos de asentamientos humanos distintos.

Es así como la familia de Petra consideran que la ciudad, concebida como espacio que no les pertenece y en el cual no manejan de manera total las redes de sentido y solidaridades que esta propone, se convierte en un aspecto negativo que repercute en la de manera negativa en la enfermedad de su familiar. Dicha situación altera la

⁹ Proceso de adivinanza o Verdad que se ve; por medio de una persona que posee el "Don".

composición familiar y las condiciones de la enfermedad de su esposa, pues para él la única forma de remediar la situación de su esposa es por medio de prácticas culturales, pero las condiciones socio-económicas por las que está atravesando actualmente el campo no les brinda las condiciones económicas para financiarlos.

Es ahí donde la ciudad se convierte en una alternativa, debido a las potencialidades que en materia económica y laboral ofrece, esto no redundaría en la mejoría para la enfermedad, sino para la situación económica de la familia; desde esta perspectiva, como lo plantea el autor la ciudad se convierte en una realidad diferente para la familia pues, no solo no les forja las condiciones adversas reflejadas en las continuas alteraciones, sino que genera otro tipo de preocupaciones en la dinámica de la familia.

En relación a la percepción, la familia conserva legados históricos que han permanecido en relación a como concebir y tratar las alteraciones del comportamiento y al sujeto que las padece, pues la persona no es aislada de su entorno, por el contrario a este se le vincula a la dinámica familiar y comunitaria de una forma distinta, que no supone exclusiones, ni tratamientos diferenciados gestados por su condición de alteración, considerándola una persona autónoma en relación a las decisiones que tome y debe asumir. En el caso de Petra ésta ha considerado dedicarse al ámbito del hogar, ya que su actual situación no le permite ejercer labores del campo, sin embargo la comunidad que la rodea no la aísla de los espacios comunitarios por su condición.

Caso	Origen	Manifestaciones	Tratamientos
Petra Valle	Según las fuentes familiares, Petra inicio yéndose al monte todo el día, cuando se le iba a buscar, estaba sentada en un árbol hablando sola. Ha sido una mujer de poco hablar, es por eso, que sus familiares, notaron sus cambios al ver que esta hablaba cosas extrañas, además de comportamientos agresivos.	▪ Agresividad con familiares y amigos. ▪ Abandono de actividades domesticas. ▪ Abandono de actividades para generar recursos económicos.	Se le han realizado tratamientos por medio de la medicina occidental, recetándole pastas para controlar su presión alta. También se le han practicado remedios que son practicados por personas que se especializan en tratamientos a base de plantas y bebedizos para tratarle el '' fuego en la cabeza''.
Marcela Ríos	A raíz de un problema en su pueblo Yurumangui con un miembro de la comunidad que termino haciéndole un disparo al aire a Marcela, desde estos acontecimientos; Marcela inicio a ver y escuchar cosas. También miembros de su familia mencionan que quizás su comportamiento se desliga, de la pérdida de sus hijos al nacer.	▪ Se ocultaba en el monte, porque sentía que la iban a matar. ▪ Rajaba su ropa, y se la introducía a sus oídos para no escuchar voces que le hablan. ▪ Desconfianza en las personas cercanas. ▪ Descuido personal. ▪ Vaga por las calles hablando sola.	En un primer momento en su pueblo natal, se acudió al curandero para realizarle unos baños y oraciones para controlar los comportamientos desviados. Se acudió a la medicina occidental por medio del carnet de salud Emssanar, para que la trataran, sin embargo se le recetaron pastas para la presión y los nervios; pero no se han notado los cambios en los comportamientos.
Fino Val	Según lo narrado por el familiar Fino Val, la situación surge por una relación amorosa, una mujer del Choco quería estar con él, pero a él no le interesaba, esta mujer le hizo brujería por medio del alcohol. Relacionábamos la enfermedad de mi papa, con la luna porque nuestros viejos decían que cuando la luna esta floja afecta la mente a quien la tenga débil.	▪ Agresividad con desconocidos. ▪ Delirio constante. ▪ Destruía todo lo que estuviera a su alcance. ▪ No recibía los remedios y trataba de morder a las personas. ▪ Solo reconocía a uno de sus hijos al resto no.	Al inicio se le daba unas pastas que recomendó un señor del pueblo que lo calmaban y lo hacían dormir, siempre hubo acompañamiento de oraciones, hierbas y baños que tradicionalmente se han practicado en el río. De igual forma se acudió al médico por situaciones ajenas a la locura, como lo consideraba su familia y la comunidad. En la ciudad siempre se recurría a calmantes ya que no había quien le practicara algún baño para tranquilizarlo.

CAPITULO III

Describir el tratamiento que la familia adopta con la persona que presenta estas posibles alteraciones mentales.

Desde la aparición de las enfermedades mentales, estas eran consideradas como locura, fueron atribuidas a seres sobrenaturales y demonios que se apoderaban de las personas y las conducían a comportarse de manera extraña, fuera de lo “normal”, esto implicaba que fueran tratados y adoctrinados de una forma inhumana, que atentaba contra la vida y la integridad de las personas con dicha condición. En la historia de estas alteraciones o trastornos del comportamiento, la iglesia cumplía un papel fundamental y contundente pues se consideraba que tenía los conocimientos suficientes y verídicos para tratar estas enfermedades, haciendo uso de prácticas torturadoras que afectaban y violentaban a las personas con esta condición, se podría decir que el fervor religioso de aquella época fue la causante de muchas muertes por tratamientos y experimentos que conllevaban al detrimento de la salud¹⁰; pues su doctrina era, y aun es considerada como una verdad basada en Dios. En el siglo XXI la forma de concebir y tratar este tipo de alteraciones del comportamiento tienen lugar a nuevas perspectivas desde, conceptuales, categóricas, clasificatorias, que se constituyen a partir de los avances y evolución del manejo de estos comportamientos en las disciplinas que se encargan de su estudio y en las comunidades que hacen uso de sus prácticas para tratarlos; y por último, perspectivas medicinales, esta última en relación al tratamiento que hoy se brinda desde los contextos compuestos por diversidades culturales que pueden variar y tener mucha relación según nuestras ubicaciones geográfica; a partir de la información suministrada

¹⁰ Documental, Del discovery health. [blairwitch2099]. (2011, 09 17). Historia de la psiquiatría parte 1 [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=QTuYijWBSqY>

por nuestros sujetos de estudios, quienes están conformados por las familias de quienes padecen alteraciones del comportamiento y las redes de parentesco que se tejen en la comunidad, los cuales nos permitieron a través de este acercamiento a sus espacios de vida, que se componen por experiencias espirituales y dogmáticas que vienen siendo construidas a través de la historia de las comunidades negras del pacífico. A continuación una muestra de la herencia cultural que hace parte de nuestra investigación.

En los campos no teníamos médicos, simplemente uno era tratado con plantas

(...)

Los individuos desde sus inicios como especie biológica, afrontan el cuidado de sí mismo y del grupo en común, tratando que propenda el bienestar de quien padece una enfermedad, para esto, su experiencia de vida social y cultural se transforma a medida que aparecen fenómenos sociales y culturales que se manifiestan de distintas formas y a partir de estos, realizar una intervención ligada a sus prácticas culturales. En las zonas rurales a diferencia de los contextos urbanos, la atención en salud en primera medida se identifica por medio del curandero/a del pueblo, el cual posee un conocimiento empírico que le atribuye importancia en su contexto. Así mismo la importancia que hasta hoy tienen y tendrán las plantas que son el complemento al proceso de curación de enfermedades o dolores que atañen en la comunidad. De acuerdo a este anterior planteamiento, Truissi (2002) afirma que “No podemos pretender que los cuidados de una cultura sean válidos para todas las demás, esto sería una prueba de nuestro etnocentrismo; cada persona, cada grupo o subgrupo posee sus prácticas, creencias,

valores y tradiciones’’. De esta forma la realidad se interpreta desde la forma contextual bajo los parámetros que rigen la realidad particular en determinados sectores de la sociedad.

