

Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia

Conceptual perspectives in mental health and their implications in the context of achieving peace in Colombia

Dora María Hernández-Holguín (<https://orcid.org/0000-0002-1050-6625>)¹

Abstract *This article presents a critical reflection on the conceptual perspectives in mental health, in the quest for new meanings for this concept and its implications in the context of achieving peace in Colombia. For this, an integrative review of the literature was conducted in seven bibliographic databases and search engines. As a result, five conceptual perspectives of mental health were identified: 1) biomedical and behavioral; 2) wellbeing and its potential; 3) cultural; 4) psychosocial; and 5) based on social determination, the epistemological foundations, contributions, criticisms, and limitations of which are described in each case. Finding more pertinence in the proposal of mental health from collective health/social medicine rather than from the classic public health for achieving peace in Colombia, a comprehensive view of mental health that takes into account its socio-cultural relevance from a critical and socio-historical position is proposed.*

Key words *Mental health, Public health, Collective health/social medicine, Armed conflict, Peace*

Resumen *Este artículo presenta una reflexión crítica sobre las perspectivas conceptuales en salud mental, en busca de nuevos sentidos para este concepto y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia. Para esto se realizó una revisión integrativa de la literatura, por medio de siete bases de datos bibliográficas y motores de búsqueda. Como resultado, se identificaron cinco perspectivas conceptuales de salud mental: 1) biomédica y conductual, 2) del bienestar y las potencialidades, 3) cultural, 4) psicosocial y 5) de la determinación social, cuyos fundamentos epistemológicos, sus aportes, críticas y limitaciones se describen en cada caso. Al encontrar mayor pertinencia en la propuesta de salud mental desde la salud colectiva/medicina social que desde la salud pública clásica para la construcción de paz en Colombia, se propone una mirada integral de la salud mental que tenga en cuenta su pertinencia socio-cultural desde una posición crítica y socio-histórica.*

Palabras clave *Salud mental, Salud pública, Salud colectiva/medicina social, Conflicto armado, Paz*

¹ Grupo de Investigación en Salud Mental (GISAME), Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Calle 70, 52-2. Medellín Colombia. doram.hernandez@udea.edu.co

Introducción

La revisión sobre salud mental en contextos de conflicto armado/construcción de paz muestra cómo su estudio se ha centrado principalmente en los conflictos armados y menos en la construcción de paz, con una mirada morbicéntrica que no tiene en cuenta la connotación colectiva y política de la salud mental ni su relación con la superación de las inequidades y las injusticias sociales como causas del conflicto armado. Con un interés central en la concepción de la salud mental en procesos de construcción de paz se parte de reconocer que la violencia política y en ella, la búsqueda de la paz ha sido un asunto de interés para la salud pública, como lo constata la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que motivada por los efectos de las guerras mundiales, evidenció la dimensión mental de la salud¹. Posteriormente, en procesos de justicia transicional² se ha dado especial importancia a la recuperación luego del trauma, al perdón, la reconciliación, los derechos humanos y la lucha contra la impunidad, medidas asociadas al logro de mejores niveles de salud y de paz.

Desde mediados del siglo XX, en Latinoamérica surgieron guerrillas en respuesta a dictaduras e injusticias sociales, que en el caso de Colombia han llevado a un conflicto armado prolongado, cambiante y complejo³, cuyas cifras indican el registro de 8.632.032 víctimas⁴ con su correlato en daños a estructuras comunitarias, destrucción de tejido social y aumento de la inequidad³. Paralelamente se han desmovilizado 59.761 personas de grupos armados ilegales⁵; mientras 77 líderes sociales han sido asesinados a 15 meses del inicio de la implementación de los acuerdos con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo⁶ y a un año del inicio de un proceso de negociación con el Ejército de Liberación Nacional⁷. Estos acercamientos con dos de las guerrillas más antiguas del país avivan el debate sobre la construcción de paz, si inicia con el pos-acuerdo o está constituida por los esfuerzos que se dieron en pleno conflicto armado⁸ y si tiene en cuenta o no la desigualdad social.

Para Castillejo “no hay paz sin justicia”⁹(p.84), en esta lógica construir paz implica un trabajo intersectorial que incluye el sector salud en la búsqueda de la justicia social, el fortalecimiento de los vínculos sociales, el retorno a las causas del conflicto, la reclamación de los derechos históricamente vulnerados y la democracia participativa. En este caso la paz ha sido entendida como “positiva” e imperfecta, más allá de la ausencia de violencia directa, enfatiza en la presencia de

justicia social, exige distribución equitativa del poder y de los recursos, entiende la potencialidad del conflicto como motor de transformación e insiste en su resolución pacífica¹⁰, no es absoluta ni perfecta¹¹, no está absolutamente presente sino que convive con el conflicto y con diferentes alternativas violentas o no para regularlo.

En este panorama la violencia en Colombia ha sido considerada un problema de salud pública¹² en el que a la salud mental se le ha estudiado más desde los mecanismos neurofisiológicos, genéticos y comportamentales de los trastornos mentales que desde el ámbito comunitario¹³, y en desconexión con la realidad socio-histórica del país¹⁴. Esto a pesar de haberla relacionado en su expresión de salud mental positiva, por ejemplo con las resistencias individuales y colectivas como oposición afirmativa¹⁵.

La salud mental se mueve en un concepto borroso y ambiguo, que sólo ofrece una orientación parcializada, según la perspectiva que se asuma y en la imposibilidad de contar con una definición de la misma, dado su carácter situado (social, relacional y cultural). La deconstrucción del concepto *salud mental* en contextos de construcción de paz permite pasar de un panorama conceptual disperso, confuso y con límites difusos, a otro con mayores claridades, para llegar no a una única concepción de salud mental sino a mayor claridad sobre elementos para la toma de decisiones en este terreno. Justamente, ante las múltiples formas e inconformidades en el abordaje de la salud mental, este artículo tiene por objeto una reflexión crítica de su conceptualización, en la búsqueda de nuevos sentidos y sus potenciales implicaciones prácticas en contextos de construcción de paz.

Se presenta una panorámica de las principales perspectivas epistemológicas en salud mental en procesos de construcción de paz: biomédica y conductual, del bienestar y las potencialidades, cultural, psicosocial y de la determinación social. Sin embargo, no se busca una concepción única de salud mental, sino que se invita a la confluencia de perspectivas conceptuales y se parte de reconocer su expresión en lo individual y lo colectivo, en la reflexión crítica y el ejercicio político y la necesidad de contemplar las condiciones culturales y socio-históricas con las que se relaciona.

Métodos

Se realizó una revisión integrativa de la literatura, cuya finalidad es sintetizar hallazgos sobre un tema de interés, de manera sistemática, ordenada

y completa, permite la inclusión de estudios de diversos diseños para la comprensión del fenómeno de interés, combina datos de la literatura teórica y empírica e incorpora una amplia gama de propósitos, entre los que cabe la revisión de conceptos, teorías o metodologías, y destaca la interpretación que hace el autor sobre los hallazgos¹⁶.

