

UNIVERSIDAD DEL VALLE - INSTITUTO DE PSICOLOGIA

MAESTRIA EN PSICOLOGIA – LÍNEA TEMÁTICA PSICOLOGÍA CULTURAL

CONCEPCIONES DE ENFERMEDAD MENTAL

EN LA COMUNIDAD INDÍGENA NASA DEL NORTE DEL CAUCA

Presentado por: **AIMER ALBERTO MARÍN LOZADA**

Código 0903419

Director: **ANTHONY SAMPSON**

Grupo Cultura y Desarrollo Humano

Línea de Investigación: Identidad y Diversidad Cultural

SANTIAGO DE CALI – 2019

1 Tabla de contenido

2	INTRODUCCIÓN	5
3	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
3.1	Justificación y antecedentes	9
3.1.1	Multiculturalidad y enfermedad mental.....	13
3.2	Planteamiento del problema.	17
4	OBJETIVOS.....	19
4.1	Objetivo general	19
4.2	Objetivos específicos	19
5	ABORDAJE METODOLÓGICO	20
5.1	El caminar investigativo.....	20
5.2	Tipo de investigación.....	22
5.3	Instrumentos de obtención de información, sistematización y análisis de la información.....	23
5.3.1	Diario de Campo:.....	24
5.3.2	Entrevistas semiestructuradas:	24
5.3.3	Revisión bibliográfica:	24
5.3.4	Población participante:.....	25
5.4	Procedimiento.....	26
5.4.1	Investigación documental:	26
5.4.2	Observación y Etnografía:.....	26
5.5	Realización de entrevistas a profesionales en salud indígenas, médicos tradicionales indígenas y familias del resguardo:	26
5.6	Construcción de un caso de trastorno bipolar con una joven indígena del resguardo indígena	27
6	MARCO CONTEXTUAL, GEOGRÁFICO Y CULTURAL	28
6.1	Fundación de Tacueyó	31
6.2	Modos de Producción	34
6.3	Estructura Socio-Política.....	39
6.4	Creencias, Ritos y Religión	43
6.5	Familia	50
6.6	Colonos y Nasas, Nueva Identidad en Tacueyó	53
7	ENFERMEDAD MENTAL Y COMUNIDADES INDÍGENAS, EL CASO DE SARA ..	56

7.1	Identificación del caso, Trastorno bipolar en el resguardo indígena:	57
7.2	Historia Médica actual	59
7.3	Entorno social y comunitario de Sara.	63
7.4	Aspectos culturales del Caso	64
8	EL MODELO BIOMÉDICO OCCIDENTAL	66
8.1	Psiquiatría.....	67
8.2	Movimiento Antipsiquiátrico	70
8.3	Una mirada cultural a las implicaciones de la psiquiatría en la actualidad.....	72
9	SARA Y LA PSIQUIATRÍA – DOS CONCEPCIONES SOBRE ENFERMEDAD MENTAL	75
9.1	DSM y Particularidad Cultural	75
9.2	La realidad de Sara.	80
9.3	Cultura, diagnóstico y cura.....	83
10	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	86
11	Bibliografía	89

2 INTRODUCCIÓN

El ejercicio académico y el aprendizaje de nuevos conceptos en un área de conocimiento siempre están mediados por las características personales del aprendiz, donde confluyen su pasado formativo y familiar, su capital cultural y sus intereses. Para la presentación de este proyecto, resulta necesario realizar una contextualización sobre la temática de estudio propuesta, que brinde elementos para entender el origen y el interés de realizar una investigación sobre la enfermedad mental en comunidades indígenas del Cauca.

El inicio de mi formación como psicólogo ha estado caracterizado por fuertes confrontaciones personales debido a mi origen cultural particular: soy indígena Nasa. Mis primeros años de vida y formación educativa se realizó bajo los cánones y valores de la comunidad indígena nasa del norte del Cauca. Mi familia intentó, aun cuando no fue de manera completamente intencional, que entendiera y me apropiara de los valores, pautas de conducta y el modelo organizativo y social de mi comunidad indígena. En este proceso, asumí la cosmovisión Nasa como el modelo organizador que da orden a la sociedad y permite la convivencia de las personas en función de las prácticas colaborativas y el apoyo comunitario para la resolución de problemas sociales. Sin embargo, y luego de tener que abandonar el resguardo indígena para iniciar mi formación profesional, comencé a identificar que las dinámicas personales, sociales y comunitarias fuera del nicho cultural eran muy diferentes. La cultura occidental¹ concibe la vida y el desarrollo personal privilegiando lo individual sobre lo comunitario, procurando incluir elementos y conceptos que tienden a resolver

¹ Si bien para el interés del presente informe este concepto necesita un desarrollo más amplio y sustentado, podemos en este punto decir que la cultura occidental hace referencia a todo el sistema de creencias, valores éticos, normas sociales, tradiciones, formas de estado, artefactos, tecnologías, entre otras, que tienen origen o están asociados a Europa, y que fueron exportados a Latinoamérica durante el periodo colonial. El pensamiento occidental es heredero de las ideas de la antigua Grecia cuya base fundamental es la conocida como el Racionalismo.

problemáticas puntuales e inmediatas bajo la premisa de efectividad y economía. Aspectos muy diferentes a la dinámica de pensamiento Nasa, donde prima la reflexión y el consenso ante una decisión, que puede parecer simple, pero reviste múltiples matices simbólicos; donde las discusiones sobre aspectos que afectan la comunidad pueden durar horas e incluso, días.

La psicología no ha estado lejana a la concepción occidental, a la inmediatez y al interés de privilegiar la urgencia en sus procesos cotidianos, sobre reflexiones profundas que puedan incluir las particularidades culturales. En su misma definición, concibe el estudio del psiquismo como una construcción individual, donde los elementos externos muchas veces son vistos como aspectos accesorios que no afectan necesariamente la construcción de sensibilidades y de la subjetividad. Ante este conflicto, han surgido a lo largo de mi formación cuestionamientos referentes a la identidad, las creencias, y sobre cómo un sistema de creencias mayoritario afecta a culturas pequeñas en el país, como lo es la comunidad indígena Nasa, a la cual pertenezco. Parte de mi formación de pregrado estuvo guiada por la necesidad recurrente de intentar adaptar los conocimientos universitarios a la realidad de mi comunidad ¿de qué manera el estudio de la psicología puede aportar al mejoramiento de las comunidades indígenas del país, y cómo poder adaptar un modelo individualista de la psicología tradicional a comunidades que conciben la vida misma como una construcción comunitaria?

Desde la formación de pregrado en psicología, decidí profundizar en la psicología cultural, la cual busca estudiar las diferentes maneras en las que las tradiciones culturales y las prácticas sociales regulan, expresan y transforman la psique humana. Procurando evidenciar cómo el sujeto se constituye en una permanente interrelación con el otro, tomando en cuenta sus sistemas culturales y prácticas sociales en un momento histórico determinado. Esto me ha permitido centrar la mirada en las expresiones humanas y sus manifestaciones ontológicas que permiten la

construcción de una identidad determinada. Así, la psicología cultural me ha permitido analizar las problemáticas que subyacen al choque cultural entre occidente y la comunidad indígena Nasa, generando un particular interés en estudiar en profundidad conceptos como el impacto de la educación formal en los pueblos indígenas y los modelos culturales propios y externos de la salud en la comunidad nasa del norte del Cauca (Marín, Marlés, & Tenorio, 2009).

Tomando en cuenta, por una parte, la gran diversidad de tratamientos tradicionales de las comunidades indígenas para atender padecimientos, que en otros contextos se denominan como trastornos psíquicos; y, por otra parte, el usual desconocimiento de esto en las prácticas de medicina biomédica de las instituciones de salud en Colombia, he optado por emprender una indagación exploratoria sobre los encuentros y desencuentros epistemológicos y ontológicos, que subyacen a las diferentes concepciones de enfermedad mental, y sobre sus posibles consecuencias en la población indígena del país. Para este propósito he tomado como elementos de análisis la información obtenida por medio de revisiones bibliográficas, entrevistas y la construcción de un estudio de caso de una mujer indígena, diagnosticada desde la medicina psiquiátrica occidental con un “síndrome bipolar no especificado” y su evolución durante un periodo de tiempo comprendido entre el año 2015 y 2017.

El abordaje metodológico de esta investigación se enmarca en lo que Martin Packer ha denominado el *paradigma interpretativo*², el cual “Pretende caracterizar cómo vivencian el mundo las personas, las maneras cómo interactúan entre sí, y las situaciones y contextos en los cuales ocurren estas interacciones. Se propone comprender usando técnicas y abordajes cualitativos. Metodológicamente el paradigma interpretativo asume que el investigador debe tener una posición

² Notas tomadas y organizadas por M Cristina Tenorio con base en presentaciones de Packer, en 2006.

participativa, y que la investigación requiere la descripción de casos específicos (personas y comunidades), a través de la articulación narrativa y la interpretación. Epistemológicamente asume que la gente emplea esquemas interpretativos que deben ser comprendidos, y que el carácter del contexto local debe ser articulado. Y Ontológicamente localiza a los sujetos y a los objetos dentro de los campos sociales intersubjetivos que estructuran y constriñen su actividad. Los sujetos están activamente envueltos en la reproducción de estos campos” (Tenorio, 2006).

Bajo este paradigma, busco explorar y comprender la manera como diferentes concepciones y creencias sobre la enfermedad mental confluyen en la realidad de una joven indígena del norte del Cauca y su familia, dando con ello pistas sobre las implicaciones de la práctica médica psiquiátrica en contextos diferentes a la población occidental en Colombia.

A nivel personal, propongo esta investigación con el interés de adentrarme como psicólogo, investigador y miembro de una comunidad indígena, en indagar sobre las dinámicas de transformación subjetiva y cultural que se han generado en esta comunidad, a partir de la inclusión de nuevos conceptos sobre la enfermedad en las comunidades, tomando en cuenta al mismo tiempo, la historia de su transformación cultural, así como las luchas sociales y el reconocimiento a sus prácticas, como elementos fundamentales para la pervivencia de su identidad y del bienestar comunitario.

3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

3.1 Justificación y antecedentes

La Constitución Política de Colombia de 1991 permite caracterizar al país como un territorio pluriétnico y multicultural, donde confluyen e interactúan expresiones y herencias de pueblos nativos americanos, europeos y africanos; aspecto que le permite al Estado establecer políticas de inclusión para comunidades que habían estado olvidadas desde tiempos de la conquista. A partir de la carta magna, las comunidades indígenas, afrocolombianos, incluidos comunidades raizales de San Andrés y Providencia, y el grupo de los gitanos o rom, obtienen un reconocimiento ausente en otras épocas, permitiendo que se consoliden como pueblos con cierto grado de autonomía y autodeterminación cultural y político-administrativa en sus territorios

En el caso particular de los indígenas el movimiento organizativo ha tenido mayor impacto en el territorio nacional gracias a sus luchas milenarias y a la cantidad de personas que conforman dicho grupo cultural. Según el Departamento Administrativo de Estadística DANE, en el censo general del 2005, la población indígena del país era de aproximadamente el 3.4% de la población total, y estaba conformada por 87 pueblos, donde los más numerosos serían los pueblos Nasa, Embera y Senú. Estos pueblos son reconocidos actualmente como propietarios de aproximadamente 31 millones de hectáreas, lo cual equivale a un tercio de todo el territorio nacional³. En dicho censo se contabilizan aproximadamente un millón cuatrocientos mil indígenas en todo el territorio nacional, lo cual constituye un porcentaje alto de la población que requiere de reconocimiento institucional y un apoyo diferencial a partir de las directrices de la constitución

³ Es importante señalar que el censo de 2005, según organizaciones indígenas como la Organización Nacional Indígena de Colombia ONIC, presenta información imprecisa sobre la cantidad de pueblos, dado que otras instituciones como el Ministerio de Defensa Nacional o el Departamento de Planeación Nacional, en diferentes momentos ha señalado que son 83 pueblos indígenas, cuando la ONIC ha afirmado que son 99 los pueblos presentes en el país.

colombiana. Sin embargo, esta tarea no ha sido fácil para el Estado dado que la dificultad a nivel institucional con el reconocimiento étnico estriba en que dicho reconocimiento es el primer paso para la restitución de derechos territoriales de las comunidades indígenas, pero muchas de ellas aún son desconocidas para el país, quizá por las implicaciones políticas y tributarias que conllevan para el Estado.

Las luchas y reivindicaciones de las comunidades durante la segunda mitad del siglo XX han permitido una mayor visibilización de sus virtudes culturales, pero también de múltiples dificultades, las cuales han procurado subsanar por medio de procesos organizativos internos y apoyados por acciones gubernamentales y del Estado. Es así como el reconocimiento social y cultural, al menos en cuanto a lo planteado en la constitución política, ha permitido a las organizaciones indígenas, diferentes grados de independencia y autonomía para manejar asuntos internos, como los sistemas de salud, y poder monitorear y controlar aspectos de los sistemas educativos en sus territorios (Marín, Marlés, & Tenorio, 2009). Un ejemplo de ello ha sido el accionar del Consejo Regional Indígena del Cauca, CRIC, el cual por medio de un ejercicio organizativo de más de 40 años ha logrado consolidar propuestas educativas propias y de atención en salud, que privilegian prácticas y valores culturales de las comunidades Nasa en el norte del Cauca. Incluso en su proceso de adaptación a directrices y leyes de orden nacional, han conformado la entidad promotora de salud AIC-EPS con más de 561.000 personas vinculadas, según informes del 2014 de la Superintendencia Nacional de Salud.

No obstante, esta transformación y re-significación de prácticas culturales de las comunidades indígenas, por medio de instituciones médicas, también ha permitido identificar fenómenos sociales que no eran evidentes en otras épocas, tales como: el impacto del consumo de sustancias en la población joven de los resguardos, el impacto de la violencia en las familias, el

desplazamiento forzado, la explotación laboral, el abuso del alcohol, así como alarmantes cifras de abuso sexual. Es así como algunos estudios hechos en Colombia, incluso han establecido una correlación entre este tipo de problemáticas sociales y la salud mental de los pueblos indígenas (Lopera Valle & Rojas Jimenez, 2012) (Ministerio de Protección Social, 2005)

Según la bibliografía especializada recogida por la Organización Panamericana de la Salud, las tasas de problemas de salud mental entre las comunidades indígenas están aumentando sistemáticamente en todo el mundo. Los ejemplos de Australia, Canadá y Dinamarca, entre otros, han subrayado las brechas que hay entre las poblaciones no indígenas y las indígenas, con respecto a varios indicadores importantes de bienestar. Lo cual permite inferir que las poblaciones indígenas se encuentran en una posición vulnerable entre las sociedades de todo el mundo. Varios estudios acerca de la población que vive en Alaska, Canadá, Groenlandia, Países Nórdicos y Rusia también destacan la existencia de tasas más altas de suicidio y de consumo de sustancias psicoactivas entre los jóvenes indígenas (Lehti, Niemelä, Hoven, Mandell, & Sourander, 2009). Por ejemplo, pese a los esfuerzos por mejorar las condiciones de la población, las tasas nacionales de suicidio en los Estados Unidos se han reducido muy poco entre 2002 y 2010, en especial en los amerindios y los nativos de Alaska, donde las tasas son cerca de 250% más altas que el promedio nacional y representan la segunda causa principal de muerte en esta población (Wexler, y otros, 2015).

En los países de América Latina, donde los pueblos indígenas se encuentran entre los más desfavorecidos, los jóvenes tienen tasas elevadas de adversidad social, deserción escolar y problemas de salud mental, lo que incluye el suicidio. En el caso de Colombia según el Instituto Nacional de Salud, el departamento del Vaupés es el departamento con la tasa más alta de suicidio. Mientras que la tasa nacional en Colombia es de 52 intentos de suicidio por cada 100.000 habitantes, en el Vaupés, que es un departamento de población principalmente indígena, la tasa de

intentos de suicidio es de 128 por cada 100.000 habitantes lo cual resulta alarmante dado que son pueblos de difícil acceso y se tiene poca información sobre las causas.

El Ministerio de Salud colombiano incluye a la población indígena en el grupo de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad psicosocial y proyecta en sus lineamientos de política de salud mental, *abogar por la prevención de los problemas psicosociales y fortalecer las actividades e intervenciones para la reducción del impacto negativo de estos problemas en las comunidades* (Ministerio de Protección Social, 2005). No obstante, estos esfuerzos no siempre se hacen evidentes, las dificultades en el diagnóstico surgen cuando las manifestaciones culturales propias de las comunidades indígenas entran en conflicto con la nosología médica psiquiátrica, la cual no resulta comprensible para ellos y no está necesariamente en relación con su cosmovisión cultural.

Benavides en el año 2013 realizó una investigación en el norte del departamento del Cauca con indígenas Nasa que brindó elementos para comprender los desencuentros entre ambas concepciones de la salud, desde el punto de vista de las instituciones encargadas de prestar el servicio de cuidado y prevención en salud. Al recopilar testimonios y elementos históricos de la medicina en el territorio indígena, concluye que la dificultad para hacer realidad la atención intercultural reside en la superioridad que ostenta la medicina occidental y los profesionales de salud en contraposición a los *The wala* o médicos tradicionales indígenas y parteras, quienes tienen una concepción diferente, tanto en las prácticas como en sus fundamentos, para atender las dolencias y enfermedades en los resguardos (Benavides, 2013). La balanza de las relaciones de poder que entra en juego, se inclina hacia la preponderancia y eficacia del saber occidental.