En este apartado abordamos el tratamiento como primera medida al que recurre la familia para iniciar el proceso de curación; a partir del relato de la señora Rosa Bantú, curandera del Rio Yurumangui, asentada en Buenaventura.

Se concibe la enfermedad a través de fenómenos sobrenaturales que se asignan por medio de elementos personales y naturales de su región, que logran los efectos idealizados o deseados en el otro; con relación a la concepción del surgimiento de la enfermedad se constituye por medio de hechos repetitivos en la vida que se expresan de forma variada o parecida y da lugar a una respuesta mediada por la cultura y la subjetividad, es decir, que desde las interacciones interpersonales cotidianas se aprehenden y se vivencia entramados de significados y símbolos conectados con su realidad.

¹² Hilo muy delgado o hebra de cabello.
(Rosa Bantú – Curandera)

Para las personas que adquieren la enfermedad, esta depende de aspectos abstractos de la sociedad, pero que fueron contruidos en el entorno de su cultura, y son utilizados como forma de adquirir, proteger o hacerle daño a una persona. Geertz (1973. Pág. 20), menciona aspectos sobre la cultura como “un sistema de símbolos, en virtud de los cuales el hombre da significación a su propia existencia; estos sistemas de símbolos son creados por el hombre, compartidos, convencionales y aprendidos, suministran a los seres humanos un marco significativo dentro del cual pueden orientarse en sus relaciones recíprocas, en su relación con el mundo que los rodea, y en su relación consigo mismos”. Estos marcos de significados permiten entender el entramado de prácticas y discursos que dirigen las acciones de estas personas. Estas mujeres poseen conocimientos, prácticas y creencias de su origen cultural, y en ellas esta descubrir y aprender lo propio de sus contextos.

A partir de los síntomas que presentan las personas, según Gutiérrez de Pineda (1985), es cuando “la atención del “enfermo”, empieza a hacerse social, y a considerarse su dolencia como preocupación que atañe no solo a él sino al grupo”, familia, comunidad- un sentimiento de solidaridad que se generaliza. De acuerdo a lo expresado por doña Carmen Rosa se reconoce que existen enfermedades que trata el médico a través de la medicina convencional, y otras que deben tratarse a base de hierbas y rezos pues están directamente ligadas a las interacciones cotidianas de su ambiente cultural; y esto se debe a que han construido desde sus prácticas culturales una forma de tratar las enfermedades y alteraciones del comportamiento las cuales responden a una situación específica, y no solo porque sea la única alternativa de alcance, sino más bien porque en ellas encuentran ejercicios que les permiten conservar su legado ancestral que en la mayoría de los casos se plantea como la única salida a las necesidades dadas.

Doña Rosa, de 74 años de edad, también una descendiente del Río Yurumangui, desplazada de su tierra natal en busca de mayores ingresos y mejores condiciones de vida para ella y sus hijos, y queriéndoles ofrecer una mejor formación académica a sus hijos, el puerto la sorprendió con unos actos violentos donde uno de sus tres hijos (dos varones una mujer), que asesinado en el año 2001 Barrio Las Palmas¹³. Actualmente vive en el Corregimiento de Zaragoza, con su esposo y un nieto, estudio solo hasta quinto (5) de primaria y se ha dedicado desde sus 10 años de edad a la curandería, quien le fue heredada por sus abuelos, padre y su tío, desde entonces se dedica a prestar sus servicios a quienes lo requieren sobre consultas u otro tipos de trabajos que necesiten de su intervención como (partos, hierbas, remedios). A continuación un caso real contada desde uno de los actores principales, la señora Rosa Bantú curandera del río Yurumangui:

¹³ Información administrada por Entrevistada.

“Una muchacha le hice un trabajo, porque estaba loca, pero la loquera de ella era un secreto que un hombre le había puesto, le había puesto el secreto del sol, El secreto se lo pone (dame tu mano) él te coge el dedo corazón y te hace el secreto, usted está conversando y el rezando, usted conversando y el rezando, cuando él te suelta la mano el secreto ya está en la cabeza, cuando él se pare a vos te dan ganas de irte atrás de él, a pesar de que no hay un compromiso pero a vos te dan ganas de irte; y ese secreto es bastante jodido, porque ese enloquece a la persona”’.

“Esa muchacha comenzó a llamarlo de día de noche, y un día amaneció, y me voy para donde fulano, (...), tanta cosa, ella buscaba hasta cuchillos, a ella la tenían en su casa en el día normal, pero en la noche si había que amarrarla, a ella la cure con plantas”’.

En génesis de apocalipsis dice que primero creo dios los cielos y la tierra; y vio que la tierra estaba desordenada, y creo las plantas, entonces por eso se ponen a decir que los que hacen remedios son brujos, cuales brujos si las plantas son de Dios, este mundo tiene muchas cosas, ella paro casi 3 meses así mala, mala porque cuando el médico hacia los exámenes, no conseguía la enfermedad, la mama se la trajo y acá la cure.

Desde las consideraciones anteriores, se identifica como primera medida la relación del amor como método de retención o atadura transmitido por medio de creencias culturales que tienen que ver con divinidades o astros que conceden poder hacia al otro;

con relación a esto Gutiérrez de Pineda (1985), menciona que la enfermedad resulta de la noción maléfica humana mediante un poder sobrenatural, el mismo que utilizando una multitud de técnicas (verbales, acciones, mentales) obtiene la curación. Opera dentro de un conjunto de principios diferentes a los de la medicina científica, según los cuales, las relaciones causales dentro de los eventos, no pertenecen al mundo natural sino al sobrenatural. Estas creencias y prácticas relacionadas con la enfermedad son producto de un desarrollo cultural que también tiene componentes religiosos que acompañan el proceso de curación independientemente de la religión a la que se pertenece.

Los seres humanos construyen representaciones mentales sobre el entorno que los rodea, sobre sí mismos, sobre la sociedad y sobre la naturaleza en la cual se constituyen como personas. Estas representaciones se organizan en estructuras conceptuales, procedimentales y actitudinales para darle sentido a la interioridad y exterioridad de su entorno, con miras a la intervención, el control y la transformación del mismo, es este ordenamiento el que posibilita cualquier tipo de experiencia''; (Rómulo Badillo, 1995. Pág. 120). Las prácticas culturales constituyen un saber aprehendido a través de generaciones que se han propuesto salvaguardar estos conocimientos que varían según las manifestaciones que se presentan en los contextos; este "Don" así concebido por quienes se dedican a este ejercicio, resulta ser, en la mayoría de los casos, la alternativa que brinda de la mano de los saberes ancestrales, las respuestas a las diferentes expresiones que se presentan y que ya se encuentran preconcebidas en los imaginarios de quienes asumen y vivencian estos comportamientos.