La pregunta que guió la búsqueda y análisis fue ¿cuáles son las perspectivas conceptuales de salud mental en producción académica de construcción de paz? Los ejes temáticos fueron: “conflicto armado”, “construcción de paz”, “salud mental” y “experiencias comunitarias”. Es de aclarar que los límites borrosos entre guerra y paz conllevaron a tener en cuenta la relación “conflicto armado/construcción de paz”. Se hicieron 20 combinaciones de descriptores relacionados por tesauros –18 arrojaron información– seis con términos DecS, dos con los de MeSH y 12 con los de Unesco, para la búsqueda en siete Bases de Datos Bibliográficas y motores de búsqueda: Blackwell Reference Online, DOAJ (*Directory of Open Access Journals*), Hapi Online, Lilacs, Scielo, Science direct y Google académico.

Los criterios de inclusión fueron: *documentos tipo artículo o capítulo de libro* (revisión e investigación), *idioma* (español, inglés y portugués), *periodo* (1986-2016), *accesibilidad, calidad* (claridad y coherencia conceptual y metodológica) y *pertinencia temática*. Estos criterios se fueron aplicando progresivamente como se puede ver en la Figura 1 a los 680 documentos iniciales hasta obtener 128, de cuyas referencias fueron identificados otros 365 textos, para un total de 493. De éstos se seleccionaron 118 que cumplieron con *pertinencia temática* según el resumen, estaban *disponibles* y *no eran repetidos*, de los cuales se obtuvieron 69 luego de haber sido clasificados y priorizados según *consistencia conceptual y metodológica, vivacidad descriptiva* y *precisión analítica*¹⁷; 42 textos fueron revisados nuevamente para la escritura del artículo y finalmente fueron citados 31.

Los documentos fueron registrados en una matriz con su referencia bibliográfica, concepto de salud mental, origen del concepto, posición epistemológica, disciplinas de base; centro de la propuesta y críticas; lo que facilitó la categorización del material. Se hizo análisis inductivo desde su contenido específico hasta la identificación de categorías. Las categorías centrales sobre perspectivas en salud mental: biomédica y conductual, del bienestar y las potencialidades, cultural, psicosocial y de la determinación social se lograron a partir del “centro de la propuesta” y

de su confluencia con otras subcategorías como “concepto de salud mental” y “posición epistemológica”.

Resultados

En la búsqueda de literatura sobre conceptualización de salud mental se hallaron tres publicaciones de revisiones afines con este objetivo, que dado su aporte conceptual se toman como marco teórico, la primera “Nuevos conceptos en salud mental” [*Nouveaux concepts en sante mentale*] de Castel¹⁸, la segunda “Conceptos de salud en discursos contemporáneos de referencia científica” [*Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica*] de Coelho & Almeida Filho¹⁹ y la tercera “Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública” de Restrepo & Jaramillo²⁰. Todas coinciden en su interés de rastrear los conceptos de salud mental y confluyen en una clasificación similar a partir de los discursos dominantes que proponen Coelho & Almeida Filho¹⁹, revisiones que constituyen un punto de partida para la propuesta que se presenta más adelante a partir de los resultados de nuestra revisión, antecedentes sintetizados en el Cuadro 1.

Para la sociología funcionalista, primer discurso dominante propuesto por Coelho & Almeida Filho¹⁹, el objetivo principal de cualquier ciencia de la vida es la explicación y diferenciación de los estados normal-patológico; a fin de clasificar las personas como normales o desviadas. Este modelo toma la enfermedad mental como somática y hereditaria y busca poner fin a las disfunciones patológicas¹⁸ por medio de prescripciones de medicamentos o de tipo comportamental²⁰.

Por su parte, el modelo social propuesto por Castel¹⁸ pone de relieve las dimensiones sociales y políticas de la salud mental; así, el psiquiatra como agente de cambio social trabaja para mejorar las condiciones de vida de la comunidad; mientras la teoría de signos, significados y prácticas aboga por una concepción singular, intersubjetiva, histórica y situada de la salud mental¹⁹.

Es interesante ver cómo estos modelos y concepciones de salud no han sido secuenciales; sino que se superponen y se mezclan²⁰, en ellas las miradas sociales de la salud sólo empezaron a tomar fuerza a finales del siglo XX con la antropología interpretativa y la epistemología médica¹⁹ y en coherencia con estas, la concepción socio-económica de la salud mental, basada en los derechos y el desarrollo humano²⁰. Estas proponen una con-

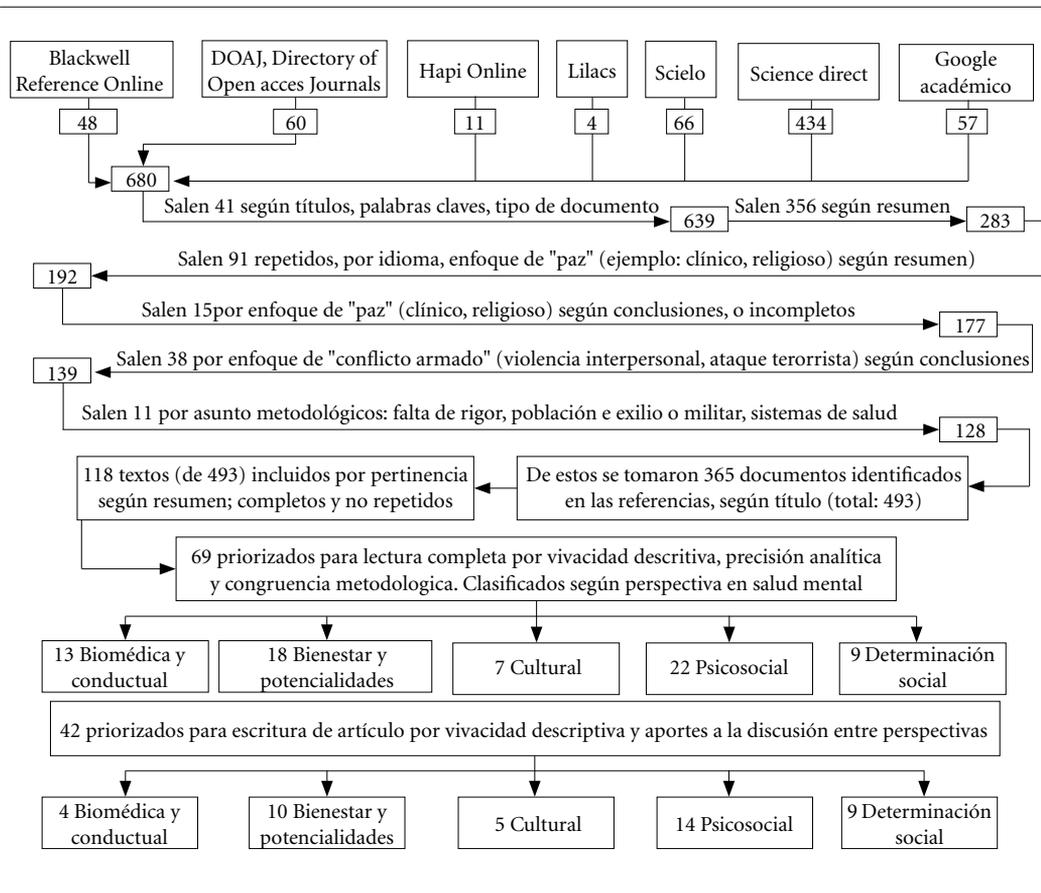


Figura 1. Proceso de búsqueda, selección y priorización de textos.