3.1.1 Multiculturalidad y enfermedad mental

En un artículo titulado *Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública*, (Lopera Valle & Rojas Jimenez, 2012) se afirma que los trastornos que afectan la salud mental en la población indígena no sólo dependen de factores biológicos sino que se vinculan con problemas asociados a la pobreza y a “condiciones socio-culturales como la desnutrición, la inequidad en el acceso a los servicios de salud, y aspectos espirituales místicos y religiosos propios de la cultura”. Incluso llegan a concluir que las marcadas diferencias de conceptualización y clasificación de los trastornos mentales, entre los sistemas indígenas y occidentales, hacen evidente la necesidad de definir equivalencias entre ambos sistemas nosológicos y de atención a las afectaciones mentales, sugiriendo de igual forma que estas diferencias ponen de manifiesto la necesidad de diseñar y apoyar estrategias de intervención basadas en los sistemas socioculturales indígenas, que permitan redistribuir los recursos comunitarios para la salud mental, y establecer una relación entre los entes comunitarios e institucionales de salud, con el fin el fin claro de contribuir, desde la medicina, al rescate y la asistencia integral para esta población que algunos se han encargado de olvidar durante décadas. No obstante, al hacer una revisión sobre las iniciativas actuales en el sistema de salud colombiano, para poblaciones indígenas, no se encuentran mayores registros de actividades de atención donde se tomen en cuenta los aspectos socio-culturales de cada comunidad. Por el contrario, los profesionales en salud que trabajan en resguardos del país y que usualmente están realizando su último año de práctica rural, tienen una fuerte formación en medicina biomédica y sus prácticas de atención a las enfermedades mentales están basadas en manuales de diagnóstico occidentales, basando sus tratamientos fundamentalmente en la ingesta de medicamentos psiquiátricos.

“Cuando vine a hacer mi año rural en el Cauca, pensé que no iba a ser diferente a las historias que contaban algunos amigos y colegas que estaban en otras zonas rurales. Estaba formado para dar atención básica de nivel 1: suturas, enfermedades prevalentes, traumas menores... Pero no supe realmente qué hacer cuando llegó a consulta un niño “Asustado”, con fiebre y evidentemente desorientado. Definitivamente era algo que no comprendía en ese momento. Yo sólo traté la fiebre y di recomendaciones sobre la evolución del síntoma” (Henao, 2016)⁴

El trabajo en contextos multiculturales y estos testimonios enmarcan una serie de dificultades que implican la necesidad de construir un conjunto de herramientas teóricas y técnicas que permitan su abordaje. Hace más de un siglo el conocido como fundador de la psiquiatría moderna Emil Kraepelin, anticipaba la necesidad de estudiar la incidencia de los aspectos étnicos y culturales en la salud mental (Jilek, 1995); pero en la actualidad, no se ha resuelto el debate sobre qué tipos de categorías diagnósticas son susceptibles de generalización para todo tipo de poblaciones culturales. Se puede inferir que no se han tomado suficientes precauciones para tener en cuenta la posición de las comunidades, en cuanto a su concepción particular sobre las enfermedades mentales, ni cuáles han sido las prácticas y acciones que se llevan a cabo desde su cosmovisión para tratar estos malestares psíquicos y poder identificar a qué es lo que se refieren cuando se habla de una enfermedad mental. Es así como el campo de la salud mental enfrenta en la actualidad serios problemas en la construcción de categorías que se pudieran tomar como universales para establecer diagnósticos psicopatológicos aplicables a la realidad multicultural colombiana.

El concepto de salud ha sido ampliamente discutido en el mundo académico y organizaciones nacionales e internacionales, pues su definición más aceptada en la actualidad implica algunos

⁴ Los dos médicos entrevistados que trabajaron en el resguardo pidieron guardar su identidad, por esta razón se usarán pseudónimos.

parámetros que son difíciles de cumplir en poblaciones particulares como los grupos étnicos en Colombia. La organización Mundial de la Salud aporta la siguiente definición: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”* (Organización Mundial de la Salud, 1993) de tal manera que implicaría múltiples componentes de bienestar a nivel nutricional, biológico, afectivo, social y cultural, los cuales según Vallejo, son difíciles de encontrar en las comunidades indígenas del país y Latinoamérica. Ante esto, muchos sectores identifican que la población indígena en Colombia es considerada como un grupo desfavorecido de América Latina, en términos de posibilidades de acceso a recursos económicos y de contingencia ante conflictos sociales y culturales, en comparación con la población mestiza del país (Vallejo, 2006). La Organización Panamericana de la Salud explica que este fenómeno es dado por la lenta recuperación ante crisis económicas, el menor acceso a servicios básicos de salud y los pocos años de educación de sus pobladores. De igual forma, afirman que estos aspectos son los que hacen que esta población sea propensa al abuso de sustancias, la depresión y otros trastornos mentales (OPS, 2003). Así, estas organizaciones muestran el horizonte ideal al que las poblaciones en general deben llegar, pero no hay claridad sobre los métodos necesarios, acciones, atenciones y trabajos sociales que se deben llevar a cabo para que comunidades minoritarias puedan alcanzarlo.

De otro lado, el concepto “mental” también resulta confuso en estos contextos, dado que para quienes se inscriben en la perspectiva de la medicina occidental, puede ser similar al concepto de cognición; lo que implicaría procesos de pensamiento, y la manera cómo responden las personas ante la información que llega tanto del exterior como del interior del organismo; mientras que para personas socializadas en la cosmovisión indígena, puede hacer referencia a la relación del sujeto con el marco social y cultural en el que se inscribe. Esto trae consigo dificultades en cuanto a las

concepciones asociadas a las prácticas curativas en contextos diferenciados. Las comunidades indígenas, aun cuando han sufrido procesos de pérdida de prácticas culturales y referentes identitarios, aún mantienen una cosmovisión cultural diferente a la medicina hegemónica occidental. Concepciones sobre el cuerpo, y lo que lo afecta tanto física como espiritualmente a las personas, han sido aspectos ajenos o esquivos para los médicos occidentales en la actualidad, ya sea por ignorancia deliberada u objeción personal, porque no siempre se acoplan a los cánones epistemológicos de la ciencia médica universal. Diferentes médicos al enfrentarse a concepciones diferentes de salud y enfermedad, así como a tratamientos subversivos de cura, prefieren identificarlos como no válidos, amparados en el poder y comodidad que brinda la visión científica imperante en las ciencias médicas actuales.

Ante esto, se hace necesario preguntar sobre las implicaciones del modelo médico occidental en contextos indígenas y particularmente sobre la idea de enfermedad mental en estas comunidades. Informes de organizaciones de salud a nivel nacional y mundial han realizado estudios que arrojan cifras preocupantes sobre el suicidio y patologías, referenciadas en el DSM IV, tales como trastornos de depresión en comunidades indígenas. Sin embargo, se hace poca referencia a la búsqueda de comprensión sobre estos fenómenos y se abstienen de indagar sobre las prácticas que realizan estas poblaciones para atender estas dificultades, desde su propia cosmovisión; lo cual podría dar pistas sobre nuevas maneras de abordar el estudio de las llamadas enfermedades mentales en “contextos culturales diferentes”, en Colombia.

3.2 Planteamiento del problema.

En el ejercicio médico actual de las comunidades subyacen por lo menos dos saberes diferentes, la medicina occidental y la indígena. La característica predominante del primero es el modelo positivista del conocimiento, donde se asume la enfermedad como un aspecto aislado del sujeto, que se debe tratar por medios externos, e incluso invasivos, para calmar el sufrimiento. Mientras que desde el saber indígena se propone una concepción que emerge desde una cosmovisión cultural, donde se integran creencias, valores y sistemas de conocimiento que articulan la vida social de los grupos indígenas; en el cual priman tratamientos basados en ritos y plantas medicinales, usadas por líderes espirituales conocidos en la cultura nasa como *thë walas*.

La dificultad para identificar los matices en las concepciones bien sea desde la medicina occidental, o de equilibrio personal en las comunidades, ha planteado retos a todos los implicados en los procesos sociales de atención a la población. Tanto el Estado, al ofrecer los servicios de salud; como los mismos miembros de las comunidades, se enfrentan entre sí, al no compartir ni hacer un esfuerzo por entender lo que subyace a cada concepción del cuidado de sí. Ante lo cual, inevitablemente se produce un rechazo mutuo por las prácticas de salud de cada parte.

En medio de esto, quedan las personas que sufren y sus familias. Muchas han manifestado una enorme confusión con la inclusión del modelo médico occidental en sus comunidades, pues no pueden entender cómo algo que puede curar un *thë walas* desde su casa, ahora requiera días de hospitalización en una clínica, con tratamientos farmacológicos (Henao, 2016). De tal manera, resulta necesario realizar un acercamiento exploratorio a las prácticas de curación que realizan las comunidades, para identificar el sentido que tienen para éstas las afecciones no físicas, e intentar mostrar los matices y significantes que caracterizan el sentido particular de los tratamientos no

convencionales, en un grupo cultural que desde cientos de años atrás, se rehúsa a perder sus tradiciones sagradas, que dan sentido a su existencia como pueblo.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Comprender, a partir de un estudio de caso y revisiones bibliográficas, las concepciones y prácticas culturales que desde la cosmovisión de la comunidad indígena Nasa del Norte del Cauca se llevan a cabo para el tratamiento y comprensión de los malestares psíquicos o enfermedades mentales, analizando los efectos que tiene el modelo de salud mental occidental y sus prácticas, en ellos.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar los principales elementos constitutivos de la concepción de enfermedad y tratamiento de enfermedades psíquicas en la comunidad indígena Nasa.
- Identificar cambios y contrastes que se han dado en la concepción de enfermedad mental en las comunidades Nasa, a partir de la incursión de prácticas médicas occidentales en los resguardos indígenas.
- Analizar el papel de las prácticas médicas indígenas en el tratamiento de las llamadas enfermedades mentales, al interior del resguardo
- Identificar elementos de comprensión y análisis del impacto de las prácticas médicas indígenas en la salud mental de la población indígena del norte del cauca.

5 ABORDAJE METODOLÓGICO

5.1 El caminar investigativo

Al iniciar este apartado, el cual remitirá al trabajo de campo realizado, las herramientas de recolección de información, el diseño metodológico, la información obtenida y su respectivo análisis, resulta necesario señalar una distinción que pueda dar cuenta desde qué lugar fue enfocado este proyecto.

El enfoque cualitativo se caracteriza por la interacción entre el investigador y aquello que se investiga, donde ambos influyen en la generación de conocimiento. Así, pretende explicar algún fenómeno que amerita una respuesta tomando en cuenta la interpretación subjetiva de las personas y el modo en que experimentan el mundo. Esto ha implicado en mi calidad de investigador, volver al resguardo como un “Nasa de Frontera”, entendido según la antropóloga Joanne Rappaport como aquellos miembros de la comunidad indígena que salen de su nicho cultural para formarse, conocer un mundo de significaciones diferentes sin que esto implique un cambio radical de sus referentes identitarios. así, cuando vuelven a sus comunidades, hemos cambiado, pero no lo suficiente para sentirnos ajenos a nuestra identidad cultural (Rappaport, 2004). Esto plantea el reto de luchar contra el sesgo investigativo que suele caracterizar las investigaciones cualitativas, procurando ver desde la frontera dos concepciones distintas sobre un fenómeno, asumiendo dicha posición no como un obstáculo sino como un lugar privilegiado para obtener información y analizar las implicaciones del choque cultural que se vive en las comunidades nasa del norte del Cauca, particularmente, sobre las concepciones de enfermedad mental y sus respectivos procedimientos de cura.

De esta manera, lo que busco es comprender las realidades subjetivas e inter-subjetivas que subyacen a la interacción de las personas de diferentes grupos culturales y analizar desde la cosmovisión de la comunidad indígena y del mundo occidental “las lógicas de pensamiento que guían las acciones sociales”, evitando asumir una realidad objetiva, sino múltiples e intangibles realidades que, al ser construcciones de los individuos, son susceptibles de modificaciones incluso generadas durante la misma labor investigativa. No solamente se busca comprender las construcciones de los individuos sino las del propio investigador.

Taylor & Bogdan, (1987) respecto al enfoque cualitativo y su metodología, plantean que este busca reconocer la existencia de múltiples realidades intentando comprender la complejidad y significados de la existencia humana y los motivos y creencias que están de tras de las acciones de las personas. Por su parte De la Cuesta, (2006) respecto a la metodología cualitativa concibe la subjetividad e intersubjetividad como los medios apropiados para conocer las realidades humanas, por medio de un proceso inductivo que pretende conocer la realidad del objeto desde el punto de vista de los sujetos. Estos elementos permiten asumir este proceso investigativo como un viaje hacia la comprensión de significaciones y realidades de los grupos culturales indígenas y occidentales respecto a la salud y la enfermedad donde mi labor como investigador se plantea como la de un observador activo susceptible de influir y ser influido por los hallazgos, reflexiones y conocimiento construido durante el proceso.

Así, este enfoque propuesto busca lograr una relación inter-subjetiva entre el investigador y los sujetos. Intentando, en esta interacción, lograr el conocimiento de las realidades, y los “hallazgos” que son creados en el proceso de la investigación; tomando en cuenta que los valores son ineludibles en la investigación, siendo la ética a la vez intrínseca, existiendo un compromiso por el cambio de los sujetos.

Al ubicarnos desde el paradigma Interpretativo conjugamos sus planteamientos con la propuesta de investigación, la cual aborda un estudio exploratorio a fin de comprender los imaginarios y concepciones que tiene la comunidad indígena Nasa del Norte del Cauca sobre la denominada “enfermedad mental”, y cómo se pone en juego la negociación de significados y prácticas médicas para el tratamiento de las personas que padecen condiciones psíquicas adversas.

5.2 Tipo de investigación

La modalidad que guía esta investigación se aborda desde la Etnografía, como forma de estudio y descripción de una realidad cultural, de sus contextos, necesidades, significaciones y formas de interacción humana; la cual permitirá comprender e interpretar una realidad social y familiar que interactúa con un contexto cultural indígena amplio, que ha sido afectado y modificado en alguna medida, por prácticas sociales externas. La etnografía me ha permitido realizar un trabajo *In Situ*, desde mi posición como indígena e investigador, para recabar información susceptible de análisis, a partir de un marco referencial sobre lo que es la enfermedad mental en la cultura occidental y cómo se ha entendido y abordado la atención en salud mental en la comunidad indígena Nasa del norte del Cauca y Occidente.

El método etnográfico me ha permitido la vinculación e interacción con los participantes del estudio, escuchar relatos sobre sus vidas, ver sus modos de relacionarse y percibir la realidad social de la comunidad indígena Nasa. La recopilación de información se ha obtenido mediante la colaboración de personas implicadas en los procesos de atención en salud, y particularmente de una familia del resguardo indígena de Tacueyó, que ha aportado elementos para el estudio de caso de una joven con diagnóstico psiquiátrico y sus dificultades intrínsecas, dado el conflicto

epistemológico de las diferentes concepciones de ella y de su familia, respecto a la enfermedad mental.

Al tener un panorama sobre las vivencias y maneras de afrontar la problemática por parte de las familias indígenas y de las entidades de salud del resguardo, y luego de la respectiva reflexión interpretativa, permite entender que la investigación etnográfica es un proceso de continua construcción, tanto de un conocimiento sobre un fenómeno, como de los procesos de intervención, que parten de una información recogida y también del tipo de interacciones que se establecen a lo largo de la investigación entre el investigador y los sujetos de la investigación.

5.3 Instrumentos de obtención de información, sistematización y análisis de la información.

En este apartado resulta importante mencionar la importancia que ha tenido mi experiencia como psicólogo, en el resguardo indígena donde se desarrolla la investigación. Debido a mi cercanía con los casos de enfermedad mental en el resguardo, y por trabajos de apoyo a estas personas como parte del trabajo comunitario que he llevado como miembro de la comunidad durante dos años, tuve la posibilidad de recopilar información directamente de las fuentes humanas implicadas, entendiendo los procedimientos de las entidades de salud y asesorando a las familias con apoyo psicosocial.

De esta manera, los instrumentos principales de recopilación de información fueron los siguientes:

5.3.1 Diario de Campo:

Este diario fue realizado y nutrido gracias a las interacciones y visitas al resguardo indígena de Tacueyó durante los años 2016 y 2017 mientras realizaba trabajos de apoyo psicosocial a las familias en el marco del Proyecto de Salud Propia impulsado y promovido por el Proyecto Nasa del norte del Cauca y particularmente por el resguardo de Tacueyó y sus autoridades. En él he consignado información, preguntas, observaciones personales, y percepciones de las familias y del personal médico que trabaja en el resguardo, recogidas a partir de conversaciones informales. Esta información ha sido organizada y estructurada a partir de categorías de investigación relacionadas con la Enfermedad Mental en el Resguardo, haciendo énfasis en las interacciones y concepciones culturales sobre estas enfermedades.

5.3.2 Entrevistas semiestructuradas:

Las entrevistas las he realizado a partir de una guía construida que toma en cuenta las características de los participantes. Tres de estas entrevistas las hice con miembros de una familia indígena Nasa que se caracteriza por desconfiar de personas externas a su círculo cultural cercano, y no están familiarizados con conceptos especializados sobre medicina occidental, lo cual me implicó realizar actividades previas de inmersión en el contexto generando un *Rapport* apropiado y significativo para el investigador y los participantes.

5.3.3 Revisión bibliográfica:

Como parte de la contrastación de información y generación de análisis, ha resultado fundamental el uso de la investigación documental, como estrategia. La revisión de documentos históricos y teóricos sobre la psiquiatría y antropología médica me ha permitido un análisis del material recopilado en la investigación etnográfica y producido por los cabildos y autoridades indígenas, como lo son los proyectos de vida del pueblo Nasa y el proyecto de Salud Propia donde

se identifican temas referentes a la salud indígena del norte del cauca, los relatos de médicos y de las familias indígenas.

5.3.4 Población participante:

Las personas que han participado en este estudio están conformadas por a) miembros de una familia indígena, donde hay al menos un integrante diagnosticado con algún tipo de problemática psíquica; b) comuneros del resguardo y colaboradores que viven el resguardo indígena de Tacueyó desde hace más de 10 años, pero no necesariamente se auto reconocen como indígenas. Usualmente son descendientes de la migración colona de la década de 1950 y c) médicos que han trabajado en el resguardo. La característica principal de los participantes es que vivan en el resguardo indígena de Tacueyó y que tengan alguna relación con la atención en salud, tanto médica occidental como de las prácticas culturales tradicionales de la comunidad Nasa.