De esta manera la concepción y manejo de las alteraciones del comportamiento de las personas habitantes del río Yurumangui, se remiten a que los ejercicios de los tratamientos que se adoptan para las enfermedades han sido construcciones imaginarias que históricamente el pueblo negro ha implementado como formas de conservación, protección, curación, entre otras características que les han permitido ir las objetivando en acciones que responden a las circunstancias que se presentan en el ejercicio diario de la vida. Marvin. H. (1989. Pág. 17), define que “la cultura es el modo socialmente aprendido de vida que se encuentra en las sociedades humanas y que abarca todos los aspectos de la vida social, incluidos el pensamiento y el comportamiento”; es así, como se comprende que las mentes de las personas se van llenando de instrucciones, donde el comportamiento y las ideas, son elementos de interrelación, y donde estas últimas guían efectivamente la conducta, pero a su vez el comportamiento también guía y da forma a las ideas. Una manera clara de entender como las ideas guían la conducta, o por el contrario como la conducta guía las ideas, se debe a que las personas quienes se dedican a tratar las alteraciones del comportamiento, posiblemente vinculadas con enfermedades mentales, consideran que no se puede curar de la misma forma una enfermedad que es producida por alguien “ (cuando él te suelta la mano el secreto ya está en la cabeza) ”, a una enfermedad que se adquiere por mirar, beber, comer o tener contacto con algo; incluso dentro de las diferentes formas de adquirir la enfermedad varían las formas en como son curadas, desde esta medida son entendidas las ideas de curación que guían el comportamiento de las acciones de las personas.

Desde la concepción intersubjetiva de que los comportamientos guían las acciones frente a las enfermedades que se tratan en estos contextos, por medio de curaciones, hierbas, rezos, baños y fe, estas prácticas determinan la forma de curar, en relación a las

representaciones sociales de los comportamientos. Finalmente la interpretación que se hace referente a la forma de tratar las enfermedades mentales, es que las personas actúan de acuerdo a sus construcciones ideales que determinan su accionar y su comportamiento; donde la cultura y el contexto tienen gran incidencia.

De acuerdo a esto, y según lo expresado por la señora Rosa, nuestros propios actos, pueden llevarnos a ligarnos, ya sea en la suerte, en el amor, a la muerte, o a otras personas, teniendo en cuenta que nuestro ambiente natural influye y se encuentra permeado por aspectos abstractos que condicionan la vida de quienes conviven y comparten esta realidad.

“Hay que tener el cuidado necesario, por ejemplo si usted está bañando en un río y orina por un lado le sale y por otro le entra el frío, allí usted va saliendo del agua ligado”. (...)

En todas las culturas existen consideraciones específicas sobre los cuidados que requiere el grupo familiar, (Leininger 1978), explica que para descubrir esa manera particular como las personas en cada una de sus culturas se cuidan, “es preciso situarse en el esquema comprensivo que considera a las personas como expertas, que conocen sus propias formas de cuidarse y por tanto la interpretación de su experiencia puede ayudar a otros, a descubrir su mundo social constituido por significados simbólicos observables en los actos, interacciones y lenguaje de los seres humanos. Con ese enfoque, la realidad es subjetiva y múltiple y puede verse desde diferentes perspectivas; los significados también son múltiples y se derivan de las percepciones, experiencias y acciones en relación con los contextos sociales y culturales”. He aquí la comprensión y

por ende el tratamientos que se asigna primeramente por medio de la familia, guiados por perspectivas culturales para el proceso de curación.

Las creencias culturales de quienes interactúan diariamente con la enfermedad y las preocupaciones que acarrearán estas, siendo estas universales en la vida de los seres humanos, las comunidades o grupos se organizan colectivamente a través de medios materiales, pensamiento y elementos culturales; para comprender y desarrollar técnicas o métodos en respuesta a las experiencias o episodios de enfermedad e infortunios (Kleinman 1980), que se presentan en el transcurso de la vida; cada sociedad desarrolla conocimientos, prácticas e instituciones particulares que se otorgan unas responsabilidades en el manejo de enfermedades que hacen parte de su contexto y construcción de realidad. Pues desde esta construcción de realidad se realizan preconcepciones de las enfermedades y se clasifican las hierbas que van acordes al proceso de curación, seguido de los rituales y rezos para quitar en este caso la “debilidad mental”, (...), *“a veces la debilidad mental pone a la persona a totiarse¹⁴, hay una hierba que es la pringamoza y el yuyo de vaca, eso se consigue en la montaña, eso se le da con vino blanco y lo baña y con eso le quita la debilidad”*.(...)

las representaciones de la enfermedad o enfermedades , se clasifica según su expresión sociocultural , y los procedimientos que se adoptan para tratar estas, consiste en que tanto la familia, como quienes practican la curandería; la Medicina Occidental no posee las técnicas y el conocimiento suficiente para tratar enfermedades que son producidas dentro de un entramado cultural que envuelve a los habitantes del río Yurumanguí, y esto se debe a que la comunidad ha hecho uso de prácticas de curandería

¹⁴ Volverse loco – “perder la cabeza”

y las han reconocido como la forma de reparar, ayudar y mediar las situaciones que se presenten en su territorio, como se ha dicho, no creen en otras formas de curación que no responda a lo construido desde sus saberes y conocimientos ancestrales como pueblo y comunidad negra.

En relación con la manera de cómo las personas se arraigan al hecho de que el abordaje de las enfermedades vinculadas con las alteraciones del comportamiento desde la mirada de la medicina occidental, no responden a las necesidades específicas que requiere la situación; y esto se reduce al hecho de, que las personas recurren a esta alternativa como lo es, los puestos de salud, medicina general, y fármacos, para atender situaciones específicas (nivel de azúcar, presión, medicamentos), que se presente con la persona que padece de la enfermedad; pero no como una opción que atienda la situación concreta con base en nuestra investigación. En consecuencia a todo lo anterior, las familias objeto de investigación, sean tenido que desplazar del campo a la ciudad en busca de otras alternativas para tratar la enfermedad de su familiar, pero aún en este contexto continúan con el ejercicio de sus prácticas culturales que los identifican, al mismo tiempo que continúan recurriendo a los curanderos, hierbateros, rezos, baños entre otras prácticas que les han permitido el gozo pleno de su legado histórico como comunidades negras del pacífico.

“ Yo aprendí porque mi abuela curaba el tabardillo¹⁵, mi bis abuela curaba con plantas, mi papá curaba con plantas, un hermano de mi papá también curaba con plantas, yo fui aprendiendo, de todos lados de mi familia. ” (Entrevista a Rosa Bantú oriunda del rio Yurumangui día 6 de septiembre del 2016)

¹⁵ Se denominaba Tabardillo a la Tifoidea, que en épocas pasadas y en estas zonas rurales era conocido con este nombre.

En palabras de Maalouf (1999: 35), *“la identidad no se nos da de una vez por todas, sino que se va construyendo y transformando a lo largo de toda nuestra existencia”, es decir, a través de la experiencia vital. Y esto ocurre así tanto con el individuo como con el grupo.* Desde nuestros diferentes ambientes donde nos desarrollamos, adquirimos saberes entendiendo este como aquellos que son infundados tras generaciones y se encuentran permeados por nuestras creencias y dogmas; y conocimientos como todo aquellos que se adquiere en nuestra vida social, laboral, académica, intercultural y religiosa, a partir de esto se obtiene la experiencia, que proporciona una serie de pautas que arroja nuestros actos, en los cuales se percibe el trasfondo cultural que orienta nuestras percepciones y concepciones.

Este saber le fue transmitido a la señora Rosa a través de su familia, quienes realizaron en vida la práctica de curar y medicar por medio de hierbas ancestrales, que según Doña Rosa solo se consiguen en la montaña y se han ido perdiendo por las fumigaciones.

Es de importancia también mencionar el nivel de influencia que genera la familia , pues en esta se aprehende además de valores y creencias etiológicas, dogmatismos y saberes que se fundamentan a través de la experiencia, pues es esta quien termina dando pautas para la comprensión y reproducción de los conocimientos que se absorben o transmiten en nuestro medio social, siendo este también un ambiente socializador que permite a través de las interacciones interpersonales que se renueven, construyan y aprendan percepciones, imaginarios, prejuicios, repudios, y aceptación dentro de lo normal y anormal de los eventos que se presentan en este entorno.