Cuadro 1. Clasificaciones antecedentes de las concepciones de salud mental.

Autores	Castel, 1986 ¹⁸	Coelho y Almeida Filho, 2002 ¹⁹	Restrepo y Jaramillo, 2012 ²⁰
Interés	Conceptos de salud mental y su aplicación	Conceptos de salud-mental en discursos dominantes	Concepciones de salud mental en salud pública
Clasificación	- Modelos explicativos: Organicista Relacional Social	- Sociología funcionalista: Teoría de la normalidad Teoría del rótulo Teoría del desvío - Antropología médica: Universalismo cultural Determinación cultural Redes semánticas Signos, significados, prácticas - Epistemología médica: Teoría general de la salud	- Concepciones: Biomédica Conductual Cognitiva Socio-económica

cepción situada y crítica de la salud que podría ser pertinente para la comprensión y la transformación social en Colombia.

A continuación se presentan en el Cuadro 2 los documentos analizados según la perspectiva en salud mental y posteriormente se describen

Cuadro 2. Textos seleccionados, según perspectiva en salud mental.

N°	Perspectiva	Autores	Año	Título
1	Biomédica y conductual	Borda et al. ²¹	2015	Trauma histórico. Revisión sistemática de un abordaje diferente al conflicto armado.
2	Bienestar y potencialidades	Davydov et al. ²⁸	2010	Resilience and mental health.
3	Bienestar y potencialidades	Foxen ²²	2010	Local narratives of distress and resilience: Lessons in psychosocial well-being among the k'iche' Maya in postwar Guatemala.
4	Bienestar y potencialidades	Herrman et al. ²⁵	2005	Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice.
5	Bienestar y potencialidades	Muñoz y Restrepo ²⁶	2016	Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática.
6	Bienestar y potencialidades	Rutter ²⁷	2012	Resilience as a dynamic concept.
7	Bienestar y potencialidades	Vásquez Valverde ²⁹	2009	La ciencia del Bienestar psicológico.
8	Bienestar y potencialidades	Veronese et al. ³⁰	2017	Modelling life satisfaction and adjustment to trauma in children exposed to ongoing military violence: An exploratory study in Palestine.
9	Bienestar y potencialidades	Westerhof y Keyes ³³	2010	Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan.
10	Cultural	Arias-López ¹⁵	2014	La potencia de la noción de resistencia para el campo de la salud mental : Un estudio de caso sobre la vida campesina en el conflicto armado colombiano.
11	Cultural	Jimeno ³⁷	2007	Lenguaje, subjetividad y experiencias de violencia.
12	Cultural	Kleinman ³⁵	1998	Experience and Its Moral Modes: Culture, Human Conditions, and Disorder.
13	Psicosocial	Arias López ²⁴	2013	Salud mental y violencia política. Atender al enfermo psiquiátrico o reconocer al sujeto de la micropolítica.
14	Psicosocial	Bello Albarracín ⁴⁵	2006	Trabajo psicosocial en contextos de violencia política.
15	Psicosocial	Betancourt et al. ⁴⁸	2013	Interventions for Children Affected by War: An Ecological Perspective on Psychosocial Support and Mental Health Care.
16	Psicosocial	Carmona ⁴³	2013	¿Qué es lo psicosocial? Una urdimbre transdisciplinaria con cinco madejas.
17	Psicosocial	Castaño et al. ³⁹	1998	Violencia política y trabajo psicosocial. Aportes al debate.
18	Psicosocial	Jansen et al. ²³	2015	The "treatment gap" in global mental health reconsidered: Socioterapy for collective trauma in Rwanda.
19	Psicosocial	Lykes ⁴¹	1994	Terror, silencing, and children: International multidisciplinary collaboration with Guatemalan Maya communities.
20	Psicosocial	Martín-Baró ⁴⁰	1990	Guerra y Salud Mental.
21	Psicosocial	Moreno y Moncayo ⁴⁴	2015	Abordaje Psicosocial: Consideraciones conceptuales y alternativas de análisis en el escenario de atención a víctimas del conflicto armado.
22	Psicosocial	Rebolledo y Rondón ³⁸	2010	Reflexiones y aproximaciones al trabajo psicosocial.
23	Psicosocial	Somasundaram ⁴⁷	2007	Collective trauma in northern Sri Lanka: a qualitative psychosocial-ecological study.

continua

Cuadro 2. Textos seleccionados, según perspectiva en salud mental.

N°	Perspectiva	Autores	Año	Título
24	Psicosocial	Villa-Gómez ⁴²	2012	La acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales: ¿podemos pasar de la moda a la precisión teórica, epistemológica y metodológica?
25	Determinación social	Almeida Filho ⁵²	2004	Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis.
26	Determinación social	Almeida Filho y Paim ⁵⁰	1999	La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica.
27	Determinación social	Arias ⁵⁵	2016	Saberes locales campesinos sobre el alimento: aportes a la soberanía y la salud mental comunitaria.
28	Determinación social	Iriart et al. ⁴⁹	2002	Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos.
29	Determinación social	Minayo ⁵³	2001	Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva.
30	Determinación social	Restrepo-Espinosa ¹³	2012	Biopolítica: elementos para un análisis crítico sobre la salud mental pública en la Colombia contemporánea.
31	Determinación social	Ruiz ⁵¹	2009	La salud mental vista desde la medicina social latinoamericana.

las perspectivas identificadas en los mismos, a fin de relacionarlas con la construcción de paz, tales como: biomédica y conductual, del bienestar y las potencialidades, cultural, psicosocial y de la determinación social.

Perspectivas epistemológicas en salud mental

Perspectiva biomédica y conductual

Se fundamenta en la sociología funcionalista de Durkheim en su obra “Las reglas del método sociológico” [*As regras do método sociológico*] como está citado en Coelho & Almeida Filho¹⁹ al considerar que cualquier ciencia de la vida debe centrarse en el funcionamiento, las regularidades y las normas de la sociedad; en el caso de la salud mental en lo normal y lo patológico, lo funcional y lo disfuncional, en el papel y estatus del enfermo en la sociedad y aunándose a la tradición organicista del siglo XIX, al tratamiento farmacológico y a las neurociencias¹⁸, con lo que da relevancia al Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), a los factores de riesgo y de protección y a los sistemas de salud.

En Colombia se han hecho esfuerzos metodológicos y conceptuales desde esta perspectiva para complejizar las causas, consecuencias y la respuesta a los trastornos mentales asociados a conflictos armados, como ejemplo está el con-

cepto *trauma histórico*, diagnóstico alternativo al TEPT que contempla las repercusiones colectivas, culturales y de transmisión transgeneracional del trauma²¹. Sin embargo, estas propuestas siguen centradas en rasgos particulares del trauma y en el sistema de salud como respuesta social.