Este estudio de caso en profundidad, resalta principalmente el seguimiento, descripción y análisis del caso de Sara, la joven indígena diagnosticada con Trastorno Bipolar no especificado, el cual servirá para guiar el análisis de las implicaciones de las diferentes concepciones sobre enfermedad mental en la comunidad indígena Nasa.

De otro lado, se incluirán relatos y apreciaciones de las personas que trabajan en los servicios de salud de los resguardos, para identificar los programas y prácticas que se llevan a cabo, para el tratamiento y la prevención en salud mental en las comunidades indígenas.

5.4 Procedimiento

5.4.1 Investigación documental:

- * Revisión de documentos teóricos y de trabajo en salud indígena
- * Proyectos de atención en salud mental
- * Planes de Vida
- * Otros documentos (Evaluaciones y diagnósticos propios, Investigaciones sobre la cultura Nasa.)

Psiquiatría y Antropología Médica

5.4.2 Observación y Etnografía:

- * Observaciones en espacios de la vida cotidiana de las familias (espacios cotidianos, interacciones familiares)
- * Participación en actividades tradicionales (Minga, reuniones de comités educativos, entre otros)
- * Acompañamiento psicosocial a familias indígenas Nasa.

5.5 Realización de entrevistas a profesionales en salud indígenas, médicos tradicionales indígenas y familias del resguardo:

Como medio para reconstruir la concepción particular sobre la enfermedad que predomina en la atención la comunidad indígena Nasa, e identificar los encuentros y desencuentros de las diferentes concepciones sobre enfermedad mental.

5.6 Construcción de un caso de trastorno bipolar con una joven indígena del resguardo indígena

Como vehículo para analizar e identificar las diferentes concepciones sobre enfermedad mental y las implicaciones que éstas tienen en la vida de las personas indígenas. Se construye una descripción amplia de la problemática, la cual es usada en el posterior análisis de los resultados de la investigación en su conjunto. Así mismo, se reconstruirán los aportes de las instituciones médicas occidentales según son usadas en el medio indígena, o en las instituciones de Salud del Sistema de Salud, y los saberes ancestrales de los *thë wallas* y médicos tradicionales, para el tratamiento de estas afecciones, identificando si sus prácticas pueden ejecutarse aún con todas las condiciones que la tradición exigía, respetando sus costumbres y la idiosincrasia indígena para el abordaje de dichos problemas.

6 MARCO CONTEXTUAL, GEOGRÁFICO Y CULTURAL

El resguardo de Tacueyó hace parte del municipio de Toribio está que está situado al nor-orientes del Departamento del Cauca, limita por el norte con el Municipio de Corinto, por el oriente con Municipio de Páez y el Departamento del Tolima, por el sur y sur occidente con el Municipio de Jambaló y por el occidente con el Municipio de Caloto. El territorio del Municipio comprende alturas que oscilan entre los 1300 y los 4100 metros sobre el nivel del mar y tiene, según fuentes de la alcaldía municipal; una extensión de 49.577 hectáreas y una población de 32.673 habitantes y lo componen tres grandes resguardos como lo son el resguardo de Toribio, el resguardo de Sanfrancisco y el resguardo de Tacueyó que es donde desarrollamos la presente investigación.

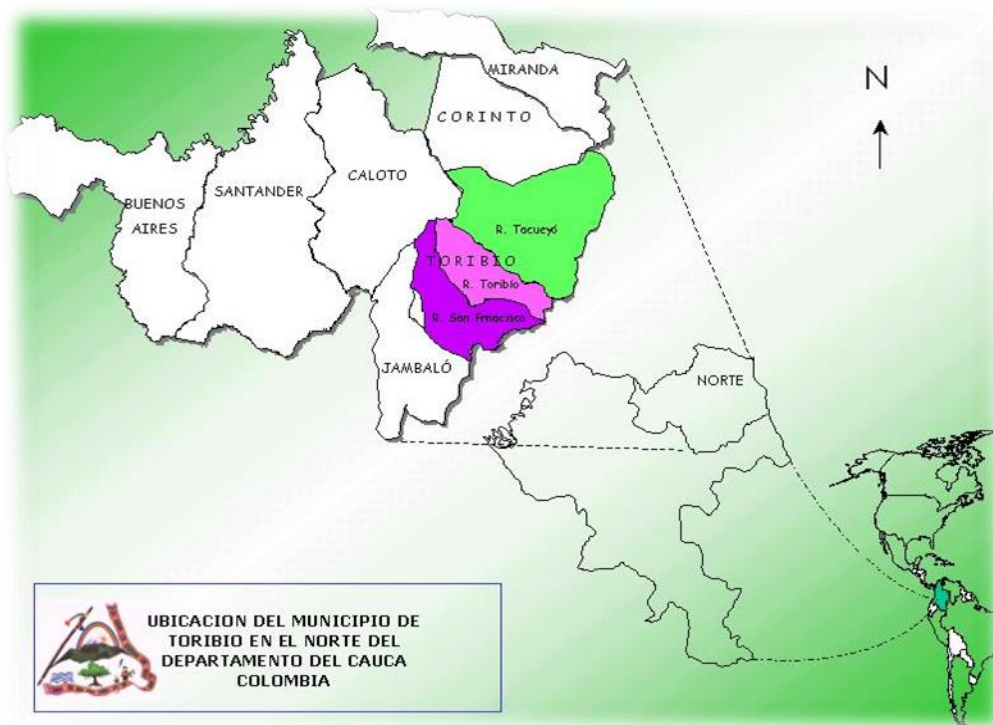


Imagen 6. Ubicación de los resguardos, municipio de Toribio-Cauca.

Para llegar al resguardo es necesario realizar un viaje en bus escalera (chiva) desde Santander de Quilichao hasta Tacueyó por un periodo de tres horas. Antaño la carretera solo estaba pavimentada hasta El palo, un corregimiento de Caloto, y después comenzaba una travesía hacia las montañas por una carretera destapada usualmente averiada por derrumbes y bloqueos provocados por las copiosas lluvias características del lugar. En la vereda llamada Rionegro, a unos 30 kilómetros del Palo, existe un cruce de caminos, el cual lleva por un lado al resguardo de Tacueyó y por el otro al casco urbano del municipio de Toribio. En la administración del alcalde Arquimedes Vitonás, líder indígena Nasa quien logró llegar a la alcaldía del municipio en el año 2004 a 2008, se ejecutó un proyecto de mejoramiento de vías el cual permitió pavimentar todo el trayecto desde el Palo hasta Toribio acortando la distancia de carretera destapada para llegar a Tacueyó, permitiendo así, que autobuses y algunos autos pequeños logren llegar hasta el resguardo, mejorando el intercambio, el comercio y la movilización de la población hasta los centros poblados del valle.

Actualmente, en las tierras bajas de los municipios de Corinto, Miranda y Caloto, los monocultivos de caña de azúcar, y extensas zonas de pastoreo son los protagonistas del paisaje; el viaje en chiva nos da una muestra del auge de la especialización del agro en Colombia con la utilización de grandes haciendas como fuentes de materias primas para los ingenios ubicados entre el norte del Cauca y el sur del departamento de Valle so pena de.

El cambio de panorama se da al tomar el camino hacia la cordillera: pequeñas parcelas se alzan en las montañas, donde el verde lo abarca todo y el cambio de temperatura se hace evidente. En el viaje no se alcanza a apreciar la magnitud del resguardo pues solamente muestra algunas casas que se ubican cerca de la carretera; sin embargo, después de haber realizado algunos recorridos por caminos y trochas cerca del centro poblado de Tacueyó, se pueden observar elementos típicos de

la cultura Nasa como la arquitectura de las casas, la utilización de bahareque, y el -Tul- o huerta familiar cerca de la vivienda. También se pueden observar algunas casas con la arquitectura típica occidental, construidas por campesinos que se ubicaron en el resguardo; construyeron algunas fincas productivas, lo cual a lo largo de unas cuatro décadas ha provocado grandes tensiones entre la organización indígena de Tacueyó y los colonos, por el derecho a la tierra.

Según la tradición oral indígena, el nombre de la población corresponde al vocablo Nasa CUETAYUC, que traduce al español - piedra que llora - haciendo referencia a una fuente de agua ubicada en el centro del pueblo donde desde una gran roca, nacía un pequeño afluente del río Palo. Más adelante, los habitantes colonos acordaron darle un nombre que se acomodara al español logrando organizar las sílabas y obtener el nombre actual Tacueyó. Sin embargo, en la investigación que realizamos sobre el origen del nombre, encontramos que en el título de resguardo redactado en 1700 por el cacique Manuel de Quilo y Sicos ya se usaba el nombre Tacueyó para designar las tierras que estaban a su mando durante la época colonial.

6.1 Fundación de Tacueyó

El resguardo de Tacueyó se encuentra ubicado al suroccidente de Colombia, hacia el nororiente del departamento del Cauca, sobre el flanco occidental de la cordillera central, al nororiente del municipio de Toribio. Es difícil establecer desde cuando los indígenas Nasa habitan estos lugares, sin embargo, algunos historiadores aseguran que el asentamiento Nasa del norte del Cauca se dió debido al avance de las tropas coloniales, que desde Popayán venían a mediados del siglo XVI.

A partir de las descripciones de algunos cronistas pre-coloniales, los asentamientos Nasa estaban localizados cerca de La Plata y Tierradentro. A la llegada de los españoles a mediados del siglo XVI existían dos grupos diferenciados de Nasas, según el cronista español Juan de Velazco, los de La Plata eran menos “rústicos” lo cual implicaba que este asentamiento era más antiguo que el asentamiento de Tierradentro⁵. Sin embargo, también afirman que en 1564 estalló una rebelión en los alrededores de La Plata organizada por Nasas que vivían en esa zona, lo cual condujo a una batalla generalizada de los pobladores indígenas en la zona, que quizá provocó el desplazamiento de algunas familias hacia el norte del actual Cauca, donde actualmente se ubican los resguardos indígenas de Toribio, Sanfrancisco y Tacueyó. Las pocas familias que se desplazaron vivían dispersas en todo el territorio. No era característico de los Nasa de antaño tener sus viviendas centralizadas en un lugar; la costumbre arquitectónica del centro de plaza donde se encuentra la iglesia y los edificios de gobierno, se institucionalizó a partir de la influencia ibérica en la región, después de consolidarse las colonias de españoles y criollos. Al igual que en Tierradentro, estas unidades familiares dispersas, formadas por cultivadores de maíz y yuca no se sometieron fácilmente al dominio español. Su patrón de asentamiento impidió el control efectivo de los

⁵ Juan de Velazco, citado por Rappaport, Joanne. (2000).

españoles sobre sus localidades, pues desde lo alto de las montañas donde se encontraban sus casas, fácilmente se percataban de la llegada de las tropas invasoras.

El resguardo indígena data aproximadamente de 1700, fecha ~~donde~~ en la que el cacique indígena Don Manuel de Quilo y Sicos, solicitó la posesión de las tierras de Tacueyó, Toribio y Sanfrancisco. El cacique, invocó la figura política de resguardo, antaño utilizada por los españoles como una institución legal que les garantizara el dominio y explotación de las tierras, como una forma para legitimar un territorio para los indígenas que revalidara su autonomía territorial, sobre unas tierras que ellos consideraban propias por derecho, ya fuera como resultado de haberlas ocupado en la época precolombina, o por haberse asentado en ellas después de la conquista.



Imagen 7. Panorámica corregimiento de Tacueyó.

De esta manera y luego de las gestiones del cacique con la corona española, queda institucionalizado el resguardo de Tacueyó el cual desde la época colonial abarca la mayoría de los territorios que hoy comprende el municipio de Toribio. Desde este momento y por más de cien años el territorio no fue perturbado, la organización Nasa continúa con su expansión dispersa de núcleos familiares, a lo largo del territorio, sin más preocupaciones que cultivar y obtener los alimentos necesarios para vivir. No existen fuentes etnográficas sobre la vida de las familias en este periodo; lo que se conserva hasta hoy son documentos legales que muestran de manera algo confusa el legado del cacicazgo a los nuevos líderes de la región. Intentamos con algunas entrevistas explorar la tradición oral del resguardo para obtener alguna información sobre esta época, pero fue complicado para los entrevistados pues no tenían historias que se aproximaran a ese periodo colonial.

De otro lado, el establecimiento del centro poblado de Tacueyó se remonta aproximadamente a la década de 1860 donde ya existían por lo menos tres casas, las cuales eran sitios de encuentro para los indígenas Nasa, que se desplazaban desde sus veredas a reunirse con personas de otras veredas a discutir y a beber chicha, que es la bebida tradicional hecha a base de zumo de caña de azúcar.

“En ese entonces solo habían caminos por los que se podía andar a pie o en bestia (caballos); cuentan los abuelos que en estas casas solo se hablaba en Nasayuwe, y se hacían trueques porque no se usaba dinero; cambiaban plátano por chicha o por otro alimento que no se daba en las veredas que eran muy frías”. (Cátedra Nasa Unesco, 2001)

Las historias e impresiones de aquella época, que tienen algunos indígenas actuales, se caracterizan por un sentimiento de convivencia pacífica en armonía con la naturaleza. Una vez se construyeron carreteras y trochas a principios del siglo XX, el centro poblado comenzó a

expandirse, mayoritariamente por colonos que se desplazaban desde otros municipios, hasta la región de Tacueyó, atraídos por la Quina, la madera, y el interés de colonizar nuevas tierras. De esta forma, y luego de que se institucionalizara la iglesia, y los caminos se convirtieran en carreteras, colonos e indígenas han construido sus hogares en lo que hoy es el centro poblado del resguardo, logrando crecer considerablemente en la actualidad.

6.2 Modos de Producción

La tierra es parte fundamental en la vida de los pobladores de Tacueyó, y por esta razón éste se ha constituido en un pueblo principalmente agrícola, donde el sustento diario y la adquisición de dinero surgen de la agricultura y la ganadería. Con la apertura de las vías hacia los centros poblados, ha comenzado una expansión de los cultivos y un auge del comercio.

Los productos característicos de la región son el maíz, plátano, yuca, arracacha, cebolla y frijol. El -Tul- o huerta tradicional se constituía como una parte más de las casas Nasa, donde se cultivaban los alimentos necesarios para sobrevivir e intercambiar con los pobladores de las veredas vecinas. Sin embargo a partir de 1960 se introdujo el cultivo del café, a nivel macro, lo cual impulso a muchos indígenas y colonos a preparar la tierra para los monocultivos de café, y con ello se debilitó el uso del -Tul- como elemento indispensable de la comunidad Nasa de Toribio; debido en parte a que con el dinero que conseguían con las cosechas, podían comprar no sólo los frutos que antes cultivaban, sino también otros alimentos que venían de las ciudades, como lentejas, arroz y enlatados, que rápidamente formaron parte de sus hábitos alimenticios, hasta la actualidad.

Esto ha permitido a la población nativa acercarse a otras formas de vida y prácticas alimenticias que se han ido mimetizando con las prácticas Nasa, haciendo que el dinero, elemento inexistente

en la región hasta principios del siglo pasado, sea la principal herramienta de intercambio, debilitando así prácticas como el trueque que era característico no solamente de la cultura Nasa, sino de muchas comunidades indígenas y que permitía la creación y fortalecimiento de redes de intercambio alimenticio y colaborativo que afianzaban más las interrelaciones comunitarias en el pueblo.

Otro aspecto importante que encontramos ha sido el hecho de que, con los nuevos cultivos y el intercambio de semillas en la región, también han llegado plagas que afectaron los cultivos nativos, creando necesidades inexistentes antaño, como el uso de fertilizantes y abonos no orgánicos en la región, y por ende, el cambio de cultivos y las formas de cultivar. Llama la atención, que en muchas familias ya no se consulta al médico tradicional para realizar la siembra, pues desde la década de los 60 el gobierno por medio del INCORA, realizó numerosas capacitaciones agrícolas en la región, cambiando las prácticas culturales que giraban en torno a la siembra. Todo esto ha creado una dependencia de productos provenientes de las ciudades cercanas como Santander de Quilichao y Caloto Cauca.

“Anteriormente también se sacaba plátano a la venta, pero les pagaban muy barato en Santander. Pero ahora llegó la peste en las matas de plátano y ni alcanza a jechar el racimo, porque la hoja se seca. Ahora la comida no se da como antes.”

“Era muy poco lo que se compraba y vendía, porque la tierra daba para el sustento. Había suficiente revuelto. Ni siquiera manteca porque se sacaba de los animales. Únicamente se sufría por la sal. Se caminaba desde el pueblo hasta Santander para buscar la sal.” (Cátedra Nasa Unesco, 2001)

Así es como hoy en día, existen rutas de buses escalera y buses de pasajeros que diariamente transportan productos y personas desde Tacueyó hasta las ciudades y viceversa, con el objetivo de comercializar los productos agrícolas a las ciudades, y comprar nuevos productos que sólo se

consiguen en las ciudad; y por otro lado, estos transportes los utilizan comerciantes de estas ciudades para llevar a Tacueyó ropa, video, baratijas y otros productos manufacturados que se venden los domingos, día de mercado en el pueblo. Es así como electrodomésticos, motocicletas, ropa y alimentos no perecederos han llegado hasta Tacueyó. Lo cual crea un contraste con las historias de algunos mayores del resguardo, quienes recrean el comercio del pasado donde utilizaban los elementos que tuvieran a su alcance para poder llevar a cabo la venta o intercambio de los productos.

