

**Representaciones sociales del acceso a los servicios de salud mental en
adultos jóvenes indígenas kankuamos de la comunidad Atánquez**

Proyecto para optar al título de pregrado en Psicología

Universidad Popular del Cesar

Valledupar, Cesar

2025

**Representaciones sociales del acceso a los servicios de salud mental en
adultos jóvenes indígenas kankuamos de la comunidad Atánquez**

Martha Milena Martínez Gómez

Proyecto para optar al título de pregrado en Psicología

Director

Mauricio José Núñez Delgado

Universidad Popular del Cesar

Valledupar, Cesar

2025

Dedicatoria

Este logro me lo dedico a mí por lograr culminar mi carrera y ver los frutos de mi esfuerzo plasmado en estas páginas, también se lo dedico a mi madre y a mi padre por ser mi sustento en este camino, a mi hermana por acompañarme en este proceso, a los que creyeron en mí.

Agradecimientos

A la Universidad de Popular del Cesar por la financiación (Convenio 145 del 2023) recibida para el desarrollo de esta investigación.

A los adultos jóvenes kankuamos que participaron y me permitieron conocerlos a través de sus experiencias.

A mi infórmate clave Yuleisy Estrada por brindarme su tiempo y compañía para llegar a los adultos jóvenes kankuamos, que a su vez me permitió conocer el pueblo de Atánquez.

A la Dra. Lorena Cudris, Dra. Doris Colina y al tutor Mauricio Núñez.

Resumen

El pueblo Kankuamo (Atánquez) es una comunidad que ha atravesado momentos de violencia durante la colonización y luego por el conflicto armado de Colombia. Esto los ha llevado a tener diferentes experiencias fuera de su cultura que podrían influir en las formas que cuidan su salud mental. En la actualidad tienen servicios de salud gestionados a través del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural. Esta investigación buscó comprender las representaciones sociales del acceso a los servicios de salud mental en adultos jóvenes indígenas kankuamos de la comunidad de Atánquez. Se desarrolló con un enfoque cualitativo, con una tradición fenomenológica-hermenéutica, mediante 11 entrevistas semiestructuradas a personas autorreconocidas como kankuamos. Mediante el proceso de codificación en la plataforma ATLAS.ti se comprendió cómo se configuran las representaciones sociales (RS) del acceso a los servicios de salud mental y su contribución en las experiencias personales y sociales de los participantes al momento de decidir asistir al servicio de psicología. Las categorías se organizaron en torno a los temas: experiencias de salud y enfermedad; experiencias y disposiciones del acceso a los servicios de salud; campo representacional del acceso a los servicios de salud mental y elementos cognitivos del acceso a los servicios de salud mental.

Palabras clave: Representaciones Sociales, Acceso a la Salud Mental, Kankuamos, Indígenas, Colombia.

Abstract

The Kankuamo people (Atánquez) is a community that has experienced moments of violence during colonization and then by the armed conflict in Colombia. This has led them to have different experiences outside of their culture that could influence the ways they care for their mental health. They currently have health services managed through the Indigenous Intercultural Health System. This research sought to understand the social representations of access to mental health services in young Kankuamos indigenous adults from the community of Atánquez. It was developed with a qualitative approach, with a phenomenological-hermeneutic tradition, through 11 semi-structured interviewees to people who self-recognized as kankuamos. Through the coding process on the ATLAS.ti platform, it was understood how social representations are configured (RS) access to mental health services and their contribution to participants' personal and social experiences when deciding to attend the psychology service. The categories were organized around the themes: health and disease experiences; experiences and arrangements of access to health services; Representational field of access to mental health services and cognitive elements of access to mental health services.

Keywords: Social Representations, Access to Mental Health, Kankuamos, Indigenous, Colombia.

Tabla de contenido

Introducción	11
MOMENTO I ESTADO DEL ARTE.....	14
Revisión de la literatura.....	14
Vinculaciones conceptuales y prácticas.....	22
Representaciones sociales	23
¿Qué significa indígena?	24
Pueblo kankuamo	25
Salud mental	26
Medicina tradicional	27
Enfoque diferencial y territorial.....	27
Aspectos legales relacionados con el acceso a los servicios de salud	29
MOMENTO II PLANTEAMIENTO PROBLÉMICO	30
Propósitos de la investigación.....	35
Central	35
Derivados.....	35
MOMENTO III DISEÑO METODOLÓGICO.....	36
Enfoque Investigativo.....	36
Tradición de la Investigación Cualitativa	37
Muestreo, Unidad de Estudio e Informantes Claves	38
Instrumento de Recolección de Información	39
Definición Conceptual de las Categorías y Subcategorías Apriorísticas.....	41
Proceso de Análisis de la Información	47
Consideraciones Éticas y Consentimiento Informado	49
Momento IV Presentación De Los Resultados	52
Aspectos descriptivos y relevantes de las experiencias.....	52
<i>Nube De Palabras</i>	52
Proceso De Triangulación Hermenéutica.....	53
<i>Experiencias De Salud Y Enfermedad</i>	55