Esta perspectiva ha recibido críticas que actúan como clarificadoras para la situación actual de Colombia, pues como se ha reportado desde la experiencia de Guatemala²² esta conlleva una mirada patologizante y se enfoca en efectos individuales de la guerra, además, el diagnóstico TEPT ha extendido excesivamente el alcance de las reacciones emocionales, ignorando el sufrimiento social, sosteniendo una lógica medicalizadora ante un problema social²³ y se limita al acceso a servicios de salud, mientras los problemas de inequidad y violencia demandan justicia social. Sin embargo, la hegemonía de esta propuesta continúa²⁴.

Perspectiva del bienestar y las potencialidades

Hay diversas propuestas que comparten una perspectiva de salud mental centrada en el bienestar y las potencialidades humanas: la salud mental positiva, el bienestar y la resiliencia. Estos énfasis coinciden con los planteamientos de la OMS que en su informe sobre promoción de la salud mental en 2005²⁵, relaciona salud men-

tal positiva desde su concepción de bienestar con *afecto positivo, rasgo de personalidad y resiliencia*.

En este sentido, Marie Jahoda propuso “salud mental positiva” como un modelo basado en la felicidad y el bienestar, que independiente del trastorno mental se refleja en la autorrealización, las propias potencialidades, el sentimiento de control sobre el entorno y la capacidad de autonomía, aportes que fueron retomados y reorientados por la psicología positiva y la resiliencia a partir de 1970²⁶.

La resiliencia tuvo su origen en la década de 1960 cuando algunos investigadores (Emmy Werner, Norma Garmezy) observaron desenlaces positivos en niños-niñas en abandono²⁷. Explicaciones que fueron avanzando hasta considerar la resiliencia como un proceso biopsicosocial²⁸ en el que está presente la capacidad de sobreponerse a la adversidad por medio de sistemas adaptativos para la reducción del daño y la protección de la vida.

Desde la psicología positiva, Vásquez²⁹ hace un recuento de la evolución de la *felicidad* y el *bienestar*, de sus raíces filosóficas, con el *hedonismo* de Epicuro (bienestar *subjetivo*) y la *eudaimonía* de Aristóteles (bienestar *psicológico*). Para el bienestar subjetivo el propósito de la vida es experimentar la mayor cantidad posible de placer y la felicidad, la suma de momentos placenteros, y el bienestar psicológico estudia la realización de las potencialidades humanas en coherencia con los propios valores. Se halló una sola investigación basada en el bienestar subjetivo en un contexto de conflicto armado, con niños-niñas de Palestina³⁰.

A las perspectivas biomédica y conductual y del bienestar y las potencialidades se les ha criticado su mirada funcionalista e individualista y el hecho de que no explicitan un análisis crítico del conflicto armado³¹, sumado a la posición ideológica de la perspectiva del bienestar y las potencialidades que desde un carácter alienante predica la búsqueda de una felicidad inalcanzable. Además, hay críticas a la resiliencia como mecanismo biopolítico que promueve la expansión de la incertidumbre y lógicas anticipatorias de respuesta, que llevan a la clasificación *resiliente* o *vulnerable*, donde la vulnerabilidad es vista como un asunto ontológico, por lo tanto, vivir en medio del peligro es algo socialmente inevitable y el sufrimiento es algo que se debe enfrentar como socialmente se espera según marcadores neoliberales³².

Algunos autores han buscado la complementariedad de la perspectiva del bienestar y las potencialidades con la biomédica y conductual, como dos continuos paralelos³³ o desde los es-

tudios ecológicos de resiliencia²⁸. Sin embargo, persisten críticas a su posición funcionalista, individualista y política, que comparte con la salud pública clásica, a lo que se suma el cuestionamiento ético a la resiliencia.

Perspectiva cultural

En la revisión de Coelho & Almeida Filho¹⁹ sobre la antropología interpretativa sobresalen los trabajos de Kleinman, quien inauguró la psiquiatría transcultural con la crítica a los supuestos de universalidad de los patrones culturales de salud-enfermedad. En ella los médicos, curanderos, pacientes y familias tienen diferentes modelos explicativos de la enfermedad. En la misma revisión sobresalen Bibeau & Corin, con su teoría de los sistemas de signos, significados y prácticas, plantean la necesidad de considerar el contexto socio-económico, político e histórico de los procesos salud-enfermedad y así superar la dualidad cultura-sociedad, e introducen la semiología popular en el concepto de salud, una forma de construcción simbólica y colectiva de la subjetividad. Esta propuesta recupera la dimensión intersubjetiva, dialógica y de ser humano como habitante en el mundo:

[...] *Gadamer hablaría aquí de fusión de horizontes propio de la comprensión, que no es otra cosa que abrazar la perspectiva del otro, entrar en diálogo con el otro, ya sea éste una persona, un pueblo, un texto*³⁴.

Desde esta posición, más situada, Kleinman³⁵ y Drozdek³⁶ cuestionan el abordaje individual y farmacológico del trauma, el primero cuestiona además el no tener en cuenta las implicaciones morales y políticas del sufrimiento social y hace énfasis en sus fuentes sociales, su relación con la inequidad y su carácter intersubjetivo y cultural y el segundo propone un modelo contextual integrador para el estudio del impacto de las experiencias traumáticas, que contempla la valoración experiencial y el contexto cultural de las víctimas.

Una de las publicaciones halladas en Colombia desde esta perspectiva “Lenguaje, subjetividad y experiencias de violencia” sobre memoria y sufrimiento, afirma que la expresión emocional del sufrimiento también habla sobre las acciones de los otros y por ello tiene un contenido moral y potencialidad de instrumento político³⁷.

Si bien esta perspectiva es en sí misma una fortaleza para la pertinencia cultural en la comprensión y cuidado de problemas de salud mental frente a la construcción de paz y la diversidad cultural en Colombia, en su relación directa con la salud mental apenas se insinúa.

Perspectiva psicosocial

La perspectiva psicosocial tiene sus antecedentes en el siglo XVIII con el estudio del trauma individual centrado en daños orgánicos²⁴, y nombrado por Freud como *neurosis traumática* por sus causas psíquicas entre los siglos XIX y XX. Posteriormente fue nombrada *neurosis de guerra*, con claras causas reales y, más tarde, *síndrome de estrés postraumático* como categoría psiquiátrica. A lo largo del siglo XX, en el contexto de la ayuda humanitaria y de movimientos políticos, pacifistas y feministas surge la perspectiva psicosocial, como rechazo y crítica al TEPT³⁸, ligada a la solidaridad y al activismo social³⁹.

De otro lado, Martín-Baró⁴⁰ propuso el término *trauma psicosocial* indicando la afectación de las relaciones sociales por el conflicto armado con carácter histórico, dialéctico y subjetivo⁴¹ como crítica a los procesos biomédicos, estandarizados²⁴, individuales, psicológicos y descontextualizados. Es de resaltar la producción de literatura científica colombiana sobre esta perspectiva, en ella se insinúan dos tendencias: psicología social y ética y derechos humanos.