“Nuestros abuelos de las partes altas cultivaban sobre todo para la subsistencia familiar y comunitaria. No era para vender, porque en lugares como Tacueyó casi nadie compraba. Después empezaron a llevar algunos productos a diferentes lugares, como a Corinto, por el Boquerón, a Puerto Tejada, Guachené y Santander. Por ejemplo, Don Isidro, de muchacho acompañó a su papá por dos veces a estos viajes a Santander. Como no tenían reloj, miraban la luna para poder salir con la carga en las bestias. Para esos viajes andaban patipela’os.(Sic)”⁶

Con los colonos también llegaron nuevas formas de concebir la economía y la utilización de los recursos; de esta manera también se introdujo la ganadería como una forma de acumulación de recursos y de producción, lo cual también ha traído problemas ambientales debido a la tala de bosques para la adecuación de pastizales. En la actualidad se puede ver que muchos indígenas, no sin esfuerzo, han logrado establecer fincas productivas en las tierras que el Cabildo les otorga, y de esta forma han conseguido suficiente dinero para comprar objetos y servicios no asequibles para algunos indígenas, como lo son vehículos y electrodomésticos que, durante un tiempo, eran catalogados como un lujo en la comunidad.

⁶ Ibíd.

De otro lado, la hoja de coca, como en la gran mayoría de las comunidades indígenas andinas, es catalogada como una planta medicinal de carácter curativo y espiritual, la cual hace parte de numerosos rituales realizados por chamanes y médicos tradicionales en las comunidades. Sin embargo, durante las últimas décadas, el cultivo de la hoja de coca se ha convertido en un medio más para obtener recursos económicos, convirtiéndose en un generador de recursos económicos importante en la región, a pesar del detrimento del valor espiritual milenario que poseen dichas plantas y de los conflictos sociales que conlleva; como lo son: la afluencia de narcotraficantes y compradores de la hoja o el látex de la amapola, y los grupos armados. La proliferación de estos cultivos ha generado cambios en la manera de concebir los planes de vida comunitarios en la región, donde la acumulación de capital y la carrera por mejores condiciones de vida han hecho que la adquisición de recursos se realice de manera individual, en contraposición al modelo comunitario que caracterizaba a la población Nasa del norte del Cauca.

“Un problema grande en la comunidad es la envidia, y tenemos que mejorar eso. Ahora, porque el vecino tiene unas vaquitas o un cultivo bien montado, los vecinos tratan de hacerle algún maleficio, o hablar mentiras de ellos, y eso no ayuda a la organización”.⁷

“El problema es que cuando llega la coca y la amapola al resguardo, los comuneros empiezan a tener más dinero que otros y eso enoja a los que no tienen. Y al final terminan es en peleas y ahí es donde el cabildo debe controlar a la población, para que pensemos todos en comunidad, porque se está perdiendo la visión que tenemos como pueblos indígenas”.⁸

En la mayoría de los resguardos indígenas del sur del país, el cultivo de plantas como la coca y la amapola han tergiversado su uso medicinal y ritual, pero hasta hoy no han logrado reemplazar

⁷ Testimonio de Arquimedes Vitonás.

⁸ Testimonio de un comunero del resguardo de Tacueyó.

la totalidad de los cultivos tradicionales en la mayoría de los resguardos indígenas. Algunos estudios afirman que han estimulado y fortalecido algunas redes de intercambio comunitario como lo afirma el informe de Carlos Perafán sobre cultivos ilícitos en las comunidades indígenas:

“Entre los Nasa, la amapola ha sustituido el crédito bancario, ha presentado la oportunidad de acudir a su cultivo cuando la unidad productiva se encuentra en necesidad de dinero; pero en general, no ha representado mayores acumulaciones. Dicho de otra manera, se ha usado para activar las redes de distribución tradicionales. A ello contribuyen los mecanismos de redistribución, de arraigo entre los Nasa, que no parecen haber sido afectados. Las áreas sembradas en cultivo asociado tienden a ser pequeñas. Sin embargo, la alta rentabilidad del cultivo de la amapola, ha conllevado en algunas zonas al abandono paulatino, no de los cultivos tradicionales (maíz, tubérculos), sino de aquellos que conforman el círculo de productos para el mercado.” (Perafán, 1999)

Los cultivos ilícitos han hecho parte de largas discusiones, no solamente por parte del municipio, sino al interior de los resguardos indígenas. La problemática está identificada y se están realizando grandes esfuerzos para evitar que se conviertan en la única fuente de ingreso para la población indígena. Gracias a esto, informes presentados por la alcaldía municipal y los cabildos, muestran que el cultivo de la coca y la amapola no ha afectado aún la economía tradicional de reciprocidad, característica de la población; y que paradójicamente ha fomentado la recuperación de prácticas ancestrales. como las mingas. Sin embargo, en las visitas que realizamos y testimonios de algunos habitantes, se puede notar que el acercamiento de la comunidad indígena del norte del Cauca a las dinámicas actuales del mercado, y la tendencia a la acumulación de recursos, por medio de cultivos lícitos e ilícitos, ha modificado - para bien o para mal, eso depende del punto de vista donde nos paremos -, prácticas y costumbres que han caracterizado a los Nasa desde hace siglos.

6.3 Estructura Socio-Política

El resguardo Indígena de Tacueyó es un corregimiento que pertenece al municipio de Toribio-Cauca, y hace parte de los tres resguardos indígenas de la zona: San Francisco, Toribio y Tacueyó. De igual manera que todos los municipios del país, Toribio es dirigido por un alcalde municipal y su respectivo consejo municipal; sin embargo, los resguardos indígenas a su vez, tienen su propia estructura de gobierno tradicional, bajo la figura de cabildo Indígena.



Imagen 9. Veredas del resguardo Indígena de Tacueyó.

Durante la época de la colonia, los Nasa tenían sus formas propias de organización que eran los cacicazgos y señoríos. Actualmente la forma principal de organización social es el cabildo, como entidad encargada de ejecutar la voluntad de Asamblea, que es la máxima instancia de toma de

decisiones. En el caso del resguardo de Tacueyó, quien imparte justicia y organización es el Cabildo Indígena, que son las personas nombradas por las comunidades para representar la autoridad en el Territorio, y están distribuidos así: Gobernador principal, Gobernador suplente, Alcalde Mayor o Capitán, secretario, tesorero y alguaciles.

Los cabildos son elegidos democráticamente o por consenso. Los cabildantes toman posesión formal ante el alcalde del municipio y del secretario, y reciben los "bastones de mando" de los anteriores cabildantes, los cuales representan la autoridad en el resguardo.

El Gobernador es quien preside las sesiones del cabildo, establece las adjudicaciones de parcelas, actúa como intermediario entre la comunidad y las autoridades regionales, departamentales o nacionales, organiza el trabajo comunitario y establece los castigos pertinentes para aquellos que hayan violado la ley. El alcalde, por su parte, vela por la integridad de las tierras y evita la intromisión de agentes extraños. Paralelamente a la autoridad del cabildo está el capitán, cargo generalmente hereditario que constituye una supervivencia a las antiguas estructuras políticas de la comunidad. Para la toma de decisiones e información sobre situaciones comunes del resguardo, la comunidad se reúne en asamblea para debatir, planear y decidir. En algunos resguardos existe un grupo de ancianos que, por su experiencia y legitimidad, ejercen autoridad cuando un cabildante no cumple con las tareas establecidas.



Imagen 10. Asamblea de Cabildo, resguardo de Tacueyó

De otro lado, sobresale en la comunidad el *thë wala*, quien es el médico tradicional de los Nasa y es la persona encargada de supervisar la relación de los indígenas con el mundo sobrenatural, y al cual se acude en las situaciones de enfermedad o de orientación, respecto a los cultivos y a decisiones difíciles que deben tomar los cabildos. El *thë wala* también se encarga de impartir conocimientos espirituales y se basa en la cosmovisión Nasa y la medicina tradicional para oficiar rituales y curar enfermedades. Se caracteriza por ser el representante de la concepción integral de la relación que tiene el pueblo Nasa con el territorio que habita. La premisa fundamental de la cosmovisión Nasa es que -Todo cuanto existe está vivo, y tiene derecho a existir; y que los hombres fuimos creados por la madre de todos los seres, **Kiwe** (la tierra), para proteger esa diversidad de vida que habita en ella-; lo cual da el fundamento a los *Thë walas* para que brinden sus conocimientos a las nuevas generaciones y sean guardianes de la cosmovisión de los Nasa.



Imagen 11. *Thë wala* en ritual de refrescamiento de bastones de mando.

Sin embargo, actualmente la imagen del *Thë wala* se ha visto menguada debido a la influencia de la religión católica que desde hace más de medio siglo ha llegado al resguardo desplazando rituales propios de los Nasa, para dar paso a ritos híbridos entre la religión católica y la cosmovisión Nasa.

6.4 Creencias, Ritos y Religión

La práctica que más se ha mantenido arraigada en la comunidad Nasa del norte del Cauca ha sido la **minga**. La cual consiste en la reunión de personas, niños, jóvenes adultos, ancianos hombres y mujeres, para realizar un trabajo común. Usualmente se realizan las mingas para llevar a cabo trabajos como construcciones de casas, las cosechas y cultivos, así como para reunirse a pensar y reflexionar sobre una problemática particular que afecta la comunidad. En estas mingas no existe ningún tipo de pago comunitario, sino un gran agasajo con comida y baile al final de la jornada. La figura de la minga comunitaria ha sido un referente de suma importancia para la comunidad Nasa, pues es la que da sustento a la vida en comunidad marcando el principio de reciprocidad y aprendizaje mutuo que hoy día se quiere fortalecer en pro de la defensa de la cultura. Antaño, estas mingas las convocaba cualquier persona que necesitara realizar un arado o la construcción de su casa, siendo él quien garantizaba la comida y la bebida. Sin embargo, en Tacueyó hoy día quien convoca a las mingas es el cabildo y todos los comuneros están obligados a asistir y colaborar con lo que puedan. Este cambio se ha dado, según los líderes, porque la influencia occidental ha hecho que se vea el trabajo como un medio para conseguir dinero, y por esta razón muchas personas no están de acuerdo con trabajarle a otra persona sin recibir nada a cambio.



Imagen 12. Trabajo en el Tul.

En cuanto a las prácticas ancestrales y ritos propios de los Nasa sobresalen aquellas que tienen que ver con la medicina tradicional y los ritos que oficia el *Thë wala* en la comunidad. Aún está vigente sobre todo en las veredas alejadas del casco urbano, el ritual de enterrar el ombligo al lado de la Tulpa o en Tul, la huerta de la casa; lo cual simboliza el vínculo que los pobladores tienen con la madre tierra. Es un ritual donde participan principalmente los padres y en algunas ocasiones el *Thë wala* cuando el niño ha tenido problemas de salud; el médico tradicional realiza un ritual de refrescamiento que le garantice buena salud al niño. Una comunera lo describe de la siguiente manera:

“El papá tiene que llamar a un médico tradicional y hacer un buen trabajo. Desde ese momento comienza a aplicar las normas, para que la persona jamás viva en problemas, sin vicios del uno al otro. Entonces se hace una limpieza al niño, porque algunos nacen con un buen compañero y otros con un mal

compañero... Ese compañero no es una persona, sino es una cuestión de visión. Uno no lo ve, pero el anda acompañando, donde vayamos. El compañero bueno es **Klxum**, porque él nos enseña a trabajar; y si el niño va cogiendo edad como siete y ocho años, le entran ganas de trabajar, porque se había hecho el control, las normas estaban aplicadas... Entonces si el niño nacía con un compañero malo, el médico tradicional tiene que separarlo, llevándolo a un río grande, llamando al compañero y entonces jalando con plantas así hasta que soltara al niño. Así se hacía la limpieza. Entonces por eso los abuelos se entendían muy bien”. (Cátedra Nasa Unesco, 2001)

En cuanto al uso de las plantas medicinales Rosa Corpus⁹ afirma:

“Antes había enfermedades, pero no muchas, como el sarampión y la tosferina. Pero en esas enfermedades no tocaba botar plata... Cuando le daba viruela, lo hacían dormir en hojas de plátano, porque la ropa se le pegaba al cuerpo. Y algunos médicos, en esos casos, trabajaron (...) Para ahuyentar estas pestes, cada familia aportaba una media de aguardiente y un pucho con coca, y con tres médicos tradicionales lo soplaban durante una noche entera”.

En algunas veredas también se acostumbra a realizar el amaño; el cual consiste en un periodo de tiempo en que una pareja Nasa convive antes de oficializar un matrimonio. El periodo puede durar de dos años, y para llevarse a cabo se deben realizar reuniones y presentaciones formales de los padres, antes de que los comprometidos convivan en el amaño.

“Antes era diferente, aunque se conservan algunas cosas, la mujer o el muchacho que no tuviera veinte años no podía conseguir mujer; porque si tienen esa madurez, ya no había tanta pelea. Entonces se hablaba con el papá o con la mamá y llamaban a pedir la muchacha. Llevaban aguardiente, arroz, carne, o llevaban un bulto de comida. Llegaban y pedían la muchacha, y los padres de ella la entregaban. Los

⁹ Ibid. Testimonio de Indígena Nasa participante en la **Cátedra Nasa Unesco**. (1998-2001).

dejaban convivir un año o dos años, según lo querían ellos mismos, y después hacían el matrimonio. Tenían que casarse por medio de un cura”.¹⁰

“...como don Ignacio... que con la ayuda de la mamá la ‘palabrió’; después conversaron con los futuros suegros, hasta que fueron a pedirla, llevando la jigra (una mochila). Se le echaba aguardiente, arepa de maíz y gallina. Planteaba a los papas de la muchacha que él necesitaba una cocinera, y ya la había visto. Cuando la muchacha aceptaba, se la podía llevar. Después se casó, pero sin hacer fiesta. Solo hacía comitiva, pelando un marran para cuidar a los padrinos”¹¹

En este aspecto pudimos observar que el amañe ha sufrido una transformación, pues antes los que oficiaban el compromiso eran los médicos tradicionales; pero hoy día, aunque aún se usa el amañe, el compromiso después de éste es llevado a cabo por medio del matrimonio católico o evangélico.

En cuanto a la religión católica, encontramos que la primera iglesia católica de Tacueyó fue fundada alrededor de 1900, en plena guerra de los mil días. Consistía en un pequeño rancho donde un sacerdote y algunos colaboradores comenzaron a realizar oficios de evangelización en la zona norte Caucana. La iglesia actual del resguardo de Tacueyó se construyó en 1917 gracias a las gestiones de algunos colonos, con las autoridades eclesiásticas de Popayán; la cual dio el primer referente para la construcción del centro poblado alrededor de la misma, impulsando la arquitectura típica de los pueblos de Colombia, luego de la influencia española durante la conquista. Desde este momento comenzó la influencia de la religión católica en las costumbres Nasa. Existía una presión constante de los colonos para que olvidaran sus ritos y accedieran al bautizo.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Ibid.



Imagen 13. Iglesia del corregimiento de Tacueyó.

La construcción de los templos en aquella época se realizaba por medio de mingas donde no solamente los colonos participaban, sino también indígenas conversos que trabajaban con ellos. Logrando establecer centros de evangelización en algunas veredas y la construcción de la iglesia principal de forma mancomunada entre colonos e indígenas.

El establecimiento de centros religiosos ha permitido afianzar nuevas alianzas entre familias y se han convertido en lugares de encuentro para muchas de ellas, que vivían alejadas de los centros poblados. Es usual que los días de mercado, las personas fieles a la religión católica, como a la protestante, presentes en la región, participan en misas y cultos, a los que asiste gran parte de la población. Las iglesias, por consiguiente, se convierten en lugares donde interactúan familias que antes no compartían vivencias, debido a lo alejado de sus viviendas. De este modo, en la historia de los Nasa del Norte del Cauca, la religión católica ha tenido un papel fundamental, sobretodo en

el aspecto educativo y organizativo, donde sobresalen la gestión de recursos económicos y la protección de la población en los conflictos armados que han existido en Tacueyó.

“Orientaron a la comunidad a no hablar de lucha, ni meterse en la violencia, ni en política, ni liberal ni conservador, ni mucho menos comunista, porque el partido comunista estaba en contra de dios. Dijeron, que estando en la nueva religión, la ley de dios no los iba a perseguir, y así podrían volverse ricos, como la gente de Estados Unidos, donde no había católicos y todos tenían buen sustento”.
(Cátedra Nasa Unesco, 2001)



Imagen 14. Iglesia pentecostal presente en el resguardo.

En este aspecto de la religión, sobresale el Padre Álvaro Ulcué, sacerdote católico indígena Nasa, quién promovió el aprendizaje y recuperación del Nasayuwe, e impulsó centros educativos para que los indígenas estudiaran, convirtiéndolo en un referente que muchos líderes indígenas siguen en cuanto a la recuperación de las costumbres Nasa; hecho que favorece la visión que se tiene de la religión en los resguardos. Para ninguna persona en el resguardo es innegable el papel

de la iglesia en la región, pues ha sido determinante para la construcción de obras como escuelas y proyectos educativos, que favorecen a todos los comuneros; sin embargo, encontramos que las religiones: católica, evangélica, pentecostal, y protestante, entre otras, han desplazado gran parte de los ritos y creencias Nasa. En Tacueyó, la mayoría de la población es católica y otro alto porcentaje pertenece a otras sectas derivadas de esta. En reuniones y consejos de Mayores se ha comentado y reflexionado ampliamente sobre la influencia de la religión en la cosmovisión y el detrimento de las costumbres propias, pero muchos piensan que es muy complicado tratar de cambiarlo, porque hasta los mismos líderes son católicos o protestantes, religión heredada de sus padres y abuelos que vivieron la presión de los colonos para que abandonaran sus creencias.

“En la época de los abuelos los sacerdotes blancos que no estaban de acuerdo con los indígenas, decían que todo eso (el uso de plantas en la medicina tradicional) era brujería y que había que acabarla. Yo opino que la práctica de la medicina tradicional anteriormente parecía correcta, pero parece que no es correcta delante de Dios, porque están haciendo mal... Anteriormente yo mascaba coca y acompañaba a mi papa, pero como no conocía qué no era correcto, me parecía correcto. Ahora que conozco el evangelio y la palabra de Dios creo que es peligroso”.¹²

“Antes se creía más en los mitos. Por ejemplo, el joven tenía que pedir la novia a los papás, llevarles comida aguardiente y bautizar a los niños por la religión católica. Sin embargo el médico tradicional era el que daba el visto bueno para el matrimonio”.¹³

"Antes, se usaba la luna para sembrar frijol, plátano y yuca. También había mucho respeto mutuo, no se robaba. Estaba la creencia en el duende y el arco y las mujeres en menstruación no iban a los ojos de agua porque el agua se secaba. Ahora es que las mujeres jóvenes no hacen caso cuan las mamas les dicen. Antes una mujer en menstruación no podía salir de la casa. Sin embargo, en esa

¹² Testimonio de José Benancio Dagua. Comunero y líder Nasa de Tacueyó.