A continuación una muestra de las plantas que menciona nuestra entrevistada en sus relatos, sobre los procedimientos que requieren de su intervención acorde a sus creencias y prácticas culturales de su región.

Plantas para el proceso de curación:

Cuadro No.2

PLANTAS	UTILIDAD	INDICACIONES	NOMBRE CIENTÍFICO	USO MEDICINAL
Acedera	Utilizada para las mujeres después de dar a luz.	Infusión de hojas-	Urera baccifera	-Es antiinflamatorio, analgésico, diurético. -Contra dolores reumáticos y una serie de males generalizados bajo el nombre de alergias
Barejon		Cocinar y tomar	Salvia	Cualidades antisépticas, lactancia, sudoración.
Altamisa (flor amarilla)		Tomar en infusión o cocimiento caliente o fría preparada con anterioridad por lo menos dos veces al día.	Tanacetum parthenium	Usada comúnmente para reducir la fiebre, dolores de cabeza, migraña, artritis y problemas digestivos..
Yuyo de vaca o pringamoza	Para la debilidad, agregar vino blanco	Cocinar hojas de la flor y tomar. Se usan las hojas y se refriegan con ellas la parte afectada.	ortiga	Disminuye inflamación de riñones, para cálculos renales. tratar heridas y enfermedades infecciosas.
Barba de chivo		Bañar – para tomar con 2 hojas de doña juana.	Caesalpinia gilliesii	Insomnio nervioso, como purgante, y sirve

				para insectos.
Amaranto	Para el espanto	Infusiones, baños, tomar, comer	amaranthacea	Efectos anti cancerígenos, antidepresivo, consumo humano.
Escancel menudo	para la fiebre	como té	<i>Aerva sanguinolenta</i>	enfermedades de los pulmones, resfriados, catarro, anginas, dolor de pecho, y la neumonía

Fuente: elaboración de investigadoras.

Al comprender desde cada cultura ese cuidado se le podrá expresar bajo los diferentes modos de promoción y mantenimiento de la salud, las distintas maneras en que se previene y se enfrenta a la enfermedad y las varias formas terapéuticas de abordarla Leininger (1991. Pág. 99). Cada persona, cada grupo o subgrupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones. No es posible pretender homogeneizar el cuidado y pensar que los de una cultura sean válidos para las demás. (Vásquez. 2002). Esta es una forma de mostrar, otros modos de vidas que históricamente han cumplido una función de conexión y unificación de la sociedad, por medio de la reivindicación de una diversidad cultural entre los pueblos ubicados en un mismo espacio territorial. Esta investigación permitió conocer la manera en cómo esta comunidad negra, atiende de forma distinta las situaciones que se presentan en el diario vivir de sus grupos, donde la cultura determina los comportamientos de la vida de estos grupos sociales.

Si bien desde la perspectiva desde las familias se logró conocer la forma como actuaban frente a una situación de alteración de comportamiento, se hacía importante conocer desde uno de los actores intervinientes en estos procesos la manera como exponía su discurso frente a la problemática, desde allí se considero relevante abordar a Doña Rosa.

CAPITULO IV

Analizar la cobertura del sistema de salud en la zona rural del distrito de Buenaventura para la atención de este tipo de situaciones.

Es de gran relevancia mencionar antes de abordar este capítulo que dos de los tres casos, muestra la recurrencia y atención recibida a las personas con trastorno por parte del Sistema de Salud, como fue el caso de la señora Petra y la señora Mara, lo que lleva a pensar cómo actúa en cuestiones de Derecho el Sistema de Salud con esta condición de algunos habitantes del Distrito de Buenaventura, de allí se hace referencia a lo que significa la salud como negocio.

Con un presupuesto para el 2016 de \$ 12.797.693,9 (doce mil millones, setecientos noventa y siete mil, seiscientos noventa y tres mil, nueve pesos), según el Ministerio de Salud, este sector debe solventar y garantizar el derecho de todos los colombianos a acceder a un servicio de salud oportuno y de calidad durante todo el 2016, teniendo en cuenta que desde hace varios años se ha venido tejiendo una crisis profunda en la prestación de los servicios básicos de salud, y en el acceso a los mismos, este presupuesto presentado por el ministerio de salud a duras penas dará abasto para las necesidades inmediatas de este año, pero para intervenir la crisis de años necesitaremos voluntades conjuntas que entiendan que este es el principal derecho que se debe garantizar a la ciudadanía.

La crisis del sistema de salud tiene dos grandes enfermedades, la corrupción que hace mella en la destinación de los recursos, y las deudas de las EPS que han dejado un hueco en las entidades prestadoras de servicio, la ley 100 de 1993 han dado flexibilidad y permitido que la salud se convierta en una mercancía, antes el estado le pagaba a los

hospitales directamente, después de la ley 100 los dineros de los contribuyentes colombianos y de las empresas que aportan a la salud, son entregados a las EPS que los administran, y se supone que tienen la obligación de garantizar los servicios de salud a todos los colombianos; parte de allí la crisis , pues estas entidades no le pagan a las instituciones públicas, esto genera un colapso financiero, dicha falta de pago genera que las instituciones públicas no puedan pagar a sus funcionarios y a sus proveedores de insumos médicos; las deudas que las EPS tienen con las IPS son millonarias, sin ningún tipo de vigilancia por parte del estado , y no siendo poco, la ley permite que las EPS creen sus propias instituciones de atención médica, lo que abre la puerta a mas irregularidades en el sistema de salud colombiano.

Hoy tenemos un sistema que no es un sistema de salud es un sistema de prestación de servicios, si bien la constitución de 1993 reconoce la salud como un derecho fundamental, el reconocimiento de este derecho se ve limitado, por el ánimo de lucro de quienes tienen a su disposición el rubro destinado a atender las necesidades de los colombianos, si bien la salud es un derecho inalienable, en Colombia se convirtió en un negocio, y el bienestar de los ciudadanos no es el interés primordial.

Los recursos del sistema de salud son destinados a los municipios y estos a su vez deben transferirlos a las EPS como administradoras de estos rubros, las alcaldías de muchos municipios han faltado a sus funciones y han dejado de transferir dichos recursos, presentándose corrupción y malos manejos desde los entes territoriales, desde allí comienza el detrimento del actual sistema de salud, y se agudiza con la gran deuda que cosechan las EPS, según el periódico El Espectador “el estudio de cartera hospitalaria realizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y aplicado a 140 Instituciones Prestadoras de Salud, la deuda a junio de 2015 que tienen las EPS del régimen contributivo y subsidiado, los Entes Territoriales, el Fosyga y otras entidades del Estado hacia las IPS es de **\$5.8 billones de pesos**, presentando una

variación del 10.1% con respecto a la deuda reportada el semestre anterior”, Es decir los hospitales y clínicas tienen hoy un hueco presupuestal de \$5.8 billones de pesos, por la mala administración de los recursos por parte de estas entidades, como las del carácter contributivo, que cobran mes a mes a sus usuarios y además estos deben pagar una tasa moderadora, cada vez que acuden a los servicio de salud, y aun así las EPS son las grandes deudoras morosas del sistema de salud.