Para Villa-Gómez⁴² la perspectiva psicosocial es una propuesta con énfasis en la psicología social, cuyas bases epistemológicas son el socio-construccionismo y el enfoque sistémico-construccionista⁴³⁻⁴⁵ en los cuales toman relevancia la interacción y realimentación de las teorías con los contextos sociales y se aúnan a múltiples propuestas teóricas, por ejemplo al interaccionismo simbólico, la teoría de sistemas, la teoría psicoanalítica⁴³, la perspectiva histórico cultural y la psicología social comunitaria⁴⁴, enmarcadas en el paradigma crítico y en una perspectiva dialéctica. La tendencia basada en la ética y los derechos humanos considera que en las raíces del término psicosocial hay que indagar por el valor ético de los derechos humanos en la guerra³⁸.

Los acuerdos más visibles entre los autores están en nombrar lo psicosocial como enfoque o perspectiva^{24,42,43} para el análisis del comportamiento humano en situaciones definidas socialmente o como práctica de intervención social⁴⁴, así como en la relación individuo-sociedad en una continuidad dialéctica, sus implicaciones en lo subjetivo, las consideraciones éticas en relación con la solidaridad, el restablecimiento de derechos vulnerados, la capacidad de agencia de las personas afectadas por el conflicto armado y la despatologización del sufrimiento^{38,45}. En cambio hay una marcada variedad en la posición política, desde aquella que no se expresa, hasta

la micropolítica como en el caso de la resistencia^{15,39} y la denuncia en escasas publicaciones de El Salvador⁴⁰, Guatemala⁴¹ y Colombia⁴⁵. Como elementos de la práctica, se busca la disminución del sufrimiento emocional, la satisfacción de las necesidades básicas, la reconstrucción de redes sociales y la participación ciudadana, con una mirada diferencial de género, ciclo vital, tipo, intensidad y duración del hecho violento, entre otros⁴⁵, además de un acompañamiento psicosocial que permita a las víctimas retomar el ejercicio de sus derechos y recuperar la dignidad, el valor mismo de la persona, que “no se reconoce cuando las necesidades básicas (alimentación, vivienda, educación) se cubren de manera mecánica e impersonal”⁴⁶(p.11).

En cuanto a la relación de lo psicosocial con la salud mental, Martín-Baró⁴⁰ hace alusión directa a lo psicosocial como perspectiva de salud mental, cuando dice: “la salud mental no está tanto en el funcionamiento abstracto de un organismo individual cuanto en el carácter de las relaciones sociales...” para diferenciarla del bienestar psicológico. Con esta excepción, las pocas insinuaciones sobre “salud mental” dejan ver su concepción biomédica y conductual, diferente a lo psicosocial⁴² o como capacidad que se expresa en lo comunitario como producto del acompañamiento psicosocial³⁸. A esta imprecisión se suman tergiversaciones cuando se conserva un carácter asistencial y fragmentado ante la comunidad⁴⁵, cuando se pone énfasis en lo “psico” o lo “social”⁴¹ y cuando no tiene en cuenta las inequidades estructurales (socio-económicas y políticas)⁴⁷. Por fuera de Latinoamérica se encontró menos discusión teórica sobre lo psicosocial y más acuerdo sobre *salud mental* como trastorno mental y *bienestar psicosocial*, su expresión positiva⁴⁸.

La perspectiva psicosocial logra superar el individualismo e imprime el carácter relacional de la salud mental, sin embargo la falta de acuerdo en cuanto a la posición crítica en ella y según lo hallado, con algunas excepciones en publicaciones provenientes de Centro y Suramérica^{24,40,41}, el dejar de lado los determinantes de la salud dejan verla como una perspectiva incompleta en aspectos claves como la inequidad social, un asunto estructural ligado históricamente a la violencia en Colombia.

Perspectiva de la determinación social

La medicina social latinoamericana ha sido reportada como una corriente de pensamiento y práctica⁴⁹ que se impulsó en la década de 1970 con el apoyo de movimientos populares

en contra de la salud pública clásica; contempla como bases conceptuales: *clase social, ideología, salud-enfermedad como un proceso dialéctico y reproducción social*. Esta se basó en el movimiento de la medicina social del siglo XIX en Europa, desde la cual se entendía la crisis sanitaria como un tema eminentemente político y social⁵⁰. Para el estudio de la salud mental desde la medicina social, se sugiere, retornar al sujeto como protagonista de la vida relacional colectiva y comprender la salud-enfermedad mental bajo cuatro principios en relación: reconocer los campos social, comunitario y político; saberse parte del contexto observado; lograr una comprensión y praxis compleja y dinámica; comprender la salud mental como una producción social, afectada por causas estructurales⁵¹.

A finales de la década de 1980, cuando se habló de la “crisis de la salud pública” y la OMS convocó a la reflexión sobre la salud⁵⁰ surge la salud colectiva como un movimiento ideológico comprometido con la transformación social, en contra de intervenciones asistencialistas; que complejiza las relaciones “promoción-salud-enfermedad-cuidado”, concibe a las sociedades complejas y contradictorias en contextos históricos particulares⁵² y resalta el valor de lo subjetivo, los conflictos del sujeto, sus intereses sociales, políticos y su participación en la construcción de la historia⁵³. Así, surge la *determinación* social de la salud como una alternativa de la medicina social/salud colectiva para la superación del causalismo en salud pública, tomada básicamente como un “proceso o modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades”⁵⁴, en este caso se refiere al carácter complejo de la salud y su construcción en relación dialéctica con factores estructurales (culturales, sociales, económicos, políticos, históricos) más allá de enfoques teórico-metodológicos que tratan los determinantes sociales de la salud de manera fragmentada y en aislamiento, cayendo incluso en relaciones mecanicistas de correlaciones y asociaciones.

Los elementos diferenciadores de la salud colectiva vs medicina social son el abandono de la enfermedad como eje central en salud y su énfasis en que la salud es construida colectivamente, tanto en la forma que adquiere en cada sociedad y momento histórico como en las posibilidades de transformarla⁴⁹. Al respecto, Almeida Filho⁵² cita diversos autores para hacer precisiones: a Samaja (1988) para proponer el estudio no solo de la situación de salud, sino también de las representaciones de salud y sus determinaciones, así como de la vida cotidiana, la cual propone revisar

a la luz del concepto “prácticas de salud” de Testa (1997), prácticas que operan en una dinámica compleja y articulada de signos, significados y prácticas (Bibeau & Corin, 1980) lo cual aplicado a la salud mental en los niveles micro y macro de las relaciones, le da un carácter historizado y la posibilidad de transformación de la realidad.

A pesar de los aportes teóricos sobre determinación social provenientes de Brasil y Ecuador, se encontraron escasas publicaciones sobre salud mental en contextos de construcción de paz con una perspectiva de determinación social; sin embargo, es de anotar que en la historia de la medicina social se valora el estudio de la violencia y la salud mental en los trabajos realizados por Martín-Baró⁴⁰. En Colombia se hallaron tres estudios: dos de medicina social en Bogotá, como “Biopolítica: elementos para un análisis crítico sobre la salud mental pública en la Colombia contemporánea”¹³ y un estudio desde la salud colectiva en Antioquia⁵⁵ “Saberes locales campesinos sobre el alimento: aportes a la soberanía y la salud mental comunitaria”, en ellos se resalta el carácter social y cultural de la salud mental, sus implicaciones políticas en comunidades víctimas del conflicto armado y se hace un llamado a darle continuidad a su estudio desde la vida cotidiana.