¹³ Op. cit. **Cátedra Nasa Unesco**. (1998-2001).

época los sacerdotes blancos, que no estaban de acuerdo con los indígenas decían que todo eso era brujería”.¹⁴

6.5 Familia

En cuanto al aspecto social, los colonos siguen el mismo patrón de organización social y familiar occidental, ubicando sus casas alrededor de la iglesia católica establecida, en lo que hoy es el centro poblado de Tacueyó. Las familias siguen de manera general las normas morales de la religión católica, donde el matrimonio que fundamenta la familia es la base de la sociedad y lo que guía planes de vida específicos para las nuevas generaciones. De otro lado, los Nasas están constituidos por familias nucleares cuyos hijos crecen bajo la autoridad del padre y la atención y formación personalizada de la madre, en cuanto a los valores Nasa y la lengua; esta institución es la que constituye la unidad económica y social básica del pueblo Nasa.

¹⁴ Ibid.



Imagen 15. Mujeres jóvenes Nasa con sus hijos.

Los jóvenes consiguen pareja a muy temprana edad, aun cuando a los *mayores* no les parece una buena acción; y una vez realizada una visita para la pedida de mano ritual, por parte de los padres del novio a la familia de la novia, ésta se va a vivir a casa de sus suegros durante un promedio de dos años, el período del “amañe”.

Al final de éste periodo, debido a la influencia de los colonos en la región, se realiza algún tipo de ceremonia de matrimonio, que por lo general es bajo el rito católico y luego se trasladan a la nueva casa en construcción, en terrenos que el padre le ceda al hijo y que serán adjudicados por el Cabildo a los descendientes de esta nueva unión. Hasta hace pocos años, en la mayoría de territorios Nasa las mujeres no heredaban tierra; sin embargo, algunas veces, y debido a la problemática de territorios en Tacueyó, en una misma vivienda conviven dos familias nucleares; por lo general, cuando uno de los hijos conforma su propio grupo familiar, las dos familias se comportan y

desarrollan como dos unidades independientes, es decir, cada uno tiene su propio -Tul- o huerta en su parcela, su propia -Tulpa- o fogón y su propio presupuesto en la misma casa.

Cabe anotar que, en la actualidad, los padres no tienen mayor influencia en los compromisos que realizan sus hijos; según los relatos de los adultos de Tacueyó, los jóvenes ignoran recomendaciones de los padres y médicos tradicionales, y establecen sus relaciones afectivas a partir de encuentros que se realizan en los nuevos establecimientos de diversión en el pueblo, como lo son casetas y discotecas que se llenan de comuneros los días de mercado. La mayoría de las familias se formalizan una vez la mujer se encuentra en embarazo o ya ha tenido su bebé; lo cual es el motivo más común para que ambos jóvenes decidan vivir juntos y construir una familia; sin embargo, esta nueva costumbre ha aumentado el número de madres solteras y los jóvenes están accediendo a la sexualidad a más temprana edad. Problemática que tanto las autoridades indígenas como la alcaldía, están tratando de enfrentar a través de discusiones en asambleas y el diseño del plan de desarrollo de Toribio o Plan de vida Nasa.

6.6 Colonos y Nasas, Nueva Identidad en Tacueyó

Desde principios del siglo pasado la influencia de los colonos se ha hecho evidente de manera silenciosa en la región; un nuevo orden territorial se había tratado de establecer con los intentos de colonizar nuevas tierras, con la figura de fincas y haciendas, dando paso a nuevas disputas sociales entre colonos e indígenas. En la década de los años 50, mientras en el país se vivía una cruenta guerra civil entre liberales y conservadores, cientos de familias se vieron obligadas a desplazarse, siendo esta década la época en que más colonos llegaron a la región. Para ese entonces la educación formal de los Nasa era pobre y por ende el aprendizaje del castellano no estaba generalizado, lo cual llevo a que fácilmente terratenientes se ubicaran en el resguardo y empezaran a utilizar cercas y muros para delimitar tierras que a juicio de los colonos ya les pertenecían. Esto provocó molestias con los nativos al ver que la propiedad privada tomaba partido en sus territorios antes libres de alambres de púas; pero se les dificultaba reclamar sus derechos debido a que la organización política del Cabildo no era reconocida por los nuevos habitantes como autoridad en el resguardo. Con los Mushkas - nombre que se da a los “blancos” o colonos occidentales - llegaron nuevas herramientas, alimentos, nuevas formas de concebir la vida y un sistema de creencias católico y protestante que ha tratado por muchos medios de instaurar un modelo moral cristiano que muchas veces va en contravía de prácticas culturales Nasa.

Las miradas discriminatorias eran constantes por parte de los colonos - Mushkas quienes no entendían ni se interesaban por entender las particularidades culturales de la forma de vida Nasa.

“La economía de los Paeces (Nasas) de esta región se ha constituido especialmente por la agricultura, algunas familias no les alcanza ni para subsistir. Son poco emprendedores, y muchos se dejan llevar por la pereza y el abandono. Podemos destacar que, en los últimos años, algunos se han civilizado y con esfuerzo han logrado montar sus fincas y dotarlas de ganado, lo cual les reporta buenos ingresos.... Por

otra parte, algunos Paeces que pretenden incursionar en los negocios, se dejan explotar por los blancos. En gran parte todo esto se atribuye a la negligencia que siempre los ha caracterizado, porque en muchos casos no son abiertos al negocio... No tienen noción de futuro, de previsión, al interior de una economía capitalista impuesta por los blancos. Cuando la situación no apremia, se limitan a esperar un largo año, por la cosecha, y mientras tanto las enfermedades y el vicio se asocian para destruirlos. Debido a esto el estado económico de ellos es muy lamentable”. (Lozada, 1994, pág. 19)¹⁵

La presencia de este tipo de discursos en el centro poblado de Tacueyó ha cambiado de diferentes maneras la vida de los Nasa. Por un lado, algunos de ellos, que habían sido seducidos por la religión católica, sentían la necesidad de cambiar sus costumbres alejándose de las enseñanzas de los mayores de la comunidad Nasa y procurando vivir una vida occidentalizada, direccionada por la educación formal y el aprendizaje del castellano. Por otro lado, esto impulsó a crear una organización indígena más fuerte, que les permitiera hacer frente a las presiones de los hombres blancos en la región; lo cual fue fundamental para la formación del Concejo Regional Indígena del Cauca (CRIC), donde el concepto de resistencia indígena logró promover grandes movimientos sociales apoyados por el reconocimiento de la diversidad cultural en la constitución de 1991.

Desde la creación del CRIC en 1971 hasta finales del siglo XX, la comunidad Tacueña estaba dividida, creando grandes conflictos sociales; sin embargo, hoy día gracias a que líderes Nasa han logrado tomar puestos administrativos importantes en la región, como el CRIC y la alcaldía municipal, la población indígena y mestiza de Toribio está más concentrada en tratar de sacar adelante proyectos sociales que en las disputas de antaño. Ahora existe un mayor reconocimiento

¹⁵ Edilma Lozada fue una Colona-Mushka, descendiente de colonos que vivió en Tacueyó hasta el año 2003 y según sus escritos, plantea una visión parcializada de la cultura indígena nasa. Sus escritos permiten identificar claramente lo que los mayores indígenas y la comunidad nasa definen como Mushka: una persona blanca y occidental que reniega de las prácticas culturales de los nasa y los juzga a partir de su propia cultura occidental.

del cabildo, como autoridad tradicional y se respetan los títulos del cabildo, que dan un sustento legal al territorio.

De esta forma, y aun cuando existe un interés marcado de las autoridades indígenas, maestros y líderes en consolidar una identidad indígena en Tacueyó, no es posible ignorar las influencias que ha tenido Occidente en el resguardo. La identidad Nasa en Tacueyó no es posible verla alejada de las nuevas costumbres adquiridas a partir de la década del **40**, cuando empezaron a llegar colonos y clérigos; pero con mayor fuerza, los cambios fueron promovidos por la llegada del dinero y de la venta de objetos que transformaron los intereses y gustos de adolescentes y jóvenes; así como por la influencia de cultos que imponen nuevas maneras de vivir la espiritualidad: las religiones foráneas, han reemplazado las creencias y prácticas relacionadas con los espíritus de la tierra y la naturaleza. Las prácticas culturales han cambiado, la organización familiar, los modos de producción, las prácticas de crianza y las expresiones artísticas han sido influenciadas y enriquecidas, para bien o para mal, por Occidente dando como resultado una identidad híbrida que podríamos denominar indígena-campesina que se ampara en un fuerte legado político construido desde la época de los caciques.

7 ENFERMEDAD MENTAL Y COMUNIDADES INDÍGENAS, EL CASO DE SARA

En la actualidad, los avances en aspectos legales y gubernamentales han creado un marco referencial para el trabajo de atención en salud a comunidades minoritarias en el país. Es así como decretos como el decreto 1811 de 1990 estableció el derecho reconocido a las comunidades de los grupos y pueblos étnicos indígenas a participar en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos relacionados con los servicios de salud, garantizando el derecho a la consulta previa para poder llevarlos a cabo. Este decreto fue corroborado en la Constitución Política en el año 1991 y la ley 21 donde se establece que los gobiernos deberán velar por la existencia de servicios de salud adecuados a dicha población o proporcionar los medios para que dichos pueblos puedan prestar servicios bajo su responsabilidad y control. Sin embargo, aun cuando la ley 100 de 1993 crea un sistema general de salud para el país, sólo es hasta 1993, con la ley 691, cuando se adquiere claridad para la vinculación de los grupos indígenas en el sistema nacional de salud. Es en este marco jurídico donde iniciativas como el proyecto de salud IPS AIC en el Norte del Cauca toma forma y se consolida como una importante entidad prestadora de servicios de salud en el Cauca y parte del Sur Occidente colombiano, y avanzan en la consolidación de un sistema de salud propio e intercultural que toma como eje central el saber ancestral y los planes integrales de vida en las comunidades.

No obstante, y a pesar de todos estos esfuerzos, en la revisión documental y la exploración realizada en esta investigación no se encuentran elementos claros para identificar la eficacia de las intervenciones colectivas, en cuanto a salud mental, en las comunidades indígenas y particularmente en el resguardo de Tacueyó. El gobierno nacional ha emitido propuestas con

modelo diferencial de etnia, e intercultural, para grupos étnicos en Colombia¹⁶, pero no se han podido consolidar como política interna en las comunidades, dadas las diferencias en las concepciones de salud y enfermedad y en los procedimientos diagnósticos y tratamientos de la enfermedad.

Para dar cuenta de este elemento encontrado, en el apartado siguiente se narrará la historia de una joven indígena del resguardo de Tacueyó, diagnosticada con un Trastorno afectivo Bipolar, lo cual permitirá acercarnos a la realidad que viven las poblaciones, y al impacto de la atención en salud, desde las directrices hegemónicas occidentales; y cómo la medicina tradicional interviene en los procesos de cura o tratamientos paliativos de los malestares psíquicos en la comunidad.

7.1 Identificación del caso, Trastorno bipolar en el resguardo indígena:

Preocupados por diferentes problemáticas familiares de violencia intrafamiliar, consumo de alcohol y drogas, por parte de los jóvenes del resguardo, la organización indígena del resguardo de Tacueyó buscó apoyo en profesionales indígenas egresados de las universidades, para diseñar un plan de acción comunitario que permitiera brindar acompañamiento a las familias. Es así como en el primer semestre del año 2016 fui llamado a participar en un proyecto convocado para realizar apoyo psicosocial a algunas familias, con el fin de recabar información a manera de diagnóstico social, y poder realizar propuestas comunitarias de intervención social.

Se inició con varios casos llegados a la oficina de familia del resguardo, la mayoría de ellos asociados al consumo de alcohol, a violencia intrafamiliar y a conflictos económicos. Sin embargo,

¹⁶ Modelo con enfoque diferencial de etnia e intercultural para las intervenciones en salud mental con énfasis en conducta suicida para grupos y pueblos étnicos indígenas. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, 2014.

uno de estos casos resalta por lo atípico. Se trataba del caso de una joven madre llamada Sara¹⁷, quien ya había asistido en otras ocasiones a la oficina del resguardo, en compañía de su madre y su pequeña hija, para recibir asesoría sobre el manejo de su enfermedad, recientemente diagnosticada. A partir de los encuentros y las preguntas que el equipo de trabajo realizó a la madre de la joven – quien se apersonó de llevar el caso en el cabildo y las entidades de salud – fue claro que el caso presentaba una complejidad mayor de la usual en cualquiera de los casos atendidos en la Oficina de Familia del resguardo.

Sara contaba en ese entonces con 21 años de edad y su pequeña hija con dos años. Oriunda del resguardo de Tacueyó de una vereda cercana al casco urbano, Sara es la tercera de cuatro hijos de los mismos padres: ella es la única mujer, su hermano mayor fue asesinado al parecer por grupos al margen de la ley, cuando ella tenía quince años. Sus padres con quienes vive, tienen recursos económicos limitados, trabajan cultivando la tierra y criando algunos animales en su casa, los cuales comercializan los días domingo, que es el día de mercado en el resguardo, o los envían a resguardos o municipios cercanos para su posterior venta. En el primer encuentro, mientras la madre de Sara daba alguna información básica sobre el caso, se notaba la dificultad para poner en palabras su enfermedad.

“Esta muchacha se la pasa durmiendo y nu quiere hacer nada [sic]. Otra vez le va a dar eso que le dio hace tiempo, y ya no tenemos plata para ir a mejorar su estado. Me toca estar cuidando la niña, mientras ella no hace nada por ir a hacer algo”

Sara permanecía en silencio absoluto mientras cargaba a su hija de dos años que dormía en sus brazos. Mostraba signos de insomnio, mirada fija en un punto y pronunciadas ojeras, y no intervino

¹⁷ En adelante todos los nombres propios de personas serán reemplazados por pseudónimos.

en ningún momento mientras hablaba su madre con el equipo de atención psicosocial. En este primer encuentro se recopiló información básica sobre el caso y se programó otro encuentro para el siguiente día y poder acompañarla a realizar las diligencias para acceder a la atención necesaria del equipo de salud propia del resguardo.

El equipo de apoyo psicosocial en un primer momento trabajó especialmente con la madre de Sara, Martha, una mujer de unos cuarenta años de edad, quien ha vivido toda su vida en el resguardo y ha vivido las transformaciones de la población, la lucha por los procesos identitarios indígenas y las prácticas culturales originarias del lugar. Entiende el idioma Nasayuwe cuando lo escucha, pero no lo habla, aun cuando en algunos de sus relatos en español, se pueden notar las dificultades típicas de la traducción, como la dificultad de pronunciar algunas vocales que no están presentes en el Nasayuwe. Esta limitación impuesta por el idioma, las costumbres y el mutismo de Sara generaba un reto para poder entender las dinámicas presentes en el caso; pero a la vez: mostraba elementos de análisis necesarios sobre el choque cultural y los desencuentros entre las costumbres y culturas, tema principal de la presente investigación.

7.2 Historia Médica actual

Las comunidades indígenas se caracterizan por mantener en reserva aspectos de sus vidas cuando una persona ajena al resguardo la solicita. Un líder juvenil de Tacueyó nos cuenta algunas de las razones:

“Desde que recuerdo, siempre han dicho que la gente de afuera viene a sacar cosas de la comunidad y no devuelven nada. No nos permiten participar con estudiantes y gente de afuera, si no es claro lo que vienen a buscar. En asambleas nos cuentan cómo en otras veces han venido a investigar y luego no nos reconocen nada; y nos hacen quedar mal como pueblo. El mayor Jairo siempre nos dice que

nosotros mismos podemos hacer las investigaciones desde la comunidad, para que no venga nadie a hacerlas por nosotros. (Sic)”

El hermetismo, como mecanismo de defensa ante las influencias externas, es evidente en la población del resguardo. Igualmente, Martha, con sus dificultades familiares, no ha compartido su historia hasta que sintió la confianza necesaria y la seguridad de que el apoyo psicosocial podría ser útil, y tuvo el aval del cabildo para contar su historia. Este proceso tomó aproximadamente cinco encuentros donde el equipo visitó incluso su casa para revisar los documentos médicos que había recopilado en su paso por las unidades de atención psiquiátrica de la ciudad de Cali.

Según Martha, la enfermedad de Sara se debe a un maleficio. Explica que, hace mucho tiempo, la amante de su compañero sentimental – el padre de Sara - veía que el hogar prosperaba gracias a los cultivos de café, hortalizas y vacas que tenían. Y por envidia, le hizo el maleficio a Sara. Pues antes de que Sara enfermara, Martha había encontrado una bolsa con una tierra extraña en el patio de la casa, y desde ese momento ella, Sara, empezó a sentir molestias en un brazo, que le impedían trabajar normalmente; pero que gracias a un médico tradicional *Thë wala*, y unos “*refrescamientos*” se curó. Sin embargo, un año después, Sara comenzó a tener comportamientos no usuales y dejó de hablar, mantenía triste y otras veces hablaba cosas que no eran coherentes.

Martha nos cuenta que, la primera vez que Sara tuvo estas dificultades, fue cuando tenía 16 años. Tenía la mirada perdida y ya no terminaba las cosas que hacía.