<i>Experiencias Y Disposiciones Del Acceso A Los Servicios De Salud Mental</i>	66
<i>Campo Representacional Del Acceso A Los Servicios De Salud Mental</i>	82
<i>Elementos Cognitivos Del Acceso A Los Servicios De Salud Mental</i>	90
MOMENTO V INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	98
Reflexiones Finales.....	98
Referencias Bibliográficas.....	101
Anexos.....	110

Lista de gráficos

Gráfico 1 52

Gráfico 2 55

Gráfico 3 66

Gráfico 4 82

Gráfico 5 90

Lista de tablas

Tabla 1	41
Tabla 2	110
Tabla 3	119

Introducción

Los pueblos indígenas de Colombia han atravesados periodos de violencia por parte de la población no indígena, primero, por la colonización de los españoles, y segundo por el conflicto armado de Colombia. Estos dos momentos han dejado huella en su cultura, por lo que se han vistos obligados a conocer, experimentar e incluso vivir una cultura diferente a ellos, por ejemplo, cuando vivieron un desplazamiento forzoso interno que los obligos dejar sus comunidades para iniciar una vida en contextos urbanos como la capital de Colombia. No obstante, en las últimas décadas han iniciado el rescate de diferentes aspectos de su cultura como su salud propia.

Ahora bien, en Colombia desde la última Constitución Política todo ciudadano colombiano tiene derecho a la salud, pero, el concepto de salud no es el mismo para los pueblos indígenas y personas no indígenas. Por ende, los pueblos indígenas han tenido el mismo acceso a los mismos servicios que las personas no indígenas, por lo que, es otra manera en la que han experimentado elementos de una cultura diferente a la suya: los procedimientos al momento de agendar citas, los planes de tratamientos sea medicamentos o terapias, los servicios de vacunación, especialidades médicas, entre otras. En línea a los procesos de descolonización y el rescate de su salud propia tuvo resultados para el 2014 con el Decreto 1953, con el que lograron la creación de un régimen especial administrado por ellos mismos. Como resultado se creó el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural más conocido como SISPI, que en coordinación con el Sistema General de Seguridad

Social en Salud (SGSSS) han logrado ofrecer salud a todo el colectivo indígena de Colombia.

El presente informe de investigación se configuró bajo los lineamientos del Protocolo de Investigación de la Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, publicado por el Centro de Documentaciones e Investigaciones Socio Jurídicas (CEDISJ). Este documento contribuye a los resultados del proyecto de investigación financiado por la Universidad Popular del Cesar, que pertenece al semillero de investigación Rimasayun (Código CIS-022, Convenio 145 del 2023, Resolución).

La estructura de este informe se divide en cinco momentos. El primer momento expone el estado del arte actual, donde se resaltó lo que otros investigadores han encontrado en cuanto a las barreras y facilitadores hacia el acceso a servicios de salud en otras comunidades indígenas. Además, se especifican las definiciones de elementos fundamentales para la investigación tales como representaciones sociales y otros conceptos asociados al fenómeno.

El segundo momento describe el problema en torno a cómo los territorios indígenas han tenido acceso a todos los servicios de salud que las personas no indígenas, en la que han conocido nuevas especialidades médicas entre ellas la psicología y psiquiatría. Además, cómo el concepto de salud mental se ha configurado a la luz de la cosmovisión kankuama y aún no se ha explorado a profundidad en esta comunidad.

En ese mismo apartado se declara que el propósito de esta investigación es comprender las representaciones sociales del acceso a los servicios de salud mental de los adultos jóvenes que se autorreconocen como indígenas kankuamos y son

oriundos de Atánquez. En el tercer momento se especifican los lineamientos que se tuvieron en cuenta para desarrollar la investigación desde un enfoque cualitativo donde se exploraron las experiencias, barreras, elementos cognitivos y la disposición que configuran las representaciones sociales sobre el acceso a los servicios de salud mental. Finalmente, en el cuarto y quinto momento, se presentaron los resultados organizados en cuatro componentes de las representaciones sociales en el cual se describen las experiencias de los entrevistados con relación al acceso a servicios de la salud mental.