No siendo poco, la flexibilidad del sistema desde la ley 100 permitió que actores políticos se vincularan al negocio de la salud, el clientelismo hizo presencia dejando que miembros de la política de este país se adueñaran de instituciones de salud, legislando a favor de sus propios intereses y no en beneficio de la salud de los colombianos, lo que además ha obstaculizado las reformas necesarias, como lo mencionan en la revista portafolio “parte de las dificultades que han enfrentado posibles reformas al sistema de salud, obedecen a la permanencia en ese Ministerio del equipo que promovió y reglamentó la Ley 100” situación que obstaculiza las posibles soluciones del actual sistema, y permite ver lo lucrativo que puede ser el negocio de la salud y aún más si se tiene poder de decisión sobre el destino de los recursos de los colombianos.

Los vacíos del Estado colombiano como ente regulador en la implementación de la Ley 100 de 1993, ha permitido que las fallas estructurales de este modelo se agudicen, la falta de regulación por parte del estado, quien asigna los recursos pero no vigila su óptima distribución, dejando al propio albedrio de las entidades la asignación de recursos públicos, es decir entidades privadas, reciben grandes inyecciones de dinero del sector público, y estas deciden como distribuirlo, de modo que genere ganancias para su negocio, sin ser inspeccionados debidamente, no existe una regulación formal por parte del estado, como se menciona en la revista portafolio “carece de sistemas

propios de información, el Estado ha quedado en manos de lo que el sector privado le quiera informar” sin canales directos de comunicación y sin una responsabilidad en cada cierto periodo de brindar un informe de los recursos públicos, es muy difícil mantener alejado de la corrupción a quien no se vigila.

El sector privado se gesta desde el sector público, es decir funcionarios del sector publico generan todas las oportunidades para crear empresas privadas , que son algunas de las EPS del país, como su tarea como funcionarios es velar por los intereses y los recursos de los ciudadanos , estos cuidan el modelo que les permite generar ganancias desde recursos públicos pues tiene capacidad de incidencia en las decisiones del estado, y las influencias políticas para mantener el sistema actual de salud en Colombia, siendo esta una mala relación entre el sector público y el sector privado.

El panorama general es desalentador, y más aún si hablamos de la salud y de la vida de los ciudadanos colombianos, la calidad de la salud en Colombia no tiene punto de comparación con modelos externos, la cobertura es deficiente, y la calidad de los servicios prestados es proporcional a los huecos fiscales que tiene las EPS colombianas. La búsqueda de la justicia social en el país, se debe iniciar por la garantía de derechos básicos, como salud, educación, empleo; que permitan a los ciudadanos el desarrollo de su potencial de vida con el goce de un bienestar integral. Como lo expresa la Organización Mundial de la Salud (OMS 2009)“las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una

vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales decientes arreglos económicos injustos y una mala gestión política.

El sistema de salud colombiano tiene la responsabilidad de garantizar este derecho en toda la extensión territorial del país, gran compromiso, teniendo en cuenta que Colombia posee amplias zonas rurales, muy apartadas de sectores urbanos, lo que dificulta la atención efectiva y oportuna a algunas poblaciones, además debe garantizar la prestación de los servicios de salud, este sistema debe tener presentes diferencias contextuales y culturales para la implementación del mismo, lo afirma el Ministerio de Salud en su plan decenal de Salud Pública 2012-2021 “el reconocimiento de las diferencias entre las regiones, de todos los indicadores relacionados con la población y sus necesidades de salud, sirve de base para el abordaje estratégico del PDSP en todas sus dimensiones, entendiendo que para una mayor comprensión de la problemática en salud se requiere un refinamiento analítico de los indicadores de salud confrontado con las realidades locales, a través de un proceso continuo de análisis y evaluación con amplia participación de todos los actores sociales” pues el acceso a los servicios de salud de los ciudadanos colombianos deben estar mediados por sus características contextuales, siendo determinante el acceso oportuno, por esto el sistema de salud debe tener en cuenta todas las particularidades de cada una de las poblaciones, siendo factores determinantes para la atención como las distancias que separan las poblaciones del centro de salud más cercano, que permitan ser oportuna y eficaz.

El país vive un proceso de descentralización de los medios y los recursos, para cubrir todo el territorio colombiano, lo que en algún momento llamamos en el país la

“mermelada” usada como metáfora para referirnos a la distribución equitativa de los recursos; aunque dicha distribución haya aumentado las ansias corruptas de muchos políticos, supondríamos que recursos que no se tenían contemplados en los planes de desarrollo territorial, deberían ser adjudicados a salud y a educación; al parecer estos se han convertido en la caja menor de los mandatarios de turno; la “descentralización” es más una adjudicación de recursos que en poco o nada sirven para aumentar el desarrollo de las regiones. y que podrían ayudar al estado a dar respuesta ante grandes falencias, como las del sistema de salud que son tan marcadas en nuestro país, estos rubros podrían ser usados para aumentar el número de hospitales en zonas del país como Buenaventura que “Con 362.625 habitantes Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE 2007), y distribuido en una población de 90,4% en el casco urbano y 9,6% rural, siendo uno de los municipios más extensos del valle del cauca” cuenta con una clínica de segundo nivel que se queda corta ante la demanda de servicios que los habitantes requieren, esta clínica no logra atender casos de alta complejidad, y debe remitir la mayor parte de sus pacientes, a centros médicos en la ciudad de Cali, este Distrito especial solo cuenta con la Clínica Santa Sofía que es de carácter privado igual que la IPS Comfandi , además del Hospital Luis Ablanque de la Plata y algunos centros de salud, con una población de 362.625 los hospitales existentes y centros de salud no logran garantizar el derecho a la salud de los pobladores del Distrito, y mucho menos garantiza el derecho a la vida , pues en una necesidad de alta complejidad el traslado a la ciudad de Cali , puede ser el paseo de la muerte.

El acceso a los servicios de salud en las zonas periféricas del país, es escaso, la ausencia de infraestructura y de personal capacitado para dar atención a los

ciudadanos; no permite garantizar este derecho básico; las largas distancias, y los procesos, obstaculizan los tratamientos y la atención en salud a familias que habitan en lugares apartados, sin embargo la mayor parte de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado, lo que no ha garantizado su derecho, pues la afiliación no amerita una atención oportuna y de calidad.

“Cuando se hacen brigadas le piden a uno el documento de identificación, y los atienden, si la persona no está afiliada, le pide una la documentación hacer la afiliación para poderlos atender. Otro requisito es que la persona sea nativo de la región” (Petra comunicación personal, 19 de mayo de 2016)

“Ella no tiene SISBEN porque no tiene papeles, Apenas le saque la cedula, que no la he podido reclamar, porque sola no puedo ir sola, ella tenía sus papeles, el marido la tenía en el seguro a ella, pero él se murió y se perdieron” (Mara Valencia, comunicación personal, 18 mayo de 2016)

La cobertura del sistema de salud colombiano, es ineficaz se ha limitado a la afiliación de sus ciudadanos y no ha avanzado en términos de infraestructura y prestación de servicios según el plan decenal de salud pública “Entre el 2000 y el 2012, la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud se incrementó en 57% al pasar del 58 al 92 por ciento del total de la población. La afiliación al régimen contributivo ha evolucionado de 31 a 43% con un porcentaje de cambio del 39% durante el periodo, alcanzando una cobertura hoy de 42,8% (19.957.739 personas). En el régimen contributivo el cambio ha sido de 122% pasando de 22 a 49% de afiliados para una cobertura de 48,5% en 2012 (22.605.295 personas)” es decir con un 92% de toda la

población, vinculada al régimen subsidiado, en el transcurso de 12 años podríamos suponer que los recursos destinados a la salud en los últimos dos gobiernos, solo se han enfocado en la afiliación como sinónimo de cobertura, que permite al gobierno de turno dar cuenta de sus grandes avances, esta es quizás una de las falencias estructurales del sistema, pues la afiliación no garantiza atención, y los avances estructurales en términos de nuevos hospitales y clínicas que permitirían ampliar la cobertura han sido pocos.