“Empezaba a barrer la casa y dejaba a la mitad; se olvidaba de bañarse. Se quedaba todo el día en la cama, la juetié (sic) una vez, a ver si despertaba, pero no hacía nada. Una vecina mandó a un médico tradicional, y él le hizo un refresco con medicina propia, pero no se notó mejora. Así duró como un mes, y ya volvió otra vez, creo que el refresco la mejoró con el tiempo”

Sin embargo, hubo otros episodios que al parecer fueron más complicados, donde afirma que hubo comportamientos agresivos por parte de Sara, y decía cosas que no entendían en la familia, pues empezaba a contar algo, pero seguidamente narraba otra cosa, y otra, que no se conectaban entre sí. Insultaba a todos en la casa, y salía de la casa con poca ropa. Su familia intentó, con rituales indígenas, calmar su estado, pero no funcionó; lo intentaron con un ritual católico, que realizó el párroco del resguardo, pero tampoco surtió efecto. Así que luego de más de quince días de angustia, por parte de la familia, la joven fue enviada al puesto de salud, donde el médico de turno la remitió a una unidad de salud mental en la ciudad de Cali, argumentando un posible trastorno mental. La familia no estaba de acuerdo con ello, pero al agotar todas las posibilidades locales y ante la insistencia del personal de salud y algunos conocidos del pueblo, accedieron a llevarla a Cali.

Fue llevada a la unidad de salud mental de una clínica en el sur de la ciudad, donde fue diagnosticada según la clasificación internacional de enfermedades CIE-10 con un Trastorno Depresivo Recurrente, con síntomas psicóticos, con código F333.

EXAMENES	CAT cerebral: normal	
DIAGNOSTICO DE EGRESO	Depresión Recurrente	CODIGO F333
TRATAMIENTO DE EGRESO	Risperidona 4mg/d, Biperiden 4mg, clonazepam 4mg/d, clonazepam 12mg.	
PLAN DE SEGUIMIENTO	consulta externa	

Y fue enviada a casa con tratamiento de antipsicóticos y medicamentos para el insomnio.

Posteriormente tuvo otros episodios que fueron atendidos en el Hospital Psiquiátrico del Valle, debido a que es la institución donde su EPS tiene convenio. En esta institución fue diagnosticada

como una paciente con Trastorno Bipolar no especificado. El episodio más llamativo referenciado por la madre fue durante el segundo semestre del año 2015 cuando en una de sus crisis intentó agredir a su hija, de apenas un año, con un objeto corto punzante lo cual implicó que la hospitalizaran por 15 días, mientras se sometía a tratamientos médicos psiquiátricos.

COMPORTAMIENTO Y PENSAMIENTO ORGANIZADO CONSISTENTE EN IDEAS DELIRANTES DE TIPO PERSECUTORIO Y REFERENCIAL HACIA LOS DE SU ENTORNO, SE COLOCA CASCOS DE MOTO EN LA CABEZA PARA ESTAR EN CASA, DROMOMANIA, IRRITABILIDAD, LENGUAJE SOEZ, DESCUIDO EN SU HIGIENE Y PRESENTACIÓN PERSONAL, HIPOREXIA, AGRESIVIDAD HACIA SUS FAMILIARES, APARENTEMENTE INTENTO HERIR CON OBJETO CORTO-PUNZANTE A SU HIJA, EPISODIOS DE AUTOAGRESIÓN E INSOMNIO GLOBAL, CONSIDERAN INGRESAR A MANEJO INTRAMURAL POR LO ANTERIORMENTE DESCRITO, INICIAN MANEJO CON: RISPERIDONA 3MG/NOCHE + CARBONATO DE LITIO 600MG/DÍA + LORAZEPAM 1MG/DÍA + VALPROATO DE SODIO 500MG/DÍA

La madre refiere que luego de la hospitalización y el consumo de medicamentos dejó de comportarse de manera errática y pudo volver a la casa, pero ya no pudo hacerse cargo de su hija de dos años, debido al temor de la familia de que le hiciera daño; además del estado de somnolencia en el que se mantenía, al parecer por la medicación. La madre afirma que fue dejando la medicación de a poco y que hace más de un año no ha tenido la “enfermedad” nuevamente, pero teme que pueda tener un nuevo episodio.

En este momento es cuando llega a los talleres de apoyo psicosocial del resguardo donde se realiza un acompañamiento desde los usos y costumbres de la comunidad indígena y la asesoría de los médicos tradicionales.

7.3 Entorno social y comunitario de Sara.

Sara había terminado sus estudios de secundaria en el resguardo indígena de Tacueyó, en un colegio agropecuario regido por la educación formal colombiana, pero con diversos contenidos culturales indígenas que promovían algunos docentes indígenas de la institución y las organizaciones indígenas. Su familia es Nasa, comparten prácticas y costumbres de la comunidad indígena, aun cuando se evidencia la incursión de influencias occidentales en su casa como electrodomésticos, vestimenta e incluso música diferente a la tradicional del resguardo.

Su hermano mayor fue asesinado por grupos armados cuando ella tenía 15 años, en un momento en que sus padres no estaban en la casa. Y fue ella Sara, quien debió transportar a su hermano a la entidad de salud, donde emitieron la noticia de su fallecimiento, aspecto que, según su madre, la impactó mucho dado que eran muy cercanos.

Luego de este suceso, la familia decidió alternar sus actividades laborales para estar más cerca de sus hijos y establecieron una tienda en la vereda de residencia, donde Sara cuida de sus hermanos menores y trabaja desde que terminó su bachillerato. Llevaba tres años desescolarizada y viviendo con sus padres cuando tuvo un embarazo no deseado, con un joven del resguardo que la abandonó y no volvió a saber de él. Vive en la casa con su padre de 48 años, madre de 42 y sus hermanos de quince y doce años. Martha, la madre dice que ella siempre ha tenido problemas con su compañero sentimental porque es infiel. Y que esto afecta a Sara. Brinda así elementos para insinuar que los problemas de su hija también están relacionados con ello.

Luego del asesinato del hijo mayor de Martha, su compañero sentimental empezó a tener una serie de dolencias musculares y articulares que le dificultan sus labores agrícolas, generando preocupaciones al interior de la familia; lo que lleva a que la madre de Sara a que deba apoyarse

en otras actividades, además de la tienda, y se encarga de la agricultura, mientras su compañero tiene alguna mejoría.

7.4 Aspectos culturales del Caso

La revisión de las historias clínicas de Sara y las acciones realizadas desde las instituciones médicas, dejan ver que se ha dado una rigurosa lectura biomédica de sus dolencias, lo cual no permite apreciar las peculiaridades propias al caso. Desde la mirada médica bióloga, todo lo que no es estrictamente sintomático y no contribuya a una precisión diagnóstica, al parecer es rechazado como datos innecesarios, inútiles. Tal vez fue esa la reacción de los médicos y psiquiatras cuando la madre de Sara habló sobre el posible maleficio realizado por la amante de su esposo. Las consideraron supersticiones y creencias populares que, un juicio médico clínico objetivo, no tiene por qué darles validez, ya que podrían generar un mayor nivel de incertidumbre para tratar a los pacientes; tal como me fue explicado por uno de los médicos de último año entrevistados para esta investigación.

Quizá esta información y otra no indagada en las entrevistas realizadas por los profesionales de la salud, han hecho imposible cualquier intervención exitosa sobre la condición de Sara. Esto pudo haber pasado porque durante el período cuando Sara presentó inicialmente dificultades afectivas, luego del asesinato de su hermano mayor, y de tener que enfrentarse ella sola a esa terrible situación, fue diagnosticada primero como Depresión Recurrente. Y cuando se repitió el episodio fue diagnosticada como Trastorno Bipolar; siempre desde la versión biomédica. Lo que Kleinmann, Eisenberg y Good (Kleinman, Arthur, Eisenberg, & Good, 2006) llamaron el “modelo de enfermedad del sistema biomédico” – disease - Suprimiendo por completo la visión de que esa misma enfermedad puede ser entendida como un padecimiento asociado a un infortunio provocado

por la maldad de alguien más – Illness -, lo cual argumenta la madre, al hacer esfuerzos por entender el padecimiento de su hija.

Martha no cree en la información que dan los médicos psiquiatras. Ella tiene otras explicaciones que están relacionadas con su cosmovisión indígena y sus enseñanzas culturales.

“Mi hija no tiene eso que dicen los médicos, eso de bipolar. No dijeron nada cuando me hablaron, solo dicen *bipolar y tome pastillas*; pero es el maleficio que han hecho, que hace que mi hija esté así. Mi marido no cree; pero thë walla ha dicho que espíritu está haciendo daño. Hay que curar con yerbas y cuidado. (sic)”

Mientras los médicos psiquiatras quieren tratar una enfermedad o un trastorno, la familia de Sara quiere que ella esté bien, para continuar su tratamiento con el médico tradicional de su resguardo, y que éste aleje el daño que le hace un espíritu enviado por la amante de su marido. Este desencuentro lleva al modelo médico de atención a la enfermedad; y enfrenta a las familias sufrientes a un dilema: aceptar “la verdad del conocimiento científico”, o sucumbir ante el poder tradicional de las creencias culturales. Sin poder reconocer que lo que está de por medio es el bienestar de Sara.

Según el DSM IV, en los apartados de identidad cultural, como en el presente caso, se debe anotar la pertenencia del individuo al grupo étnico o cultural de referencia. Así como las habilidades, uso y preferencias lingüísticas. Pero según la revisión de las historias clínicas, la omisión de estos datos sugiere que esta información fue considerada de poca ayuda en el caso de Sara.

8 EL MODELO BIOMÉDICO OCCIDENTAL

Con el objetivo de generar elementos de contraste a la información recopilada en la investigación etnográfica, y posibilitar el análisis de la información, resulta importante hacer una revisión sobre el modelo que rige la medicina occidental y su impacto en las comunidades indígenas. En el siguiente apartado se realizará una revisión conceptual de la medicina occidental, que da origen al modelo biomédico que impera actualmente en la psiquiatría.

Foucault en su libro *Historia de la Clínica* argumenta cómo la medicina moderna toma fuerza a partir del siglo XVIII, con el auge de la Ilustración y la consolidación paulatina del método científico (Foucault, El nacimiento de la clínica, 1966). Esta concepción, asume que el cuerpo es un repositorio, donde se aloja la enfermedad; y es ahí donde éste reviste importancia, y no en el marco referencial donde se inscribe el cuerpo. Es decir, el interés de la medicina por el cuerpo, no está asociado a las redes significantes que podría establecer con elementos sociales y culturales, sino como un objeto individual que sufre y padece un dolor que debe curarse. Por esto, los médicos se concentran en el cuerpo como organismo físico, ya que es el objeto utilizado por la enfermedad para alojarse. De ahí que Clavreul manifieste que “El saber del médico es un saber sobre la enfermedad, no sobre el hombre, que no interesa al médico sino como el terreno en el que evoluciona la enfermedad” (Clavreul, 1983)

En la historia reciente, la medicina occidental ha tenido la oportunidad de ser más “científica” en términos de usar métodos experimentales y delimitar con alguna claridad su objeto de estudio. Sin embargo, esto la ha hecho distanciarse de las personas que padecen y sufren las enfermedades. Es aquí donde la psiquiatría y las empresas farmacéuticas - que obedecen más a los modelos

económicos que a los éticos -, hacen su aparición, fomentando la cura de las enfermedades mentales a partir del consumo de fármacos; ignorando y evitando cualquier esfuerzo por lograr una comprensión global y respetuosa de las particularidades culturales, que acompañan al fenómeno que aqueja a las personas.

8.1 Psiquiatría

La psiquiatría es una rama de la medicina, heredera de dicha concepción médica que considera que los trastornos mentales pueden explicarse mediante los desórdenes del sistema nervioso central, y que tiene como objetivo el estudio de los trastornos mentales, y a su vez la prevención, evaluación y rehabilitación de las personas que son diagnosticadas con alguno de estos trastornos. Los tratamientos usados están basados en el suministro de medicamentos y drogas que, se supone, tienen la potencia de modificar la química cerebral de las personas y, por ende, generar reacciones en el cuerpo-organismo y sus comportamientos.

Esta corriente, como muchos otros campos del conocimiento, ha tenido un desarrollo histórico particular, en términos de las explicaciones dadas a las enfermedades mentales; ya que estas explicaciones han oscilado entre un modelo natural y otro sobrenatural: En el modelo natural se concibe que las enfermedades son consecuencia de la interacción del cuerpo con algún tipo de agente patógeno, o debido al mal funcionamiento de los propios órganos; mientras que en el modelo sobrenatural, se explican estos trastornos como el efecto generado por entidades externas que invaden a la persona, debido a la transgresión de normas y pautas sociales, culturales o divinas. Tanto en la antigua Grecia como en Roma, se consideraba que las alteraciones del comportamiento y los malestares psíquicos tenían un origen orgánico, en tanto se solía asociar elementos y partes del cuerpo con los estados de ánimo - Los cuatro humores de Hipócrates -, o se intentaba establecer una relación entre los malestares del alma y el cuerpo. Mucho tiempo después durante el siglo IX

y X se afianzó el modelo explicativo sobrenatural donde las asociaciones que se hacían con los trastornos mentales estaban relacionadas con entidades externas, dadas por la moral religiosa imperante en el oscurantismo; donde cualquier reacción personal considerada anómala por la moral imperante, era tomada como brujería o actos demoníacos que deberían ser exorcizados por la iglesia. Estas concepciones de “la enfermedad mental” dieron posteriormente un viraje, gracias al resurgimiento del modelo natural, cuando el discurso psiquiátrico se adaptó al discurso científico y buscó, por este método, encontrar relaciones causales comprobables y replicables que pudieran explicar el origen y el posterior tratamiento de las enfermedades mentales.

Esta corriente de ambiciones científicas ha motivado a muchos médicos y pensadores a formular axiomas y normas que buscan responder la cuestión de qué es lo que genera las perturbaciones a nivel psíquico, y cómo poder mejorar lo que muchos han llamado la salud mental, pero no se han obtenido respuestas satisfactorias. Cientos de años han pasado desde que los estudios de psiquiatras como Pinel, Kraepelin e incluso Egas Moniz - con su nefasta intrusión cerebral conocida como la lobotomía - (PinaI & CorreiaII, 2012), han cambiado la antigua concepción de que las perturbaciones mentales y el comportamiento errático de algunos trastornos son provocados por una suerte de posesiones diabólicas, y ataques de entes espirituales, particulares a los valores morales de cada cultura; sin embargo, aún quedan muchos vacíos epistemológicos que puedan dar cuenta de una respuesta satisfactoria a dichas preguntas.

La psiquiatría por su herencia médica y su interés en ser catalogada como una disciplina científica, busca por muchos medios establecer una coherencia lógica entre la identificación de la enfermedad y su posterior tratamiento; lo cual requiere, por un lado, identificar y entender claramente de qué tipo de enfermedad se está hablando, y cuál es la mejor manera de solucionar o menguar los síntomas que afectan al paciente. Un médico experto en infecciones tiene los

conocimientos necesarios para identificar qué antibiótico necesita determinada infección; sin embargo, en la psiquiatría no se tiene un conocimiento claro sobre la enfermedad que tratan. Sus elementos diagnósticos son tomados del DSM que es un texto considerado como sagrado en la psiquiatría, donde se describen diferentes trastornos y se brindan elementos para poder diagnosticarlos. La mayor parte de este libro muestra el intento de clasificación de los trastornos mentales, los cuales van cambiando, dependiendo de las discusiones que realizan psiquiatras en diferentes convenciones; pero curiosamente, estas conclusiones no toman en cuenta elementos estadísticos que le den un sustento de validez, necesario para asumir estos trastornos como verdaderos (Szasz, 2001). Según se muestra en dicho manual, la psiquiatría ha caído en un posible reduccionismo que niega toda influencia del contexto donde se desarrollan los “trastornos” o complicaciones personales. Si bien se puede asumir que la psiquiatría, como se da en otros campos del conocimiento, ha tenido una evolución acorde con los avances científicos y sociales de la época, también podemos ver cómo estos cambios han dado un viraje, no esperado por muchos, hacia el capitalismo, donde prima más la prescripción y venta de medicamentos psiquiátricos que la salud de los pacientes. Muchas personas son etiquetadas con algún tipo de trastorno psíquico, con el objetivo soterrado de prescribir drogas particulares, de laboratorios particulares, acrecentando las arcas del mercado. Esta concepción mercantilista de la salud mental afecta a millones de personas en el mundo, en tanto que, ante la imposibilidad de entender qué es lo que les pasa, recurren a la medicina y a la psiquiatría en busca de una salida a sus problemas.

8.2 Movimiento Antipsiquiátrico

A finales de los años 60 en el mundo empezó una tendencia interesante en el estudio de los trastornos mentales. El factor externo que explicaría las anomalías mentales, no se centraría en lo espiritual ni en lo biológico, sino en un elemento social. Es así como aparece el movimiento antipsiquiátrico, en el cual la aportación de la antropología resultó fundamental.

Es importante mencionar a antropólogos como Margaret Mead quien, gracias a sus trabajos, cuestionó la universalidad de los comportamientos propios a cada sexo, y los conceptos de normalidad y anormalidad; lo cual hizo tambalear la idea de que todos los trastornos tienen necesariamente una base biológica y única (Mead, 2006). Las costumbres de comunidades no occidentales, descritas por antropólogos, permiten por lo menos, cuestionar qué es lo que podemos llamar comportamiento aceptado o no aceptado socialmente. Permite cuestionar si lo que se está diagnosticando como una enfermedad, es en realidad una particularidad cultural o un verdadero daño orgánico cerebral.

De otro lado, la corriente política también generó grandes cuestionamientos a la psiquiatría. Esta vez, gracias a los trabajos de Michael Foucault (1961), quien, en plena lucha por la independencia de Argelia, en su libro *Historia de la Locura*, describe la psiquiatría como una prolongación de la estructura represora de la sociedad, como una entidad que estigmatiza y refuerza tabúes sociales.