MOMENTO I ESTADO DEL ARTE

Revisión de la literatura

Se realizó una revisión de la literatura en diferentes bases de datos como: Google académico, Scielo, Redalyc, ScienceDirect, Scopus, entre otras. En las que se aplicaron tres ecuaciones de búsqueda. La primera ecuación de búsqueda fue ("social representations" AND "Access to Health Services" AND "mental health" AND "Indigenous Peoples") para la base de datos Google Académico; la segunda ecuación es ("access to mental health" AND "Indigenous Peoples") para ScienceDirect y la última fue ("access to mental health" AND "Indigenous Peoples") para Scopus; todas estas ecuaciones se les aplicó una limitación de los últimos 10 años (2014 a 2024). En las que se obtuvo como resultado diversos artículos científicos, revisiones sistemáticas, literatura gris y un capítulo de libro, en el contexto internacional y nacional, sin embargo, para los antecedentes locales se recurrió al repositorio de la Universidad Popular del Cesar.

A nivel internacional resultó de utilidad la investigación de Goetz et al. (2023) desarrollada en Washington D.C (Estados Unidos), la cual tuvo como objetivo aumentar el uso y acogida de los servicios de nivel mental para las personas indígenas de Canadá, los Estados Unidos, Australia y las Islas del Pacífico. Los autores también examinaron los obstáculos y facilitadores de la búsqueda de ayuda y el uso de servicios por parte de las poblaciones indígenas, debido a la baja probabilidad de recibir ayuda profesional para la salud mental, lo que contribuye a las disparidades en materia de salud. En esta investigación se realizó un análisis cualitativo de 41 artículos finales de 1.010 obtenidos por medio de cinco bases de

datos (PsycINFO, PubMed, Web of Science, Social Services Abstracts, Bibliography of Native North Americans) con datos específicos de los indígenas (Goetz et al., 2023).

Como resultado de la investigación surgieron 6 temas principales: apoyos formales, obstáculos y soportes estructurales, estigma y vergüenza, autosuficiencia e incertidumbre sobre los servicios formales, factores culturales y desconfianza en los servicios tradicionales, la necesidad de extensión e información sobre enfermedades y servicios mentales (Goetz et al., 2023). En conclusión, es necesario la creación de un apartado legal que respalde los servicios de salud específicos para las personas indígenas, ya que los servicios de salud y sus actores deben estar en la obligación de atender a dichas comunidades (Goetz et al., 2023).

Igualmente, la investigación realizada por Hinton et al. (2015) tuvo como objetivo adaptar las rutas de atención para promover el acceso de los indígenas de Australia a los servicios de salud mental. Los autores exploraron dos perspectivas: la primera, el bienestar de la comunidad indígena y sus proveedores de servicios; y la segunda, las formas de promover el acceso a la atención para los pueblos indígenas en riesgo de padecer enfermedades depresivas.

Este estudio cualitativo utilizó la acción participativa y entrevistas realizado un total de 27; 16 a proveedores de servicios y miembros de Top End (nombre de la comunidad indígena) y 11 en Australia Central. Como resultado de este estudio se obtuvo que las comunidades indígenas perciben la salud mental y el bienestar como un componente integral estrechamente vinculado a la identidad cultural; y en segunda instancia, existe un apoyo permanente para la promoción de rutas en intervención

temprana; por otro lado, detectaron barreras en el sistema como: la detección y el tratamiento de las personas en riesgo de depresión, además de recursos insuficientes, actitudes negativas y estigma, y un conocimiento limitado de las opciones de apoyo (Hinton et al., 2015).

En conclusión, la intervención temprana ayuda a disminuir el porcentaje de riesgo de padecer trastornos depresivos, no obstante, es necesario crear cambios en las políticas de salud para las comunidades indígenas, ampliado las capacitaciones y educación de los proveedores de servicio, ya que, lo anterior permitirá conocer las perspectivas de bienestar de las comunidades indígenas (Hinton et al., 2015).

Los pueblos indígenas del Estado de Chiapas (México) cuentan con antecedentes de opresión crónica y despojo a los pueblos indígenas, por tanto, los movimientos sociales resultan de importancia, ya que, su interés a las estructuras sociales, políticas y económicas han favorecido al empobrecimiento del 77% de la población del año 2021 (Aguerreberre et al., 2021). En el capítulo del libro “Innovations in global mental health” se interesaron por la “violencia estructural” impulsados por tres casos que están relacionados con enfermedades mentales en las regiones de la Sierra y Frailesca de Chiapas, por otro lado, optan por explicar una plataforma prestadora de atención para la comunidad, que se enfoca en brindar servicios de salud mental a los tres casos mencionados, pero también a otras comunidades rurales y marginadas (Aguerreberre et al., 2021).