A pesar de los escasos estudios empíricos desde esta perspectiva en salud mental en Colombia, sus aportes son pertinentes en procesos colectivos de construcción de paz en vista de su concepción de salud como una construcción colectiva, en la cual el sujeto, la historia y las posibilidades de transformación social son fundamentales; además de su apertura a los aportes de otras perspectivas. En la Figura 2 puede verse un acercamiento a la síntesis de las perspectivas descritas.

Discusión

Aunque en Latinoamérica se encuentran formas alternativas de entender y ubicar la salud mental desde enfoques integrales y críticos en el contexto de la violencia y el conflicto armado, los estudios referidos explícitamente a salud mental y construcción de paz al parecer son aún muy novedosos y escasos. Particularmente en Colombia, un aspecto clave sobre el concepto de salud mental está dado en que tanto la Ley de víctimas del conflicto armado interno⁵⁶ como la Encuesta Nacional de Salud Mental, que busca responder a necesidades de convivencia social y salud mental⁵⁷ están orientadas por las perspectivas biomédica y conductual y del bienestar y las potencialida-

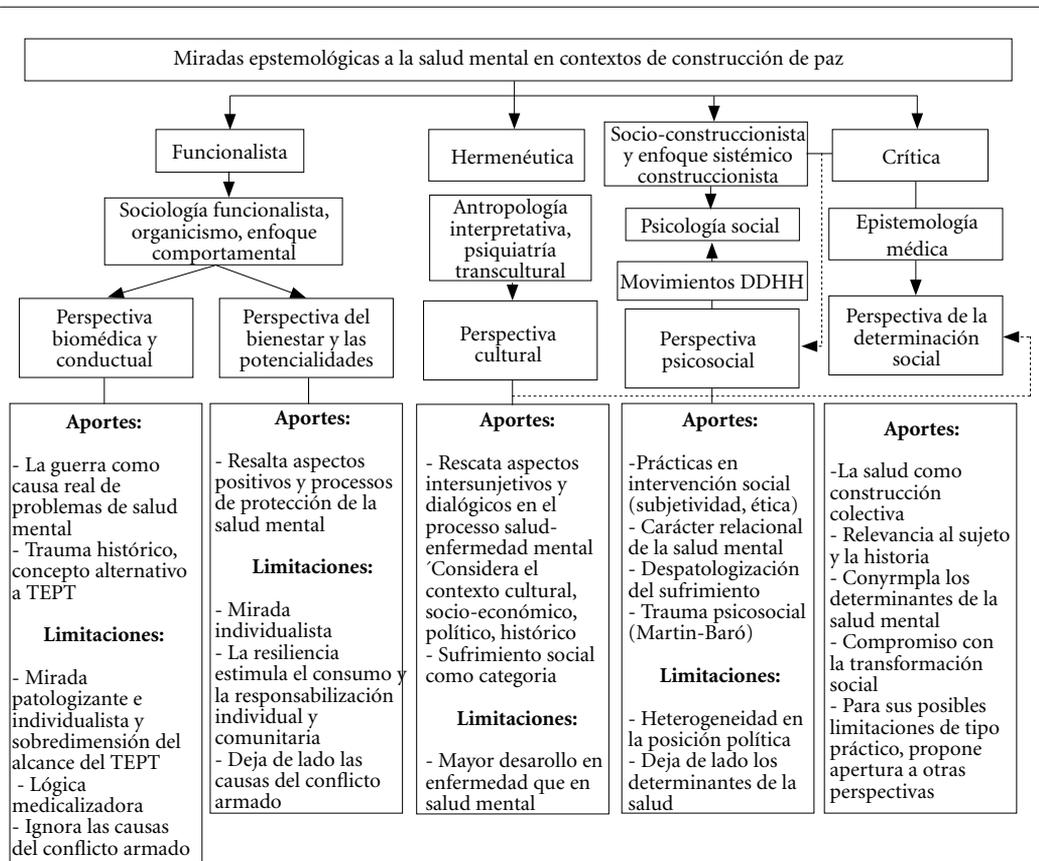


Figura 2. Perspectivas conceptuales de la salud mental en contextos de construcción de paz.

des, en ambos casos se nombra lo psicosocial en su posición menos crítica, como una manera de intervenir relaciones cercanas; esto a pesar de las críticas a la postura funcionalista, individualista y política de estas perspectivas.

Además de la importancia de seguir avanzando en teorías coherentes con la salud colectiva/ medicina social también se retoma su propuesta de confluencia de perspectivas en salud mental, principalmente psicosocial, cultural y de la determinación social, las cuales son complementarias más no contradictorias. Propuesta que se soporta en el concepto de “caja de herramientas” de Foucault, desde el cual la teoría es un instrumento que contiene en sí mismo una lógica propia a las relaciones de poder que se han establecido alrededor de ellas⁵⁸, con implicaciones prácticas concretas. Algunos aspectos que podrían considerarse claves para el estudio de la salud mental en Latinoamérica implican: la connotación indi-

vidual y colectiva de la salud, la concepción histórica y política del sujeto y el aspecto socio-cultural en salud mental.

Uno de los aportes de Samaja⁵⁹ para pensar la connotación individual y colectiva de la salud, parte de reconocer el lenguaje “no como un instrumento externo al hablante, sino que lo constituye y lo regula”; para este autor, aprender y dominar las reglas del lenguaje quiere decir ser regulado por las reglas de la comunidad, de tal forma que las acciones del organismo individual aparecen investidas respecto de su convivencia como miembro familiar, ciudadano estatal o agente social y es en esta producción colectiva donde puede surgir un sujeto protagonista⁶⁰ de su acción histórica.

En cuanto al ejercicio político y a las condiciones socio-históricas particulares, Hernández⁶¹ habla de un “sujeto histórico-político”, consciente de su dignidad y de su condición de sujeto moral

e histórico, en capacidad de criticar y de transformar su realidad de manera “intersubjetiva”, lo que a su vez implica un proceso de democratización de las relaciones sociales. Podría decirse entonces que la reflexión crítica como manifestación de la salud mental en las experiencias de construcción de paz favorece la construcción de sujetos políticos y a su vez es una forma de ejercicio político.

Respecto a las diferencias culturales, Almeida Filho⁵² toman la teoría de los signos, significados y prácticas y la aplican a la salud mental, lo que lleva a pensar que en Colombia, un país con una variada riqueza étnica se debería contemplar la diversidad cultural en el abordaje de la salud mental en comunidades afectadas por el conflicto armado y que buscan la construcción de paz.

En suma, para abordar la salud mental en contextos de construcción de paz, no basta con restablecer relaciones que faciliten la tranquilidad, se debe buscar el retorno a las causas del conflicto, considerar la determinación de la salud mental y las inequidades socioeconómicas y políticas que han afectado a las comunidades en relación con el conflicto armado.