Según el DANE la Región Pacífica fue la que registró mayor porcentaje de personas que manifestaron estar en el régimen subsidiado (81,1%). Las políticas de cobertura en los servicios básicos ha logrado integrar a sus registros en el régimen subsidiado a la mayor parte de los habitantes en la región pacífica, sin embargo la violación de derechos fundamentales se perpetúa en esta región, y si a esto agregamos que las extensas zonas rurales que comprende el distrito, podríamos intuir que la prestación de los servicios básicos en salud es ineficaz y de baja calidad.

Uno de los principios del derecho a la salud es la Accesibilidad. Como lo expresa la Constitución Política de Colombia en su Ley estatutaria 1751 “Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información” dicha accesibilidad varía, dependiendo de la zona geográfica de cada población, y los esfuerzos por garantizarla, deben ser mayores en lugares periféricos del país.

“En el pueblo no hay centro de salud, para poder llegar al pueblo de juntas que si hay centro de salud en canoa son 3 horas y en lancha 1 hora pero en lancha se necesita gasolina y no hay plata” (Petra comunicación personal, 19 de mayo de 2016)

“Al médico por ahí unas dos o tres veces lo llevamos al médico porque eso también para uno trasladarse de allá, acá eso es un gasto dependía de difícil embarcación para traerlo, entonces al médico casi no se lo llevaba” (Fino Val, comunicación personal, 01 de septiembre de 2016)

La poca cobertura de los servicios de salud en los rincones más apartados es un agravante a los derechos de los ciudadanos colombianos, trasgrediendo la protección a la salud y la vida; exponiendo la crítica situación del país en temas de salud, que agudiza las brechas de pobreza y de exclusión social, si bien existe una afiliación al régimen subsidiado como lo relata Petra, esta afiliación no garantiza ni la accesibilidad física ni económica, tampoco garantiza el derecho a la vida, con un trayecto de 3 horas en canoa que en caso de emergencia las posibilidades de recibir atención oportuna son más una cuestión de suerte.

La cobertura del sistema de salud en las zonas ribereñas de Buenaventura son precarias, ninguna población tiene centro de salud, como relata Moisés Idrobo quien pertenecía a Afro salud IPS que atiende en la población de Yurumangui “la atención se da en la casa de la o el promotor, y este atiende casos de baja complejidad extramural, promoción de salud y prevención de enfermedades, en caso de emergencia se remite a Merizalde¹⁶ población que si cuenta con centro de salud, o puede ser remitido a Buenaventura”, los servicios de salud no cubren el traslado que tiene un valor aproximado de noventa mil \$ 90.000 a Merizalde y de ciento veinte mil \$ 120.000 a la

¹⁶ Vereda Rio Naya.

ciudad de Buenaventura, y se realizan brigadas cada 30 días donde se remiten casos que ameritan atención especializada, es decir los habitantes de las zonas ribereñas no tienen ningún tipo de acompañamiento en términos de salud a lo largo del mes; en caso de una emergencia y con las dificultades de tiempo y dinero para poder acudir a un hospital, se es, violado el derecho de accesibilidad, desconociendo las particularidades del territorio y las necesidades en términos de salud de los pobladores de este río.

En términos de alteraciones del comportamiento, tema que nos compete en esta investigación, el acompañamiento desde la atención en salud es nulo, cuando algún habitante del río Yurumangui y de sus zonas aledañas presenta alteraciones de comportamiento, se brindan paliativos buscando controlar los síntomas, en algunos casos se remite a Buenaventura, donde se brinda atención o se remite al Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Cali

“Una brigada de médicos, le dieron unas inyecciones a ver si estaba débil, la inyectaron, le dieron una droga pero nada le hizo, no hicieron nada para el comportamiento de ella” (Mara Valencia, comunicación personal, 18 mayo de 2016).

Como lo menciona uno de los accionistas de la EPS AFRO SALUD, que cubre esta zona rural del país. *“En cuanto a de salud mental solo se atendía la complejidad del momento, luego se remitía a nivel especializado” (Moisés Idrobo, informante, comunicación personal, 27 de agosto de 2016).*

La atención especializada tiene varios limitantes para los habitantes de Buenaventura, y aún más para los pobladores de Yurumangui, el acceso a estos servicios, ameritan tiempo, y recursos que no poseen dichas familias. En caso de una remisión podrían

llegar a iniciar un proceso en el Hospital Psiquiátrico, sin embargo, el tiempo y el dinero para poder permanecer en una ciudad ajena a ellos se convierte en uno de los factores principales para no continuar un tratamiento, la ausencia de atención para la salud mental en Buenaventura no permite manejar ciertos casos, que podrían recibir los servicios de forma oportuna, como relata Sandra Giraldo Trabajadora Social del Hospital Psiquiátrico en la ciudad de Cali. (Comunicación personal 07 de Octubre 2016)

“Lo pacientes de la zona del pacifico no logran permanecer en un tratamiento Por la distancia, en Buenaventura no hay esos elementos para darle continuidad, porque todo lo tenemos concentrado en la ciudad, y aún más Buenaventura, es de los Municipios más carentes en dispositivos de salud mental, se deberían buscar elementos en la comunidad, no tanto en niveles de complejidad, de alta atención hospitalaria, si no centrados en la comunidad y en los aportes que esta podría dar , pero no hay eso, ni siquiera centros hospitalarios” (Sandra Giraldo, comunicación personal, 07 de octubre 2016)

Dicha ausencia de prestación de servicios, vulnera los derechos de los ciudadanos de forma directa, no se dan condiciones de accesibilidad pues ni siquiera se cubre la movilización de los pacientes, de esta forma el sistema de salud colombiano no brinda cobertura a las zonas periféricas del país, y además no da herramientas para garantizar los derechos de los pacientes.

Conclusiones Generales:

En el desarrollo del ejercicio investigativo pudimos encontrar que la familia y la comunidad tienen una percepción distinta del sujeto que padece alteración del comportamiento, y esto se refleja en la medida en que el sujeto no es aislado del contexto social ni mucho menos de sus actividades diarias, pues se le considera un sujeto con capacidad de realizar actividades y tomar decisiones referentes a su vida personal, familiar y comunitaria. Mostrando así una forma distinta de restablecer o mantener los lazos comunitarios y familiares, evidenciando que poseen pocas fisuras en la relación que se establece con el enfermo mental. En otras palabras para la comunidad de Yurumanguí la alteración no es un factor condicional para quien la padece, por el contrario se convierte en una situación que reafirma los lazos comunitarios y familiares a favor del individuo y de la enfermedad que afecta su trayectoria vital.

La función de la familia extensa en relación a las alteraciones del comportamiento tienen una responsabilidad y desempeña unos roles, donde se fijan modos de ser y de estar en comunidad en relación con el individuo que padece la enfermedad. Es así como el núcleo familiar, las redes de parentesco y el reconocimiento de paisanajes, reafirma cualquier situación donde se necesita y se requiera la ayuda hacia el otro.

Otro aspecto importante se enmarca en la intención de comprender la significación que tiene la cultura, identidad y territorio, en las personas del río Yurumanguí, pues entender estos vectores desde los que se configura el sentido de comunidad en esta zona de la región pacífica, permite conocer la concepción que se tiene de los trastornos del comportamiento (locura). En este sentido, adentrarnos a este circuito de significación con respecto a la pertenencia a la comunidad, se convierte en elemento central para

generar interpretaciones con respecto a la concepción de la común-unidad que se entreteje por parte de los pobladores de este río.