Finalmente, en pro de las comunidades, los miembros de salud han creado una red de apoyo educativo y de profesionales de la salud comunitaria, médicos generales y en compañía de jóvenes inexperto que realicen atención en materia de

salud mental de primer nivel, y a su vez fortalezcan la relación que existe en los tres niveles primario, secundario y terciario (Aguerrebere et al., 2021).

En una revisión sistemática sobre la accesibilidad de las comunidades indígenas de Canadá, EE. UU, Australia, Nueva Zelanda y algunos países de Europa, se encontró que han experimentado una desigualdad en el acceso de los servicios de salud mental en comparación a población no indígena; esta revisión fue realizada por Zhang et al. (2024) buscando examinar las medidas de accesibilidad a los servicios de salud mental para indígenas y las barreras para acceder al servicio de salud mental.

Para recolectar esta información fue necesario un conjunto de bases de datos y una ecuación de búsqueda de la temática mencionada, en lo que obtuvieron como resultado final 27 estudios que exploraron el accesos a los servicios de salud de población indígena, 18 de ellos con un enfoque cualitativo en los que realizaron entrevistas semiestructuradas, análisis crítico, grupos focales, análisis temático entre otros y para los 9 restantes, con un enfoque cuantitativo que buscan medir la aceptación del servicio por la población, utilizando ANOVA, análisis de chi-cuadrado, regresión log-log multivariante, entre otros Zhang et al. (2024).

En conclusión, existe un baja comprensión en las poblaciones indígenas para la búsqueda de atención de salud mental, sumado a las barreras de salud que les impide acceder a los diversos servicios de salud mental, por otro lado, durante la investigación observaron carencias de las investigaciones relacionadas con la temática desde un enfoque cuantitativo que mida la accesibilidad a los servicios de

salud mental, ya que el porcentaje más alto estuvo en el método cualitativo que busca comprender el acceso a los servicios y su utilización (Zhang et al. 2024).

En las investigaciones pasadas se ha estudiado las poblaciones indígenas en general, pero, no se define una etapa del ciclo vital en la que se centra la investigación, no obstante, Povey et al. (2021) involucraron a los jóvenes indígenas con un rango de edad de 10 a 24 años oriundos de Australia, Nueva Zelanda, Canadá y EE.UU., ya que corren un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental, por la desigualdad y desventajas que los afecta actualmente. Por consiguiente, la investigación tuvo como objetivo examinar los métodos utilizados para hacer participar a los jóvenes indígenas en el desarrollo o la evaluación de las intervenciones de DMH (salud mental digital).

Por otro lado, quieren identificar como DMH puede ser un punto de partida para el acceso de los jóvenes indígenas al tratamiento de salud mental. Dado que es una revisión de alcance la recolección de datos la realizaron por medio de diferentes bases de datos con criterios de búsqueda como: el rango de edad, ser nativo de Australia, los EE. UU., Canadá y Nueva Zelanda, y artículos publicados en inglés. Finalmente, los autores en su revisión no encontraron estudios que exponga la participación de jóvenes indígenas para el desarrollo y evaluación de intervenciones relacionadas con DMH (Povey et al. 2021).

A nivel nacional la investigación de Arias y Pinto (2023) se centró en determinar las representaciones sociales acerca del concepto de identidad cultural que tienen un grupo de jóvenes entre 14 y 19 años de la comunidad kankuama de Atánquez resguardo ubicado en la vertiente sur oriental de la Sierra Nevada de

Santa Marta. La información obtenida a través de diferentes instrumentos de recolección (entrevistas semiestructuradas, talleres de sensibilización, caminatas y registros fotográficos) de corte cualitativo. Con este proyecto lograron conocer la identidad cultural de los jóvenes en el que el 58% ha formado un concepto y el 42% no lo tienen, sin embargo, la representación social del concepto de identidad cultural se conforma por las experiencias, vivencias, relaciones sociales y sus elementos culturales (tradiciones, creencias, costumbres) propios.

Por consiguiente, tener un abordaje en cuanto al concepto de salud mental para las comunidades indígenas es vital, por lo que, Montoya et al. (2020) en su investigación tuvieron como objetivo entender el significado de salud mental desde la perspectiva de los territorios indígenas de Colombia, por medio, de entrevistas a una muestra intencional de 10 líderes de comunidades indígenas quienes obtuvieron como resultado 160 códigos, agrupando lo en 12 categorías descriptivas y a su vez en categorías de análisis como: perspectivas acerca de la salud mental; elementos de la salud mental; escenarios de la salud mental y los retos para la salud mental indígena.