Para finalizar, el panorama presentado abre un abanico de miradas de la salud mental que merecen su propio espacio de reflexión, de ellas emergen vetas a seguir trabajando. Algunos de los asuntos a profundizar en trabajos posteriores podrían ser sobre: 1) otras propuestas de salud mental –que no reportan estudios empíricos en contextos de conflicto armado/construcción de paz– basadas en la noción de “vida buena” más relacionada con la *doxa* o saber práctico, intuitivo, que con la *episteme* o saber formalizado, sistemático, susceptible de ser cientificado⁶² y en la teoría de las capacidades⁶³ que más allá de las potencialidades tiene en cuenta la expansión de la libertad como fundamento ético de las acciones en salud, la concepción de la persona como agente, el reconocimiento de la visión interna de la salud y el desarrollo de las capacidades como finalidad de las políticas de salud pública; 2) las tendencias de aquellas propuestas que desde las diversas perspectivas en salud mental ponen como centro el trauma ante aquellas situaciones que rompen el continuo de vida, se tornan incomprensibles y los recursos disponibles se muestran limitados para enfrentarlas, por ejemplo el TEPT y su énfasis en lo individual desde parámetros universales; el trauma psicosocial, particular y contextualizado;

el trauma histórico y su énfasis en el acumulado transgeneracional y el sufrimiento social y sus implicaciones morales, políticas y culturales; 3) la relación entre salud mental y ejercicio político en contextos de construcción de paz; 4) las comprensiones epistemológicas de las perspectivas en salud mental identificadas, sus derivaciones y relaciones; 5) el lugar que podría tener el enfoque de derechos en este tipo de estudios.

Conclusiones

La perspectiva psicosocial es muy heterogénea, tiene posturas de tipo funcionalistas, pero también construccionistas, históricas y críticas. En Latinoamérica su énfasis está puesto en la práctica social y ética y su relación con la categoría “salud mental” es bastante dispar, hay autores que la ubican exclusivamente en la perspectiva biomédica y conductual, otros no la nombran, y solamente se encontró que Martín-Baró⁴⁰ equipara explícitamente “salud mental” con “lo psicosocial”.

En contraste, la perspectiva cultural está fundamentada en la antropología interpretativa, brinda elementos para comprender la salud mental en condiciones socio-culturales particulares, en una interacción entre las relaciones inmediatas, lo local y lo global, en consonancia con la perspectiva de la determinación social en su interés por mostrar la configuración de la salud y la vida en relación con los sistemas políticos, sociales, económicos y culturales.

Aunque la investigación sobre salud mental en Colombia desde la salud colectiva/medicina social aún es incipiente, es importante tener claro asuntos que se proponen como punto de partida en su delimitación y argumentación: la expresión de la salud mental se da en lo individual y en lo colectivo, la reflexión crítica y el ejercicio político como expresión de la salud mental, la necesidad de contemplar las diferencias culturales, y las condiciones socio-históricas particulares en Colombia que llevan a mirar hacia las causas del conflicto armado. De esta manera, se invita a la confluencia articulada de perspectivas con un propósito social, que contemple una visión integral de la salud mental, que sea pertinente socio-culturalmente y permita avanzar hacia la promoción de relaciones pacíficas, constructivas, solidarias y dignas.

Agradecimiento

A las profesoras Beatriz Elena Arias-López, de la Facultad de Enfermería y Yadira Eugenia Borrero-Ramírez, de la Facultad Nacional de Salud Pública, de la Universidad de Antioquia por su orientación y revisión durante el proceso de escritura. Al Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias) por su apoyo financiero a la formación de la autora por medio de la Convocatoria Doctorados Nacionales 647 de 2014.

Referências

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Official Records of the World Health Organization, N°2. *Proceedings and final acts of the International Health Conference*. New York: OMS; 1946.
2. Pham PN, Vinck P, Weinstein HM. Human rights, transitional justice, public health and social reconstruction. *Social Science Med* 2010; 70(1):98-105.
3. Centro Nacional de Memoria Histórica. *¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad. Informe General Grupo de Memoria Histórica*. Santafé de Bogotá: CNMH; 2013.
4. Unidad para las víctimas República de Colombia. *Registro Único de Víctimas* [Internet]. [consultado 2018 Feb 26]. Disponible en: <https://rni.unidadvictimas.gov.co/RUV>
5. Agencia para la Reincorporación y la Normalización República de Colombia. *La reintegración en Colombia* [Internet]. Bogotá: ARN; 2017. [consultado 2018 Feb 26]. Disponible en: <http://www.reintegracion.gov.co/es/la-reintegracion/Paginas/cifras.aspx>
6. ¡Pacifista!. Estos son los 77 líderes sociales asesinados desde el inicio de la implementación [Internet]. [consultado 2018 Feb 26]. Disponible en: <http://pacifista.co/lideres-sociales-asesinados-inicio-implementacion/>
7. Alto comisionado para la Paz, República de Colombia. *Procesos y acuerdos de paz* [Internet]. [consultado 2018 Feb 26]. Disponible en: <http://www.altocomisionadoparalapaz.gov.co/Paginas/inicio.aspx>
8. Lederach JP. *Construyendo la paz: reconciliación sostenible en sociedades divididas*. 2ª ed. Bogotá: Justapaz, CRS, PNUD; 2007.
9. Castillejo A. *La Imaginación Social del Futuro: reflexiones sobre Colombia y el prospecto de una Comisión de Verdad*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2015.
10. Zapata-Cancelado ML. *Construcción de paz y transformación de conflictos en Programa de Iniciativas Universitarias para la Paz y la Convivencia*. Bogotá: Universidad Nacional; 2010.
11. Muñoz FA, Martínez ML. El re-conocimiento de la paz en la historia. En: Muñoz FA, Martínez ML, editores. *Historia de La Paz. Tiempos, Espacios Y Actores*. Granada: Editorial Universidad de Granada; 2000. p.15-50.
12. Franco S, Suárez C, Naranjo C, Báez L, Rozo P. The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia. *Cien Saude Colet* 2006; 11(2):349-361.
13. Restrepo-Espinosa MH. Biopolítica: elementos para un análisis crítico sobre la salud mental pública en la Colombia contemporánea. *Rev Gerenc Polit Salud* 2012; 11(23):39-55.
14. Urrego-Mendoza Z. Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Rev Col Psiqui* 2007; 2(0034-7450):307-319.
15. Arias-López BE. La potencia de la noción de resistencia para el campo de la salud mental: Un estudio de caso sobre la vida campesina en el conflicto armado colombiano. *Salud Colect* 2014; 10(2):201-211.
16. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* 2010; 18(1):102-106.
17. Sandelowski M, Docherty S, Emden C. Qualitative metasynthesis: Issues and techniques. *Nursing Health* 1997; 20(4):365-371.