Explorar el hecho de que las relaciones que se establecen entre salud y enfermedad en el río Yurumangui no obedece a la división dicotómica propia de la lógica occidental de la sociedad, trascendiendo las nociones de normalidad, anormalidad, irracional que suponen aceptaciones o rechazos de los unos y los otros.

Kroeber (1948), definió el etnocentrismo como “aquella tendencia a suponer el universo girando en torno al pueblo propio, y que considera al endogrupo siempre situado en lo correcto y verdadero, y todos los exogrupos equivocados o incorrectos, cada vez que su conducta difiere de la del propio grupo”. Es decir, define una clara diferenciación entre el “nosotros” frente al “otros” que son todos aquellos que no pertenecen a mí mismo grupo, al tiempo que establece una desigualdad significativa en tanto que los “otros” son los que están equivocados en todo aquello en lo que no son iguales a “nosotros”. Este, es consustancial a cada cultura en tanto que refuerza al grupo y es uno de sus mecanismos de reproducción. Desde que el individuo nace es educado en las creencias, valores y prácticas de su propia cultura, a la que considera distinta a las demás. De esta forma se Forja una cosmovisión propia de su realidad lejana de otras realidades que en este caso le quitan valor a la medicina occidental y le otorgan a la medicina tradicional como realidad concebida desde su endogrupo, que valida los saberes ancestrales y las construcciones de sentido que a su vez forjan la cosmovisión de los individuos, mediando cualquier tipo de interacción o accionar, desde parámetros construidos simbólicamente, es decir la cotidianeidad que abarca desde los espacios donde se preparan los alimentos hasta, la cama como lugar de descanso, tienen toda una serie de códigos y simbolismos construidos desde rasgos culturales, que validan e

invalidan formas de actuar , de hacer y de ser; esto consolida una cosmovisión global del individuo, respecto a lo que sucede en su familia y en su comunidad. De esta forma, cualquier anomalía o desviación será evaluada desde los parámetros que dicta la cosmovisión de realidad construida por dichos individuos.

Es así como las alteraciones del comportamiento en el río Yurumangui son definidas y tratadas desde los parámetros culturales que las familias han construido, en su ciclo vital y han reforzado a lo largo de su vida. Siendo la cultura el medio para la toma de decisiones, actitudes o posturas frente a su realidad. Desde esta se identifican las percepciones que se construyen alrededor de la enfermedad, en este sentido y de acuerdo a nuestro interés de estudio, en esta comunidad afro rural, el ‘‘enfermo’’ o ‘‘trastornado’’ se incluye como un ser diferente con falencias reconocidas y aceptadas, dicha aceptación e inclusión se debe a los vínculos estrechos entre las familias afrodescendientes de esta zona, que desde su organización social, históricamente se han tejido lazos de solidaridad y cooperación, además de tener lazos de parentesco entre unas familias y otras, consolidándose una red comunitaria que procura el bienestar de sus habitantes.

Las practicas curativas y las concepciones que tienen los médicos convencionales de la salud-enfermedad necesitan estar forjadas y reconocidas social y culturalmente, es decir, se debe entender que están sumergidas dentro de una realidad simbólica en el interior de la cual se producen estilos de vida propios, formas específicas de relación social y conceptos culturales sobre el cuerpo humano y la enfermedad. Gran parte de la eficacia y valor de estas prácticas descansa en el hecho de que están profundamente enraizadas en una tradición cultural (Desjarlais *et al.* 1997; Kleinman 1973; Pedersen 1989; Campos 1992; Vargas & Casillas 1993). El curanderismo se fundamenta en sus

propias construcciones teóricas, que traen consigo un proceso de formulación, iniciado desde sus ancestros, y continuados por sus descendientes, así mismo la importancia que estas personas tienen y ganan en los contextos afro rurales. Este saber se legitima conforme a sus creencias sociales y culturales que determinan, las interacciones y las acciones de los individuos, para lo cual, se infiere que las conductas de los seres humanos siempre van a estar mediadas por sus referentes culturales, y por su experiencia social que refuerza las consideraciones y significados de la vida.

En cuanto al sistema de salud Las barreras en el Distrito de Buenaventura son transversales, principalmente relacionadas con la débil infraestructura, la ausencia de hospitales de alta complejidad, de centros de salud que puedan brindar atención en las zonas rurales a las necesidades de la población , Si bien la crisis en temas de salud es generaliza en todo el país, en Buenaventura los problemas institucionales son aún más agudos, esto vinculado con corrupción y malos manejos de los recursos destinados a la salud en el puerto, que no permiten mejorías al sistema, ni en infraestructura, ni en cobertura. Siendo esta mínima, no se garantiza ningún derecho y mucho menos se tiene en cuenta aspectos contextuales para brindar atención oportuna, siendo el sistema de salud en Colombia centralizado, La afiliación no es la garantía del cumplimiento de los derechos, esta solo categoriza y permite validar una información, pero esta no garantiza atención oportuna y de calidad, esta crisis reafirma los saberes ancestrales de la comunidad de Yurumangui que consolidan sus creencias en busca de preservar y salvaguardar la vida.

Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones se harán en base a dos aspectos. Como primer aspecto se encuentra el trabajo social en tanto campo de las humanidades y un segundo aspecto está relacionado con el Sistema de Salud colombiano.

En primera instancia debemos reconocer que el trabajo social como área de las humanidades, tiene la obligación de profundizar con una postura crítica, política, económica y social durante la intervención en los diferentes escenarios, donde la prioridad es el cambio y la transformación como un ejercicio dialectico que se construye con las comunidades.

Desde esta perspectiva las recomendaciones que brinda nuestra investigación, radican en dos aspectos importantes, el primero se desarrolla en torno a los aprendizajes obtenidos en el desarrollo de la investigación, en términos de la interacción con la comunidad, los sujetos que padecen posibles alteraciones del comportamiento y la familia. Pues las comunidades negras ribereñas del pacifico han construido una forma distinta de convivir, relacionarse y percibir el mundo que para muchos es interpretado como extraño o poco comprensible, esto se evidencia en la medida que la comunidad de Yurumangui ha construido y manejado las alteraciones del comportamiento “locura” de forma distinta, pues para ellos la alteración del comportamiento no es un aspecto que aislé al sujeto de su contexto, ni mucho menos de las actividades que normalmente realiza; tal actitud comunitaria responde a una construcción histórica y ancestral que tiene sentido e importancia para ellos, mostrándonos así que lo diferente no puede ni debe ser concebido como extraño o malo, por el contrario es una forma nueva de aprehender de los otros y sobre su mundo.

Para el trabajo social las recomendaciones radican en que debe proporcionar a sus estudiantes en formación las herramientas teóricas, metodológicas y conceptuales

suficientes para la intervención en campos donde es importante que ellos conozcan el sentido de intervenir y transformar las comunidades en relación a sus realidades, generando interpretaciones acordes y que complejicen la interpretación con respecto a los sujetos con los que estamos trabajando. Así nuestra intervención no se quedará en un

ejercicio de la práctica por la práctica, donde no hay una reflexión profunda acerca de las implicaciones de estos ejercicios de inserción-investigación y la responsabilidad ética que de ellos se desprende en función del Trabajo social.