Sin embargo, cuando se hace alusión a la salud mental en comunidades indígenas es necesario recordar que esto viene de un modelo occidental y que ellos tienen su propia medicina tradicional indígena. Osorio (2021) tuvo como objetivo describir cómo las categorías de sentidos subjetivos y sentido de comunidad interrogan y analizan las nociones relativas a la salud mental partiendo del ejercicio comparativo entre la medicina tradicional indígena y del modelo occidental a fin de producir luces para hacer posibles articulaciones, todo lo anterior, por medio de una

revisión documental con artículos académicos y materiales audiovisuales en los que observaron las prácticas culturales y sociales de las comunidades indígenas.

En dicha investigación, Osorio (2021) querían llegar a un punto medio de la perspectiva del modelo occidental y medicina tradicional indígena. El autor concluyó en cómo las categorías de su investigación lograron reflejar las creencias socio históricas de la medicina tradicional sobre la salud mental, donde se estructuran del sentido de la comunidad o lo subjetivo, a lado de las creencias históricas científicas del modelo occidental (Osorio, 2021).

A nivel local se realizó una búsqueda en el repositorio de la Universidad Popular del Cesar, con el fin de encontrar tesis, monografías o proyectos de investigación relacionados con la temática. En este caso se encontró el proyecto de investigación de Aguilar y Navarro (2022) los cuales desarrollaron la investigación desde la metodología cualitativa en la ciudad de Valledupar, Cesar interesados en observar cómo el conflicto armado de Colombia afectó a la comunidad kankuama, luego los actos de barbarie cometidos como el asesinato a líderes, profesores, jóvenes indígenas todo por pertenecer presuntamente a diferentes grupos al margen de la ley. Los autores concluyeron como en la actualidad los procesos de memoria se han dimensionados, comprendidos y se están exteriorizando a través de la narración de las víctimas se evidencia la existencia de un patrón continuo y conjunto.

En resumen, dentro de las investigaciones encontradas a nivel internacional existe una predominancia desde el enfoque cualitativo para investigar temas asociados a las percepciones sobre la salud y el sistema de servicios disponible para la población indígena. Estos estudios se orientaron a ampliar o descubrir el

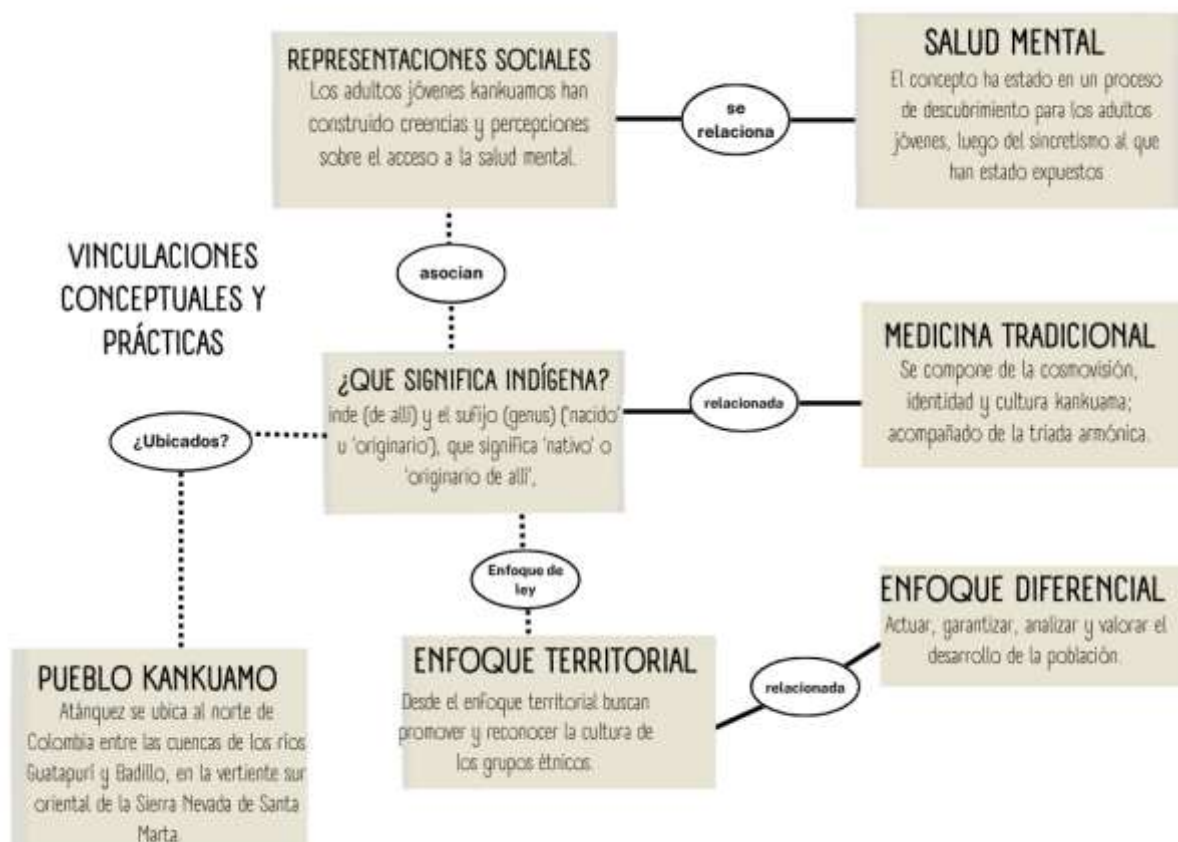
conocimiento existente relacionado a las representaciones sociales, comunidades indígenas, atención sanitaria indígena, salud mental digital, acceso a la salud y servicios de salud (Aguerrebere et al, 2021; Goetz et al, 2023; Hinton et al, 2015; Povey et al, 2021; Zhang et al, 2024).