18. Castel R. Nouveaux concepts en santé mentale. *Social Science Med* 1986; 22(2):113-284.
19. Coelho M, Almeida Filho N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *Hist Cien Saude-Manguinhos* 2002; 9(2):315-333.
20. Restrepo D, Jaramillo JC. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Publica* 2012; 30(2):202-211.
21. Borda JP, Carrillo JO, Garzón DF, Ramírez MP, Rodríguez N. Trauma histórico. Revisión sistemática de un abordaje diferente al conflicto armado. *Rev Col Psiqui* 2015; 44(1):41-49.
22. Foxen P. Local narratives of distress and resilience: Lessons in psychosocial well-being among the k'iche' Maya in postwar Guatemala. *J Lat Am Caribb Anthropol* 2010; 15(1):66-89.
23. Jansen S, White R, Hogwood J, Jansen A, Gishoma D, Mukamana D, Richters A. The "treatment gap" in global mental health reconsidered: Psychotherapy for collective trauma in Rwanda. *Eur J Psychotraumatol* 2015; 6(10):1-6.
24. Arias López BE. Salud mental y violencia política. Atender al enfermo psiquiátrico o reconocer al sujeto de la micropolítica. *Rev Col Psiqui* 2013; 42(3):276-282.
25. Herrman H, Saxena S, Moodie R. *Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO; 2005.
26. Muñoz CO, Restrepo D. Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Rev Panam Salud Pública* 2016; 39(5):166-173.
27. Rutter M. Resilience as a dynamic concept. *Dev Psychopathol* 2012; 24(2):335-344.
28. Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clin Psychol Rev* 2010; 30(5):479-495.
29. Vásquez Valverde C. La ciencia del Bienestar psicológico. In: Vásquez C, Torres GH. *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza Editorial; 2009. p. 13-46.
30. Veronese G, Pepe A, Jaradah A, Al Muranak F, Hamdouna H. Modelling life satisfaction and adjustment to trauma in children exposed to ongoing military violence: An exploratory study in Palestine. *Child Abuse Negl* 2017; 63:61-72.
31. Blue S, Shove E, Carmona C, Kelly MP. Theories of practice and public health: understanding (un) healthy practices. *Crit Public Health* 2014; 1596:1-15.
32. Evans B, Reid J. *Una vida en resiliencia. El arte de vivir en peligro*. 1ª ed en español. México: Fondo de Cultura Económica; 2016.
33. Westerhof GJ, Keyes CLM. Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *J Adult Develop* 2010; 17(2):110-119.
34. Jáuregui I. *Cuestiones epistemológicas en Antropología* [Internet]. 2001 [consultado 2017 Out 6]. Disponible en: https://www.ugr.es/~pwlac/G17_16Inmaculada_Jauregui_Balenciaga.html
35. Kleinman A. *Experience and Its Moral Modes: Culture, Human Conditions, and Disorder*. California: Stanford University; 1998.
36. Drozdek B. *If You Want to Go Fast Go Alone, If You Want to Go Far Go Together On Context-Sensitive Group Treatment of Asylum Seekers and Refugees Traumatized by War and Terror*. Ipskamp Drukkers, Enschede, The Netherlands; 2013.
37. Jimeno M. Lenguaje, subjetividad y experiencias de violencia. *ANTIPODA* 2007; 5:169-190.
38. Rebolledo O, Rondón L. Reflexiones y aproximaciones al trabajo psicosocial, *Rev Estudios Sociales* 2010; 36:15-18.
39. Castaño BL, Jaramillo LE, Summerfield D. *Violencia política y trabajo psicosocial. Aportes al debate*. Santa Fe de Bogotá: Corporación AVRE; 1998.
40. Martín-Baró I. Guerra y Salud Mental. *Rev Psicología El Salvador* 1990; IX(35):71-88.
41. Lykes MB. Terror, silencing, and children: International multidisciplinary collaboration with Guatemalan Maya communities. *Soc Sci Med* 1994; 38(4):543-552.
42. Villa-Gómez JD. La acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales ¿podemos pasar de la moda a la precisión teórica, epistemológica y metodológica? *El Ágora USB* 2012; 12(2):349-365.
43. Carmona J. ¿QUÉ ES LO PSICOSOCIAL? Una urdimbre transdisciplinar con cinco madejas. *Complejidad* 2013; 19(19):1-15.
44. Camacho MAM, Moncayo JE. Abordaje Psicosocial: Consideraciones conceptuales y alternativas de análisis en el escenario de atención a víctimas del conflicto armado. En: Quevedo JEM, Gómez AD, editores. *Psicología Social Crítica E Intervención Psicosocial: reflexiones y experiencias de investigación*. Universidad de San Buenaventura Cali: Ascofapsi; 2015. p.37-56.
45. Albarraçin MNB. Trabajo social en contextos de violencia política. *Trabajo Social* 2005; 7:9-20.
46. Beristain CM. *Acompañar los procesos con las víctimas. Atención psicosocial en las violaciones de derechos humanos*. Colombia: Fondo de Justicia Transicional; 2012.
47. Somasundaram D. Collective trauma in northern Sri Lanka: a qualitative psychosocial-ecological study. *Int J Ment Health Syst* 2007; 1(1):5.
48. Betancourt TS, Meyers-Ohki SE, Charrow AP, Tol WA. Interventions for Children Affected by War: An Ecological Perspective on Psychosocial Support and Mental Health Care. *Harv Rev Psychiatry* 2013; 21(2):70-91.
49. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 12(2):128-136.
50. Almeida Filho N, Silva Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuad Med Soc* 1999; 75:5-30.
51. Ruiz LF. La salud mental vista desde la medicina social latinoamericana. *Investig Segur Soc Salud* 2009; 11:131-142.
52. Almeida Filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Cien Saude Colet* 2004; 9(4):865-884.
53. Minayo MCDS. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):7-19.

54. Breilh J. Las tres “s” de la determinación de la vida y el triángulo de la política (10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud). En: Nogueira RP, organizador. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES; 2010. p. 87-126.
55. Arias LBE. Saberes locales campesinos sobre el alimento: aportes a la soberanía y la salud mental comunitaria. *Rev La Universidad Industrial de Santander* 2016; 48(2):232-239.
56. República de Colombia. Ley 1448, de 10 de jun de 2011. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones [Internet]. [consultada 2017 Mar 10]. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley144810062011.pdf>
57. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. *Encuesta Nacional de Salud Mental. Tomo I*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.
58. Foucault M. *Poderes y estrategias*. In *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid: Alianza Ed; 2000.
59. Samaja J. *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
60. Torre EHGE, Amarante PDDC. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):73-85.
61. Hernández M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones [Internet]. 2008 [consultada 2017 Mar 10]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Articulos%20Observatorio/Desigualdad,%20inequidad%20e%20injusticia_Mario_Hern%C3%A1ndez.pdf
62. Lopera-Echavarría JD. Salud mental y sabiduría práctica. Un intento de integración y aproximación conceptual. *Tesis Psicológica* 2012; 7(1):60-75.
63. Restrepo-Ochoa DA. La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública. *Cad Saude Publica* 2013; 29(12):2371-2382.

Artigo apresentado em 15/10/2017

Aprovado em 06/08/2018

Versão final apresentada em 08/08/2018