Tomas Szasz (2001), por su parte, impulsó y consolidó un movimiento antipsiquiátrico en Norteamérica donde buscó, por todos los medios, desenmascarar la psiquiatría y demostrar que ésta en realidad es una pseudociencia, que parodia la medicina al usar terminología que suena a medicina, pero que no tiene el sustento científico necesario para considerarla como tal. Para Szasz, la psiquiatría es un sistema de control social y no una rama de la medicina. Algunos argumentos

dignos de ser mencionados son la descripción de un trastorno llamado “drapetomanía” descrito como una supuesta enfermedad mental que padecían los esclavos negros del siglo XIX, la cual consistía en unas “ansias de libertad”, una compulsión por liberarse de sus captores. Como se puede ver, esto no es más que una absurda perogrullada, pero puede servir como referente para analizar los demás trastornos descritos en los manuales de diagnóstico psiquiátrico.

La posición de la anti-psiquiatría se vuelve fuerte en tanto identifica y denuncia que existen intereses ocultos para promover las drogas psiquiátricas, promovidos por los altísimos beneficios económicos que trae consigo el poder patologizar las conductas cotidianas. El estar triste o lamentar una pérdida personal, genera un obvio y evidente retraimiento; la etapa del desarrollo temprano conocido como infancia, se caracteriza por la exploración y las travesuras surgidas de la curiosidad por sobrepasar los límites de la autoridad y lo desconocido. Ante lo cual llama la atención porque la perspectiva psiquiátrica plantea la necesidad de utilizar fármacos para menguar o eliminar estas expresiones, que son características particulares de lo humano.

8.3 Una mirada cultural a las implicaciones de la psiquiatría en la actualidad.

La psiquiatría se basa en un modelo médico que pretende ser científico y asume que toda expresión humana es digna de una explicación causal entre el funcionamiento cerebral y el comportamiento, mientras que las vivencias diarias de muchas comunidades, no requieren mayores explicaciones que la asociación simple entre un evento no grato y la posterior reacción de la persona. Por esto llama la atención que todos los diagnósticos psiquiátricos, al no tener una base estadística o científica clara, se realizan a partir del modelo imperante que es el occidental y también con base en las inmensas ganancias económicas que subyacen al mercado de los fármacos. Así, un niño inquieto en edad temprana no será visto como un niño lleno de energía y curiosidad por lo desconocido sino como un niño enfermo con déficit de atención. Un veterano de guerra que ha visto cómo mueren sus compañeros y que ha tenido que preguntarse porque tiene que matar a otras personas no está deprimido, tiene un síndrome de depresión post-traumática. Las comunidades y familias están indefensas ante el embate de la psiquiatría y la medicación, pues no ha manera evidente de rehusarse medicar los niños y las personas con algún malestar emocional. Como bien lo dice Tomas Szasz:

“Cuando las autoridades escolares le dicen a una madre que su hijo está enfermo y debe medicarse, ¿cómo podría ella saber que es una simple mentira? ¿Cómo puede ella saber que lo que los expertos ahora llaman “trastorno de déficit de atención con hiperactividad” no es una enfermedad? Una madre no es una experta en la historia de la psiquiatría, ella no sabe que los psiquiatras han estado usando términos diagnósticos para estigmatizar y controlar a la gente.”
(Szasz, 2001)

Si tomamos en cuenta la visión psiquiátrica, prácticamente todos los humanos, y más aún aquellos que pertenecen o pertenecemos a culturas diferentes, somos evidentemente pacientes que

necesitamos medicación. El impulso a patologizar la vida cotidiana es evidente con cada nueva versión del manual diagnóstico DSM y por eso es necesario mostrar los elementos de esta concepción que transgreden las particularidades culturales, las cuales son elementos fundamentales que se ignoran en los intentos psiquiátricos de “curar” las complicaciones y comportamientos humanos.

La medicación cumple con una función que podría resultar positiva y en alguna medida útil, para ciertos casos; sin embargo, la tendencia es de prescribir por fuera de contexto pues no hay un interés en la persona que sufre. No hay interés por la historia: aspectos como el desplazamiento, estructura familiar, pautas de crianza y valores morales acordes al lugar donde nace. Aspectos como emigración forzada, desplazamiento y graves pérdidas de familiares, son deliberadamente ignorados cuando se realiza un tratamiento psiquiátrico.

Para muchas familias en Colombia, los periodos de violencia han terminado una vez se han alejado de los lugares donde se dan combates y hechos violentos; pero todas estas historias se mantienen en el imaginario colectivo familiar, donde se hacen recurrentes y afectan necesariamente las dinámicas familiares y personales, y pueden desencadenar o afianzar algún tipo de comportamiento extraño, anomalías en el comportamiento o “trastornos” como reza en el mal llamado DSM.

La idea generalizada de la existencia de algo llamado “enfermedad mental” está cargada de elementos simbólicos negativos, que la mayoría de las veces tienen a victimizar a estas personas, que por lo general no tienen mayores complicaciones en su vida. Es evidente que un país como Colombia, particularmente en zonas rurales, es un lugar en que se convive con la zozobra constante respecto a la guerra, generando consigo una necesidad de adaptación a las situaciones adversas

típicas que esto amerita: evitar hablar con gente foránea, guarecerse de posibles disparos sin objetivo específico, evitar salir a la calle, entre otras. Todas estas dinámicas que a fuerza de las circunstancias cambian el modo de vivir de la gente, modifican y dan matices a los sufrimientos de la gente, cambiando consigo la manera como deberían tratarse.

9 SARA Y LA PSIQUIATRÍA – DOS CONCEPCIONES SOBRE ENFERMEDAD MENTAL

Las representaciones y prácticas de salud no son hechos aislados ni espontáneos, pues tienen un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio, en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad o de un grupo social. Por ello, la problemática de la salud no debe afrontarse en forma individual, sino dentro de la sociedad de la cual hace parte cada persona. Por esto, en este capítulo retomaremos los elementos de análisis necesarios de las dos concepciones de enfermedad mental referenciadas en los apartados anteriores, para dar cuenta de los encuentros y desencuentros entre ambas concepciones: la indígena Nasa y la Occidental. Para la primera, tomaremos como vehículo argumentativo, el caso de Sara y para la concepción hegemónica, haremos una discusión sobre la psiquiatría.

9.1 DSM y Particularidad Cultural

Según el DSM-IV al realizar un diagnóstico y el seguimiento a los pacientes, en el apartado de *factores culturales* se debe anotar las interpretaciones culturales relevantes del estrés social, los niveles de actividad, discapacidad y los apoyos psicosociales disponibles. También se debe incluir el papel de la religión y de las relaciones familiares próximas en el apoyo emocional del paciente, aspectos de suma importancia para el caso de Sara, debido a la particularidad de su identidad y prácticas culturales asociadas a la comunidad indígena Nasa. Dicho manual en su introducción alerta sobre los riesgos en el diagnóstico, cuando no se toman en cuenta las características étnicas y culturales de los pacientes, así como la dificultad que implica tomarlas en cuenta:

“Un médico que no esté familiarizado con los matices culturales de un individuo puede, de manera incorrecta, diagnosticar como psicopatológicas variaciones normales del comportamiento, de las

creencias y de la experiencia que son habituales en su cultura. Por ejemplo, ciertas prácticas religiosas o creencias (p. ej., escuchar o ver a un familiar fallecido durante el duelo) pueden diagnosticarse como manifestaciones de un trastorno psicótico. Aplicar los criterios para el trastorno de la personalidad, en diversas culturas puede ser extremadamente difícil debido a la amplia variación cultural del concepto del «yo», de los estilos de comunicación y de los mecanismos de afrontamiento.” (APA, 2002)

Sin embargo, a partir de las indagaciones realizadas durante la investigación, las entrevistas a Martha, la madre de Sara y los documentos médicos consultados, no se identificaron mayores indagaciones de índole cultural en los procedimientos realizados. Por el contrario, se observa un interés por encuadrar el caso en el modelo biomédico psiquiátrico, una vez fue remitida a una unidad de salud mental, donde se ha reducido el problema de lo mental a disfunciones del sistema nervioso central, susceptible de modificarse vía psicofármacos. Se deja de lado el sujeto y la subjetividad que permitirían simbolizar los síntomas de la enfermedad, y su posterior interpretación centrada en el bienestar del sujeto que sufre, y no en la simple reducción de los síntomas no deseados.

Martha, la madre de Sara, Expresa:

“El sobrino que acompañó conmigo a Cali (Sic), habló con el médico allá, pero no demoró nada. A mí me dijo ‘Mauricio’ -el sobrino de Martha-, que el médico había preguntado de dónde éramos, y luego que ‘Sara’ se tenía que quedar allá en el hospital (...) de ahí tuvimos que ir para la casa de paso, hasta el otro día, para volver a averiguar por ‘Sara’. Yo hablé con [el] doctor y me dijo que se iba a quedar en el hospital unos días y que podía visitar los jueves en la tarde”

Durante las conversaciones con el equipo psicosocial del cabildo, la madre de Sara no dio más información sobre los procedimientos o actividades que realizaron con su hija, solo habló sobre las visitas que realizó en su periodo de hospitalización de las cuales decía que estaba como dormida y

hablaba muy poco: “Mi hija parecía otra persona y no preguntó por la niña –la hija de Sara- ni por los hermanos”.

El manual diagnóstico DSM IV propone que, en la construcción de la historia clínica de los pacientes con alguna característica cultural particular, deben establecerse los *Elementos culturales de la relación médico-paciente*, donde se resalten las diferencias de estatus cultural y social entre el paciente y el clínico, y los problemas que estas diferencias pueden causar en el diagnóstico y el tratamiento – por ejemplo, las dificultades del idioma del paciente, para poder comprender las causas de los síntomas, o su significado cultural, y establecer una relación apropiada y “determinar si un comportamiento es normativo o patológico” (DSM-IV, 2002).

Estos aspectos, necesarios para poder comprender la realidad de la situación de Sara, han sido superficiales, lo que permite inferir que existe una presuposición básica, al considerar la formulación cultural de los pacientes psiquiátricos: solo el paciente es sujeto de la cultura mientras que el especialista, en razón de su formación científica, escapa de cualquier membresía cultural, ubicándolo en un lugar de prestigio que le permite juzgar desde su posición privilegiada: la concepción hegemónica médica occidental, de la “medicina basada en la evidencia”. Como lo diría el antropólogo colombiano Carlos Alberto Uribe “Diagnosticar en psiquiatría también implica un juicio moral sobre la persona y eso hace la psiquiatría (...) tan complicada” (Uribe, 2014)

En cuanto al diagnóstico psiquiátrico, es importante mencionar la posición de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL, cuyos miembros afirman en su *Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico* (GLADP, 2004) que diagnosticar en psiquiatría, va más allá de un proceso de evaluación del paciente y de ordenar de forma sistemática la información obtenida.

“no es sólo identificar trastornos, sino entender cabalmente lo que pasa en la mente y el cuerpo de la persona que busca atención clínica, incluyendo el modo particular como se manifiesta y se vivencia una enfermedad en cada paciente, cómo afecta ésta sus relaciones labores, familiares y sociales, y cómo impacta su calidad de vida” (GLADP, 2004, pág. 35)

Esta idea de la APAL llama a tomar en cuenta el clásico dualismo mente-cuerpo incluyendo todas las discusiones epistemológicas que conlleva, aspectos que en el DSM IV se avizoran como un anacronismo superado, pues sus autores se centran más claramente en las características de la enfermedad psiquiátrica que son susceptibles de comprobación, para evitar, al menos discursivamente, posibles imprecisiones que lleven a que sus esfuerzos de clasificación nosológica no sean coherentes con la medicina psiquiátrica hegemónica, científica y verificable. Resulta interesante este contraste, en tanto los intentos de clasificación de enfermedades y diagnósticos psiquiátricos en Latinoamérica –al menos en sus recomendaciones- pretenden tomar en cuenta los aspectos culturales y espirituales como elemento fundamental en el diagnóstico y tratamiento, y no como un elemento accesorio que puede causar “ruido” y afectar la clasificación diagnóstica como se plantea en los anexos del DSM IV.

Uno de los problemas que enfrenta la clasificación y diagnóstico en psiquiatría ha sido la manera de referirse a las afectaciones y malestares psíquicos. Según Carlos Alberto Uribe, (2014) usar el concepto “enfermedad mental” implica aspectos diferentes a la terminología biomédica psiquiátrica, donde se usa mayoritariamente la expresión “trastorno mental”, lo cual obedece a lo que él llama el estigma asociado a la idea de Locura. Mientras que la enfermedad da cuenta de una entidad clínica caracterizada por uno o más síntomas que generan cambios reconocibles en el cuerpo, en el estado armónico conocido como salud, esos cambios aparecen asociados a una causa biológica; el trastorno por su parte, refiere a cambios no adaptativos que afectan los procesos

normales, ya sean mentales o biológicos. Particularmente, el trastorno está asociado a la periodicidad de aparición de síntomas de enfermedad mental, agudización de síntomas susceptibles de tratamiento y atenuación de los mismos. En otros términos, este concepto –Trastorno mental– ha servido para atenuar el estigma de la Locura y describir las señales del estado de anormalidad y alteraciones de la salud en que se encuentran las personas; mientras que el concepto de enfermedad señala una relación de causalidad de dichas alteraciones, la etiología. Aspecto difícil para la psiquiatría dado que el diagnóstico, y en lo que están de acuerdo los psiquiatras, no se hace en base a ninguna prueba objetiva.

“El diagnóstico no se hace a partir de lo que nos diga un TAC, (...) un encefalograma o análisis de sangre (...) No disponemos al día de hoy de ningún dato objetivo que nos permita aclarar el diagnóstico psiquiátrico o psicológico de un paciente. ¿cómo se hace el diagnóstico? El método es muy sencillo, como idea, y es que exclusivamente se hace en base a la visita, a la entrevista que tienes con el paciente y quizá con algunas personas cercanas al paciente o allegados. (...) Evidentemente la entrevista es una “forma” de diagnosticar que sólo aporta datos subjetivos, por lo que hay que tener muy claro que un psiquiatra o un psicólogo clínico nunca puede afirmar con contundencia cuál es diagnóstico de ese paciente. A diferencia, de lo que puede pasar con un cáncer, que con un microscopio ves la célula que está enferma tu puedes afirmar qué enfermedad tiene ese paciente, en psiquiatría nunca podemos tener datos objetivos, por lo tanto nunca podemos afirmar con una fuerza enorme que seguro estoy acertando en el diagnóstico que tiene el paciente” (Navarro, ¿Cómo se realiza el diagnóstico en psiquiatría y psicología?, 2018)

En medio de estas discusiones quedan Sara y su familia, su sufrimiento y sus esfuerzos por recobrar la tranquilidad personal, y a su hogar, para poder así continuar con sus vidas. El diagnóstico de Trastorno Bipolar afectivo ha traído consigo un tratamiento invasivo a base de antipsicóticos y medicamentos, dejando de lado un análisis de su particularidad cultural Nasa y de

las posibilidades de mejora que le han podido brindar las prácticas en salud indígena y el acompañamiento con procedimientos alternativos que le ha podido brindar su comunidad.

9.2 La realidad de Sara.

El sábado 16 de junio de 2018 se realiza el último encuentro de acompañamiento psicosocial a la familia de Martha y Sara en su casa. En esta oportunidad se hizo un encuentro informal, con el interés de evaluar las dinámicas familiares y el estado general de Sara. Resulta importante mencionar que la joven, en el primer encuentro con el equipo de apoyo, realizado cuatro meses antes presentaba bajo ánimo, llevaba un año sin tomar medicamentos y la madre temía que tuvieran que volver al hospital psiquiátrico. No obstante, en el encuentro final se encontraba mejor, apoyando en la tienda a sus padres y en el cuidado de su hija. Este ambiente tranquilo permitió conocer con mayor detalle la situación familiar y las preocupaciones en torno a la “enfermedad” presentada por Sara.

Luego de los diferentes encuentros con la familia, Sara ha tenido más confianza y ha logrado cruzar algunas palabras conmigo. Si bien no ha sido algo elaborado y profundo, se pudo notar que al parecer ha superado la posible crisis que tenía unos meses atrás. Este nuevo ambiente favorable, permitió tener una conversación larga con Martha, su madre, sobre lo que ha pasado durante este tiempo para que Sara haya mostrado una mejoría.

Sara ha dejado de lado los medicamentos y ha sido tratada con la medicina tradicional indígena. Martha nos cuenta que el médico tradicional ha realizado dos refrescamientos a su hija en la laguna del Páez y ha usado riegos de plantas en la casa y a toda su familia. Ella nos describe en sus palabras el procedimiento:

“El medico tradicional - The Wala - vino a la casa y tomó el pulso de todos, lo hace con la vara de chonta en el brazo de nosotros para saber qué tenemos. El médico The Wala dijo que tenía que hacer una “limpia” a la casa y a todos. De ahí se fue aquí afuera a medir las fuerzas y hablar con las plantas (...). Dijo que Sara necesitaba ‘armonizar’ con la casa y empezó a preparar remedio aquí en esta cocina. Sacó de su jigra la coca y nos dio a todos, tiró un poquito en cada rincón. Yo vi que cogió Sauco y yakuma de la otra mochila y otras plantas y comenzó a hervir en la olla. Nos dijo que teníamos que pedir permiso a la madre tierra para mejorar (la) salud y ahí hizo el ritual con aguardiente. Yo sentí alivio y mi marido también, las plantas ayudaron a todos porque Sara ya no se quedaba despierta en la noche y comía bien, (...) y la niña –hija de Sara- no lloró por las noches. A los ocho días, me fui con Sara y el médico tradicional para la laguna. El médico tradicional nos hablaba en Nasayuwe dando consejo mientras caminábamos y nos enseñaba sobre plantas. Dijo que espíritu estaba visitando a Sara pero que no era malo, que quería enseñar. Cuando íbamos llegando, el médico The Wala se adelantó a la laguna para pedirle permiso para entrar y hacer ritual, dijo que había buena energía y continuamos. Clavó en el suelo el bastón de chonta e hizo riegos al cuerpo de Sara metida en la laguna.”