Por lo que, dentro de los antecedentes internacionales se encontraron artículos científicos, revisiones sistemáticas o de protocolos, estudios cualitativos y un capítulo de libro, todos estos productos científicos han sido realizados desde el enfoque cualitativo u mixto, pero, predominado el diseño cualitativo, estos estudios (Aguerrebere et al, 2021; Goetz et al, 2023; Hinton et al, 2015; Povey et al, 2021; Zhang et al, 2024) han tenido en común su población de estudio, es decir, las comunidades indígenas, además, de su interés en conocer las barreras o facilitadores del acceso a los servicios de salud mental para las personas indígenas, por medio de una análisis cualitativo (Goetz et al, 2023).

Sin embargo, existen otras perspectivas como las maneras de mejorar las practicas relacionadas a la salud mental para los indígenas (Hinton et al, 2015) con su estudio cualitativo; por otro lado, el aporte a un libro, explicando en su capítulo las brechas en los centros de salud, en lo que concierne a la atención en salud mental (Aguerrebere et al, 2021); la revisión de protocolos, en cuanto al diseño y evaluación de las intervenciones digitales de salud mental y la participación de los jóvenes indígenas en estos (Povey et al, 2021); y por último, la revisión sistemática con un enfoque mixto, que busca medir la accesibilidad de los servicios de salud mental para las población indígenas (Zhang et al, 2024).

Los estudios mencionados se realizaron en diferentes zonas de mundo como: Canadá, Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda, México y algunos países de Europa, estas investigaciones utilizaron diferentes técnicas de recolección de datos en la que todas compartieron la búsqueda de artículos científicos a través de bases de datos y literatura gris relevante, pero algunos se enfocaron solo en las bases de datos (Goetz et al, 2023; Povey et al, 2021; Zhang et al, 2024), otros también se apoyaron en otras formas de recolectar información, por ejemplo, entrevistas a informantes claves desde su marco de investigación-acción participación (Hinton et al, 2015).

Vinculaciones conceptuales y prácticas



Nota. Gráfico elaborado con la ayuda de Canva.

Representaciones sociales

Las *representaciones sociales (RS)* plantean la construcción social a través de dimensiones, componentes, funciones u objetivos, Alasino (2011 como se citó en López et al., 2019) comprende las RS como una teoría compleja y plurimetodológica, con un conocimiento simbólico emocional que es socialmente generado, debido a las comunicaciones internas del grupo; esto logra regular el comportamiento y la comunicación de las personas al ser entendible su realidad. Por consiguiente, los dos componentes interrelacionados presente en las RS van de lo social a lo simbólico.

El primer componente se denomina social el cual crea la necesidad de observar la cultura del espacio de producción; este componente resulta ser el producto de un intercambio intergrupar que guía la vida social y las prácticas cotidianas, conforme a la posición, visiones de la realidad, contexto histórico-social del sujeto (López et al., 2019) Y el segundo componente es el simbólico el cual surge de la realidad que es interpretada y reelaborada, convirtiéndola en un campo representacional conformado por imágenes o símbolos transformados por el lenguaje para hacer las comprensibles (López et al., 2019)

Según García y Martínez (2023), Moscovici planteó dos elementos para las RS que son: el contenido y la organización o estructura interna del contenido. El contenido que analiza por medio de dimensiones es decir la actitud, la información, y el campo representacional; donde este se relaciona con conceptos, imágenes, categorías, informaciones las cuales se interrelacionan con el conocimiento y el objeto de la realidad, sin olvidar la cultura o esferas sociales; en el caso de la

estructura interna del contenido se encuentra una jerarquía en pares que se complementa entre sí, una de estas se denomina eje significativo y elementos periféricos, asociados a elementos del sujeto. Igualmente, Moscovici sugirió funciones para las representaciones sociales: función de saber, función de orientación, función justificadora (García y Martínez, 2023).