Como segundo aspecto que recomienda nuestra investigación, se encuentra en relación al sistema de salud, encargado este de garantizarles a los ciudadanos un buen servicio. Hoy en día es de gran importancia que el sistema de salud asuma seriedad y compromiso en el servicio que prestan. Por tal motivo, la recomendación al sistema de salud radica en ampliar la cobertura e incluir médicos especializados que entiendan de manera transversal como son percibidas las alteraciones del comportamiento especialmente en zonas rurales, donde la ancestralidad se ve arraigada en las prácticas comunitarias. Instaurar dicho proceso en que medicina tradicional-occidental converse en igualdad de condiciones con las formas en que las comunidades agencian sus relaciones entre salud y enfermedad, se convertiría en un potencial para de la mano de las diferencias culturales, los constructos identitarios y las ancestralidades construyan rutas adecuadas tendientes a resolver los problemas de salud, en este caso, los relacionados con los trastornos mentales.

BIBLIOGRAFIA

ABRIC, Jean – Claude (1994). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En *Pratiques sociales et Représentations*. Traducción al español por José Dacosta y Fátima.

BERGER, P., Luckmann, T. (1991). La construcción social de la realidad. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina:

BONILLA E, y Rodríguez P 1997.

BARRANTES (2001).

BRODERICK (1993). BATES, P. Y. (1980). *Cultural Anthropology*. Alfred A. Knopf, NewYork.

BELLOCH A, Sandin B, Ramos F. (1995). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill.

CAVA (2002). Lila (1994).

DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 1952.

DURAND, V. & Barlow, D. (2007). Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal. México: Thomson Editores S.A

DEVEREUX. (1973) El chamán como enfermo mental. Anuario- Diciembre.

DURKHEIM. (1972) Aportes para analizar la educación física en Argentina del siglo XIX. Buenos aires.

DAVINSON, G. NEALE, J. (2002) Psicología de la conducta anormal, Limusa Wiley, México|Enfermedad mental y entorno urbano: metodología e investigación. (1987).

FERNÁNDEZ F. (1978) Compendio de psiquiatría. Editorial Teo: Madrid.

GEIDEL. R. A. (2005). Estigma Y Esquizofrenia: Que Piensan Las Personas Afectadas Y Sus Cuidadores. Editorial de la Universidad de Granada.

GOFFMAN. E. (1993). La interpretación de las personas en la vida cotidiana. Editorial Amorrortu. Buenos Aires.

GEERTZ, Clifford (1990). La interpretación de las culturas, Gedisa Editorial, Barcelona.

GONZÁLEZ, J., y Hernández, Z. (2003). Paradigmas Emergentes Y Métodos De Investigación en el Campo de la Orientación.

GUTIÉRREZ pineda, Virginia. Familia y cultura en Colombia, editorial Universidad de Antioquia. Bogotá 1985.

GUTIÉRREZ. Md Sigler. (2002). Trastornos mentales en minorías étnicas: ¿un tema para investigar en atención primaria?

IGLESIAS de Usel, J. (1994). “Familia”. En M. Juárez (dir): V Informe sobre la situación social en España. Madrid: Foessa.

JIMÉNEZ. E (1993) Representaciones y conceptos de la enfermedad mental entre la población mestiza, Recuperado de file:///C:/Desktop/Anuario%201993%2013(1).pdf

JODELET, Dense. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Serge Moscovici (compilador). Psicología social II. Barcelona. Paidós.

KLEINMAN .A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley (CA): University of California Press; 1980.

LANGDON EJ, Wiik FB. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mai.-jun. 2010 [acceso en: 20 sept. 2016. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf

LÓPEZ. LUISA. (2001). La Enfermedad Mental Y La Cultura: Evaluación Antropológica de un caso clínico.

LEININGER M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. Nacional League for Nursing Pres; 1991: New York.

LEININGER M. Transcultural nursing: concepts, theories and practices. New York: John Wiley and Sons; 1978.

MUSITU, G. y Cava, MJ. (2001). La familia y la educación. Barcelona: Octaedro.

MAALOUF, A. 1999 *Identidades asesinas*. Madrid, Alianza.

MARTÍ BUSQUETS José Luis, Murcia Grau Miguel, Murcia Grau Miguel J. Martínez Rafael Y Ortiz Inmaculada. El mito del enfermo mental a través del análisis de textos. (1997).

MARVIN Harris teoría sobre la cultura en la era posmoderna 1989.

MARK, D. Barlow, D. (2007) Psicopatología: un enfoque integral de la psicología anormal, Thomson.

OLIVA, E., GÓMEZ. Y Villa. J., V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México.

OMS. (ORGANIZACIÓN MUNDIA DE LA SALUD)

PROCESO DE COMUNIDADES NEGRAS. (2011). Reparación colectiva para la comunidades negras, sv, sp.

PELIZZARI, Elisa 1997. Possession et therapie dans la corne del afrique, Editions L Harmattan, Paris.

BERGER. P. & Luckmann. T. La construcción social de la realidad. Amorrortu editores. Tomado de <https://zoonpolitikonmx.files.wordpress.com/2014/09/la-construccic3b3n-social-de-la-realidad-berger-luckmann.pdf>. (pág. 11). 26 de septiembre de 2016.

VALLEJO. ÁLVARO. (2006). Medicina Indígena Y Salud Mental. Pontificia Universidad Javeriana.

VÁSQUEZ, T. ML. (2002). El cuidado cultural adecuado: De la Investigación a la práctica: el arte y la ciencia del cuidado. Grupo de cuidado Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 1 ed. PP. 313.

VÁSQUEZ ML. El cuidado cultural adecuado: de la investigación a la práctica. En: El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería Universidad Nacional. Bogotá: Unibiblos; 2002. p. 315-322

INFOGRAFIA

UNESCO. (2001). (Organización de las Naciones Unidas, para la educación, la ciencia y la cultura). Declaración universal sobre diversidad cultural. <http://www.un.org/es/globalissues/culture/>. Recuperado 17 noviembre de 2015.

Programa Nacional de Asistencia Técnica para el Fortalecimiento de las Políticas de Empleo, Emprendimiento y Generación de Ingresos en el ámbito Regional y Local. Bogotá, Noviembre de 2011.

Real academia española, (S.F) Diccionario de la real academia española. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=AVBbFZW>

Organización panamericana de la salud,(S.F) alteraciones del comportamiento, guía de diagnóstico y manejo. Recuperado de <file:///C:/Downloads/guia03.pdf>

Ministerio de salud. (2016) presupuesto 2016, unidades ejecutoras ministerio de salud, proyecto de inversión. Recuperado de: <file:///C:/Users/MONICA/Downloads/presupuesto-inversion-proyectos-2016.pdf>

Redacción salud (noviembre 2016) Deudas a hospitales y clínicas ya suman \$5.8 billones, Crisis del sistema de Salud. El espectador, recuperado de <http://es.slideshare.net/FernandaMilln1/cmo-citar-en-formato-apa>

Ministerio de salud (2013) Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 recuperado de [file:///C:/Users/MONICA/Downloads/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobación\(1\).pdf](file:///C:/Users/MONICA/Downloads/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobación(1).pdf)

Dane (2007) Resultados y proyecciones (2005-2020) del censo 2005». Recuperado de file:///C:/Users/MONICA/Downloads/8Tablasvida1985_2020.pdf

Ley estatutaria 1751 articulo N° 6, constitución política de Colombia, 16 de febrero de 2015.

Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>

Organización mundial de la salud, (2009) Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Recuperado de:

file:///C:/Users/MONICA/Downloads/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf

Ley N° 1616. Salud mental. Republica de Colombia, Bogotá, 21 enero 2013.

<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DE%20L%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

Constitución Política de Colombia de 1991.

<http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>

Documental, Del discovery health. [blairwitch2099]. (2011, 09 17). Historia de la psiquiatría parte 1 [Archivo de video]. Recuperado de

<https://www.youtube.com/watch?v=QTuYijWBSqY>