Llama la atención en esta descripción, la confianza que, como familia indígena, depositan en el The wala, lo reconocen como poseedor de un saber que puede ayudarlos y siguen sin discusiones sus recomendaciones. Lo cual contrasta con el malestar generado con las interacciones que tuvieron con los médicos occidentales, primero en el puesto de salud del resguardo y posteriormente en el hospital psiquiátrico de Cali.

En el grupo de trabajo de Medicina propia del cabildo de Tacueyó afirman que no descartan la ayuda de la medicina Occidental para la atención de dolencias que ellos no pueden tratar. Si bien los contrastes de método de las dos concepciones generan desencuentros ontológicos y epistemológicos (véase Benavides, 2013), los the walas procuran trabajar con las instituciones de salud.

“De acuerdo con las orientaciones que los sabedores ancestrales les dan a los consultantes, éstos acuden a la consulta médica occidental. El The Wala y/o la partera le indican a su consultante que ellos analizan que la medicina occidental les va a servir mejor, o para el caso de la embarazada le indican que es mejor que el parto lo realice en el hospital ya que en la casa podría tener complicaciones insalvables” (Benavides, 2013)

En el caso de Sara, el the wala y su familia, han identificado que los problemas afectivos que tiene son tratables desde la medicina ancestral y pueden prescindir de los tratamientos occidentales propuestos por los psiquiatras que la trataron en su hospitalización en la ciudad de Cali.

Al preguntar a Martha por los medicamentos manifiesta que ya no los estaba tomando, que creía que “eso no era bueno porque no veía que (Sara) mejorara”, que le resultaba extraña la indicación de tener que tomarla de por vida y volver al médico occidental cuando se le acabaran. Martha refiere no saber qué son esas pastillas ni para qué realmente sirven.

El medicamento conocido como Litio, prescrito para el tratamiento de Sara, es un componente químico que se encuentra en los humanos en bajas concentraciones y se desconoce su utilidad. En el siglo XIX se utilizaba en tratamientos para la presión arterial, pero fue en el siglo XX que se descubrió que podía servir para algunas enfermedades concretas de psiquiatría. No obstante, no se ha podido demostrar por qué este medicamento sirve para el tratamiento de los trastornos afectivos. Ante esto, el psiquiatra español Víctor Navarro afirma:

“Nunca hemos sabido demostrar ,y desconocemos por tanto, porqué el Litio va bien para tratar estas enfermedades de psiquiatría. Que sepamos, no hay ninguna enfermedad que sea debida a una falta de Litio. Es al revés, desconocemos por qué, pero un exceso de Litio va bien para tratar algunas enfermedades (...). Utilizamos el Litio en tres situaciones, la primera es para evitar recaídas en las

personas que tienen un trastorno bipolar o un trastorno esquizo-afectivo (...) La segunda es para frenar un episodio de manía, pero no se usa mucho, dado que hay otros fármacos más efectivos. Y la tercera es para potencializar el efecto de un fármaco anti-depresivo.” (Navarro, Litio y Psiquiatría, 2017)

Según los relatos de su madre, Sara no ha necesitado de este medicamento para poder mantener su mejoría y por el contrario ha tomado el camino de las prácticas de medicina tradicional para lograr una mejoría de su estado anímico.

9.3 Cultura, diagnóstico y cura.

El procedimiento que podría utilizar un psicólogo o un psiquiatra, para enfrentar una determinada dificultad psíquica, podrá tener mayores o menores efectos dependiendo del contexto socio-cultural en el cual su consultante se encuentra inscrito. En este sentido un posible Trastorno psico-afectivo Bipolar en una joven indígena, puede ser de más fácil resolución o de un mejor abordaje, para un médico tradicional indígena que pertenezca y conozca ampliamente su cultura, que para un médico occidental o psiquiatra que no comparte toda una serie de costumbres y la cosmogonía propias a esa cultura. La multiplicidad de factores que intervienen alrededor de la concepción, los procesos y las prácticas curativas que emplean las comunidades indígenas en su medicina, reflejan la realidad sociocultural de la comunidad, a partir de sus ritos y creencias ancestrales.

Tobie Nathan, un etnopsicoanalista francés que ha desarrollado un modelo de trabajo psicoterapéutico basado en tomar en cuenta las diferentes culturas, para comprender los procesos de la enfermedad y su cura, ha buscado seriamente la mediación entre las técnicas de cura tradicionales y el psicoanálisis. Considera que la comprensión del Otro y la cultura de la que

proviene es fundamental¹⁸. Según Nathan, el lenguaje sirve para intercambiar aquello que se encuentra dentro del ser humano. La perturbación psíquica y la enfermedad se limitan, a nivel cultural, a la imposibilidad de un consultante de generar tales intercambios de relaciones con los otros miembros de la cultura. El camino psicoterapéutico se compone de hacer posible la expresión del lenguaje metafórico, donde el paciente es capaz de comunicar sus conflictos (Nathan, 1997). Este elemento genera un reto para las prácticas médicas y psiquiátricas actuales, dado que, como en el caso de Sara, al reducir el diagnóstico a concatenar una serie de síntomas observados en un listado brindado por un manual, y el posterior tratamiento reducido a una actividad de suministro de psicofármacos, deja de lado cualquier intento por comprender las afectaciones de los sujetos y lograr mejorías duraderas, en contraposición a los resultados paliativos de los medicamentos.

La multiplicidad de factores que intervienen alrededor de la concepción, los procesos y las prácticas curativas que emplean las comunidades indígenas en su medicina, reflejan la realidad sociocultural y conceptual de la comunidad, a partir de ritos y creencias ancestrales. Esa realidad socio-cultural en la que está inmerso el The Wala y sus consultantes de su comunidad son las que permitirán crear los puentes para lograr lo que Lévi Strauss en su libro de Antropología estructural llamó “Eficacia simbólica” (Lévi-Strauss, 1987). Donde el lenguaje y la sensibilidad cultural cumplen un papel fundamental para identificar “los elementos de sentido situados en la frontera de lo privado y lo público, lo íntimo y lo ritual” (Nathan, 1997, pág. 46)

El proceder de la psiquiatría, al menos en el caso particular de Sara, da cuenta de que su concepción biomédica de enfermedad, no toma en cuenta los avances conceptuales y explicativos propuestos por la antropología médica; sus representantes afirman que la enfermedad no se refiere

¹⁸ Su modelo psicoterapéutico surgió de haber escuchado a sus pacientes tratando de reconocer el significado individual de sus síntomas y rechazando los prejuicios médicos y las normas sociales que intentaban limitar el proceso psicoterapéutico a demandas más o menos estereotipadas.

necesariamente a un estado objetivo, sino que su caracterización también está influenciada por el contexto social, histórico y político. El modelo biomédico no construye la enfermedad a partir de un cuerpo homogéneo de conocimientos, con una racionalidad científica poseedora de una total consistencia interna. Los médicos usan sus propios modelos explicativos los cuales utilizan en sus prácticas clínicas cotidianas, derivados de su formación académica.

10 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A partir de las indagaciones realizadas en la presente investigación y la revisión de trabajos etnográficos sobre la salud en pueblos indígenas colombianos, se puede concluir que cada comunidad indígena tiene sus creencias, prácticas y sus propios recursos comunitarios para la promoción de la salud. En el caso de la comunidad indígena Nasa del norte del Cauca, la comunidad mantiene una percepción y significación propia de los procesos de salud y enfermedad, prevención y restauración de la salud individual y colectiva. Así, la salud es entendida como el resultado de relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, la comunidad, la familia y la naturaleza, al igual que el respeto por las fuerzas naturales cosmogónicas que dan sentido a su identidad. Por su parte, la enfermedad es entendida como la pérdida de las relaciones o desequilibrio entre ser humano, el espíritu y la naturaleza, lo cual amerita la intervención de un médico tradicional o The Wala para reestablecer la armonía y equilibrio a través de rituales y el uso de plantas medicinales. Estas actividades se constituyen en un elemento fundamental en los procesos identitarios indígenas Nasa.

Los efectos terapéuticos de las prácticas curativas que llevan a cabo los The walas en los resguardos, se deben entender y analizar en el contexto en el cual se llevan a cabo, y sobre las personas a quienes se aplica; ya que no tendrá el mismo efecto terapéutico determinada práctica curativa indígena si se hace con personas por fuera de la cosmovisión y cosmogonía propias de esa cultura. Lo que es un hecho real para un habitante de la zona rural de Toribío, en el norte del Cauca, puede no necesariamente serlo para una persona que viva en una ciudad o centro poblado, con referentes culturales diferentes. De igual forma, las prácticas médicas occidentales, al ignorar el acervo cultural de las comunidades, dan vía libre a procesos de atención que atentan contra la idiosincrasia cultural indígena, llevando a que personas como Sara y su familia deban someterse a

procedimientos invasivos e innecesarios, tomando en cuenta que sus prácticas culturales en salud pueden tener un impacto mayor en los procesos de curación.

Los intentos de los manuales de clasificación de enfermedades mentales como el DSM o la Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL, con su *Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico*, para incluir alertas sobre la influencia de la particularidad cultural en el diagnóstico acertado, en poblaciones diferentes, aún no han logrado la apertura necesaria de los médicos y psiquiatras para que acojan los elementos culturales como una ayuda para realizar tratamientos y procedimientos de cura en poblaciones diferentes a la media occidental. Al menos en el caso analizado en la presente investigación, se pudo evidenciar que no hubo una interacción clara entre el saber médico biomédico y los saberes ancestrales, para poder atender el padecimiento psíquico presentado por Sara.

Existen múltiples diferencias entre las concepciones propias de la medicina indígena y la occidental, sobre los factores etiológicos involucrados en la “enfermedad” y la forma en que se realizan los procesos terapéuticos. Por ejemplo, un elemento fundamental que hace la diferencia entre estas dos formas de enfrentar la enfermedad psíquica o afectación mental, es el referente a las personas que llevan a cabo dichos procedimientos. En ambas tradiciones médicas resultan importantes los agentes de cambio en los malestares psíquicos. En la medicina indígena se utilizan una serie de parámetros completamente diferentes a los de la medicina occidental, para seleccionar y entrenar al ejecutor del arte curativo. En la medicina indígena Nasa el convertirse en un The Wala no es una elección que hace el sujeto por su propia voluntad; no solamente tiene que elegir serlo, sino que, además tiene que ser elegido por factores que son ajenos a su voluntad, o que se escapan de su directa influencia, como lo plantea en sus palabras un médico tradicional:

“Yo empecé a sentir, a escuchar y a ver (...) mis padres decían que no debía salir a la calle porque había un espíritu malo, pero yo quería saber quién era. Me llevaron a un médico tradicional y cuando me tomó el pulso supo que yo iba a ser un the wala y me acogió para enseñarme algunas cosas”

En algunas culturas indígenas, las visiones que tienen los médicos indígenas sobre algunos niños y las habilidades que ven en ellos, les sirven de indicativos o señalamientos sobre las cualidades innatas de aquellos niños como futuros herederos de sus conocimientos. Sin embargo, por parte de la medicina occidental, las elecciones de los médicos y psiquiatras por convertirse en profesionales, obedecen a intereses personales alejados, la mayoría de las veces, de la sensibilidad necesaria para entender y comprender intereses comunitarios como los de las comunidades indígenas.

Como lo plantea Álvaro Vallejo (2006):

“Para los investigadores es una responsabilidad científica y moral el rescatar y reevaluar las prácticas médicas indígenas que han subsistido a través de milenios y que ahora están agonizando o están a punto de ser irreparablemente perdidas. Los teóricos del conocimiento están en mora de valorar y sistematizar los saberes de esas “enciclopedias ambulantes” que son los médicos indígenas, y a través de los conocimientos que ellos poseen, preservar una parte de nuestro patrimonio cultural y de nuestra identidad. En Colombia, hasta ahora no existe ninguna documentación rigurosa sobre las prácticas médicas indígenas con relación a los trastornos mentales; lo que se encuentra son fragmentos de experiencias diseminadas en tesis de pregrado, postgrado, en artículos, y en alguno que otro texto.”

Resulta necesario volver a la mirada a las prácticas indígenas y ayudar a conservar su saber. Tomando en cuenta que han permitido comprender con sus ritos y experiencias que no es posible entender el sufrimiento humano sin conocer el contexto socio cultural en el que se encuentra inscrito el sujeto.

11 BIBLIOGRAFÍA

- APA, A. P. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Benavides, J. M. (2013). *Atención de la salud y la enfermedad comunidades Nasa: Prácticas, significados y desencuentros*. Cali: Tesis Maestría en Psicología.
- Berrios, G. (1999). *Classifications in psychiatry: a conceptual history*. Cambridge.
- Bonilla, E., & Rodríguez, P. (2000). *La investigación en ciencias sociales. Más allá del dilema de los métodos*. Bogotá: Norma.
- Bruner, J. (2004). *Realidad Mental y mundos Posibles. Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Barcelona: Gedisa.
- Cátedra Nasa Unesco, A. (2001). *Cómo vivían nuestros mayores: Yathë' wesxa Kapiya' hatx u'hunxisa. Los mayores nos enseñan a través de sus historias de vida*. Toribio Cauca: Asociación Cabildos Indígenas del Norte del Cauca.
- Clavreul, J. (1983). *El orden médico*. Madrid: Emege Industrias gráficas.
- Cooper, R. (2004). *What is wrong with the DSM? History of psychiatry*. Londres.
- De la Cuesta, C. (2006). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Investigación*.
- Devereux, G. (1973). *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barcelona: Barral Editores.
- Elias, N. (1990). *La sociedad de los individuos*. Barcelona: Ediciones Península.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica*. Barcelona: Siglo XXI.

- Foucault, M. (1967). *Historia de la Locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Garcia, M., & Patiño, R. (1993). *El saber del médico tradicional en la comunidad veredal de huellas (Resguardo Páez de Huellas-Municipio de Caloto - Cauca)*. Cali Colombia: Tesis de grado para optar al título de psicólogo Universidad del Valle.
- Geertz, C., Clifford, J., & otros. (1998). *El surgimiento de la antropología posmoderna*. Barcelona: Gedisa.
- GLADP, A. P. (2004). *Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico (gladp)*. México: Sección de Diagnóstico y Clasificación.
- Gutierrez, A. (27 de Abril de 2004). Comunicación Personal. (A. Marín, Entrevistador)
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge Massachusetts: Harvard University press.
- Henao, J. (17 de marzo de 2016). Comunicación Personal. (A. Marín, Entrevistador) Tacueyó, Cauca, Colombia.
- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? *BEHAVIORAL AND BRAIN SCIENCES*, 61-135.
- Jilek, W. (1995). *Emil Kraepelin and comparative sociocultural psychiatry*. European archives of psychiatry and clinical neuroscience.
- Kleinman, Arthur, Eisenberg, L., & Good, B. (2006). Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropological and Cross-Cultural Research. *Locus*, 140-149.

- Lehti, V., Niemelä, S., Hoven, C., Mandell, D., & Sourander, A. (2009). Mental health, substance use and suicidal behaviour among young indigenous people in the Arctic: A systematic review. *Social Science & Medicine*.
- Lévi-strauss, C. (1972). *El pensamiento salvaje*. Mexico D.F: Fondo de cultura económica.
- Lévi-Strauss, C. (1987). *Antropología Estructural*. Barcelona: Paidós.
- Lopera Valle, J. S., & Rojas Jimenez, S. (2012). Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública. *Medicina UPB*, 43.
- Lozada, E. (1994). *Historia de Tacueyó*. Toribio Cauca: Inedito.
- Marín, Marlés, & Tenorio. (2009). *Escolaridad e Identidad Indígena en Jóvenes Nasa_ Exploración desde la Psicología Cultural*. Cali: Tesis grado.
- Mead, M. (2006). *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*. Barcelona: Paidós.
- Ministerio de Protección Social, M. (2005). *LINEAMIENTOS DE POLITICA DE SALUD MENTAL PARA COLOMBIA*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social.
- Nathan, T. (1997). *La influencia que cura*. Buenos Aires: Fondo de Cultura económica.
- Navarro, V. (4 de Septiembre de 2017). Litio y Psiquiatría. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=Hno9O3UGD-I>
- Navarro, V. (19 de Febrero de 2018). ¿Cómo se realiza el diagnóstico en psiquiatría y psicología? Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=qKLHannsxoc>

- OPS, O. P. (2003). *Iniciativa de salud de los pueblos indígenas: Lineamientos estratégicos y plan de acción 2003-2007*. Washington.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades CIE-10*. Washington D.C.
- Packer, M. J., & Goicochea, J. (2000). Teorías socioculturales y constructivistas del aprendizaje: Ontología, no solamente epistemología. (L. Sampson, Ed.) *Educational Psychologist*. Laweance Arilbaum Associates inc.
- Perafán, C. (1999). *Impacto de cultivos ilícitos en pueblos indígenas. El caso de Colombia*. Washington D. C. .
- Pinal, M. E., & CorreiaII, M. (2012). Egas Moniz (1874-1955): culture and science. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*.
- Rappaport, J. (2004). *Rertornando la mirada: Una investigación colaborativa interétnica sobre el cauca a la entrada del milenio*. Popayán: Universidad del Cauca.
- Szasz, T. S. (2001). *Ideología y Enfermedad Mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Taylor, S., & Bogdan. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidos.
- Tenorio, M. C. (2006). *Notas tomadas y organizadas con base en presentación de Martin Packer*. Cali: Trabajo Personal.

Uribe, C. A. (10 de Octubre de 2014). Psicofármacos: uso y significado en el tratamiento de la salud mental. (D. Zerda, Entrevistador) Obtenido de https://www.youtube.com/watch?v=GmGzGHmz_Ns

Vallejo, A. R. (2006). MEDICINA INDÍGENA Y SALUD MENTAL. *ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA*, 39-46.

Wexler, Chandler, Gone, Cwik, Kirmayer, LaFromboise, . . . Allen. (2015). Advancing suicide prevention research with rural American Indian and Alaska Native populations. *PubMed*.