En este caso los adultos jóvenes kankuamos han construido creencias y percepciones sobre el acceso a la salud mental a través de los diferentes contextos culturales a los que han estado expuestos. Iniciando con el campo representacional que es el espacio en donde estos adultos jóvenes interactúan, es decir el contexto sociocultural en el que se encuentran sea indígena o no indígena; por otro lado, los elementos cognitivos son los procesos mentales u estructuras de pensamientos por medio del cual organiza e interpretan los nuevos conocimiento y experiencias en torno a un fenómeno; finalmente la actitud positiva o negativa que hayan tenido frente al fenómeno decidirá su percepción, idea o creencia final.

¿Qué significa indígena?

Al momento de hablar de representaciones sociales es importante conocer el contexto sociocultural donde se desarrolla el fenómeno que se busca conocer, en esta investigación la población es indígena por lo que conocer el origen de una de las palabras que los identifica es necesario.

Córdoba (2018) encontró que la palabra ‘indígena’ se origina en el latín “indigēna”, compuesto por el adjetivo del adverbio inde (de allí) y el sufijo (genus) (‘nacido’ u ‘originario’), que significa ‘nativo’, ‘originario de allí’, con referencia a su origen desde la perspectiva del que no es de allí; es decir, del otro. Asimismo, se usó

desde el siglo XV para nombrar a los nativos del continente americano en oposición a 'indiano', usado para designar a los europeos que migraban a América, quienes retornaban en compañía de sus hijos siendo "criollos en las sociedades americanas".

Pueblo kankuamo

En Colombia hay diversas comunidades indígenas una de ellas son los *kankuamos*. en pueblo Kankuamo ha atravesado periodos de violencia inicialmente por la colonización de los españoles, luego por el conflicto armado de Colombia. Esto ha dejado una huella en su cultura, llegando a olvidar elementos, a desaparecer de su territorio, dejando consigo secuelas, no obstante, en los últimos años han iniciado el rescate de su cultura, donde actualmente los adultos jóvenes Kankuamos desempeñan un rol importante dentro de la comunidad ya que las representaciones sociales que construyan o mantenga en el proceso será la información que transmitirán en el futuro.

La ubicación del pueblo kankuamo está delimitada según Gutiérrez (2020) "al norte de Colombia entre las cuencas de los ríos Guatapurí y Badillo, en la vertiente sur oriental de la Sierra Nevada de Santa Marta" (p.129). Donde se encuentra doce comunidades como; Atánquez; Guatapurí; Chemesquemena; Pontón; Las Flores; Mojao; Los Haticos; Rancho de la Goya; Ramailito; La Mina; Río Seco y Murillo (Gutiérrez, 2020).

El clima es húmedo subtropical, entre los 700 y 1700 m.s.n.m. con precipitaciones anuales superiores a 2.000 m.m., temperaturas medias mensuales entre 26 y 18 grados centígrados, la vertiente sur del macizo es la más seca, influida

por los vientos que soplan desde la península de La Guajira, la comunidad comparte los espacios sagrados y conexiones espirituales con sus tres hermanos (Arhuaco, Wiwa y Kogui) siguiendo la línea negra o el Decreto 1500 de 2018, creando a partir de su ley de origen (Gutiérrez, 2020).

Salud mental

El concepto de salud mental ha estado en un proceso de descubrimiento para los adultos jóvenes, luego del sincretismo al que han estado expuesto en el resguardo kankuamo o en la ciudad de Valledupar o Bogotá, por ejemplo, por lo que, de forma involuntaria o voluntaria han formado un concepto subjetivo a raíz de las nuevas experiencias/conocimientos adquiridos en los ambientes que han estado involucrados. Igualmente, el concepto también se puede encontrar desde la psiquiatría como lo menciona.

Vidal, y Alarcón (1986, como se citó en Carraza, 2002) define el concepto desde la psiquiatría como un periodo de equilibrio y adecuación activa que permite al individuo interactuar en su entorno, de forma creativa, permitiendo así su crecimiento y bienestar, en el que su medio social busca mejorar las condiciones de vida de las personas conforme a sus peculiaridades.

Por otro lado, el acceso a los servicios de salud mental puede definirse según González et al (2016) como “el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento se satisfaga completamente” (p.94). En este caso el acceso a los servicios de salud en general para las

comunidades indígenas se estableció en la constitución política de 1991 en un comienzo y actualmente en el decreto 1953 del 2014.

Medicina tradicional

Las comunidades indígenas de Colombia crearon su salud propia basados en su cosmovisión, identidad y aspectos culturales que han sido transmitido e interiorizado a través de los saberes milenarios heredados por generaciones Osorio (2021). Estos saberes transmitidos se observan en algunos participantes que tienen hijos y han iniciado a llevar a sus hijos a conocer y usar la medicina tradicional, asimismo, otros adultos jóvenes prefieren su propio modelo de salud, luego de obtener algunas experiencias con la medicina occidental. Por otro lado, una de las referencias de la medicina tradicional es la triada armónica.

El concepto de salud está inmerso en la medicina tradicional indígena, Zuluaga (1999, como se citó en Osorio, 2021) afirmó que “la estructura de la medicina tradicional indígena se fundamenta en la triada armónica (persona-sociedad-naturaleza) en donde el respecto a la naturaleza figura como el eje fundamental para el buen desarrollo comunitario y para goce de la salud” (p.32). Asimismo, esta concepción refleja la relación de la triada armónica que es completa e indisoluble.

Enfoque diferencial y territorial

Aunque en Colombia actualmente no se encuentran leyes en materia de enfoque diferencial y territorial algunas entidades se encargan de velar por los derechos de poblaciones específicas, es decir, comunidades étnicas, en

discapacidad o según el ciclo de vida en el que se encuentren, estas se dividen en lo diferencial y territorial al reconocer como lo establece la constitución política 1991 que Colombia es un país multicultural. En este caso una entidad en Colombia que se ha encargado de definir ambos enfoques es la dirección de desarrollo territorial sostenible.

El concepto de enfoque diferencial no ha sido unificado a pesar de haber sido estudiado desde diferentes puntos de vista, por este motivo, según la Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible (2016) propone definirlo “como una forma de actuar, analizar, garantizar y valorar el desarrollo de una población, basado en sus características diferentes desde una perspectiva de equidad y diversidad” (p.7). Por consiguiente, el enfoque diferencial en Colombia tiene como objetivo brindar una respuesta de acuerdo a las necesidades de la población, adecuando las políticas públicas a las características específicas de la comunidad, generando así acciones que garantice sus derechos; por lo que, existen cuatro enfoques: género: ciclo de vida; situaciones de discapacidad y pertenencia étnica-cultural (Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible, 2016).

Por ende, según Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible (2016) “el enfoque diferencial étnico adquiere una perspectiva integrada por reconocimiento, análisis, respeto y garantía de derechos individuales/ colectivos de todos los grupos étnicos de Colombia, prevaleciendo la igualdad de oportunidades desde la diversidad y la no discriminación”(p.10), lo anterior, promueve la cultura de reconocimiento, respeto e igualdad de derecho para los grupos de la nación pluriétnica/multicultural (Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible, 2016).

Aspectos legales relacionados con el acceso a los servicios de salud

En este apartado se realiza un recorrido de las leyes o decreto que mencionan los derechos de las comunidades indígenas en Colombia, iniciando con, la Constitución Política de Colombia (1991) en el Art.8 declara que “el estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana”. Asimismo, se generan otros reconocimientos para la población étnica, como: las lenguas y dialectos de los grupos étnicos convirtiéndolos en oficiales para sus territorios (Art.10).

También se reafirma el derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural en el Art.68 de la constitución política de Colombia (1991), también, el derecho a tener un lugar en las Cámara de Representantes como grupos étnicos (Art.176). En el ámbito de la educación la Ley general de la educación (ley 115 de 1994) hace cumplimiento al Art. 68, mencionado anteriormente, por lo que, en el capítulo 3 expresa el funcionamiento, principio y fines de la educación para los grupos étnicos Igualmente, el Decreto 804 de 1995 se crea para la atención académica de los grupos étnicos.

En el ámbito de la salud para los grupos étnicos en específicos los territorios indígenas se crea el Decreto 1953 (2014) “por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas” permitiendo les crear el SISPI (Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural) quienes se articulan con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

MOMENTO II PLANTEAMIENTO PROBLÉMICO

En Colombia, se respaldó el derecho a la salud mental en el 2013 por medio de la ley 1616, por la cual los colombianos pueden acceder a los servicios de salud mental a través de las prestadoras de los servicios de salud o las empresas del estado (subsidiadas o contributivas). Dentro los servicios de salud mental aplicados por la ley se encuentran la promoción de la salud mental; atención integral e integrada en salud mental; rehabilitación psicosocial; prevención primaria del trastorno mental; entre otros.

No obstante, Colombia es un país con diversidad étnica, por lo que, el acceso a los servicios de salud mental de las comunidades indígenas está enmarcado en el Decreto 1953 de 2014 un régimen especial que los autoriza a administrar sus sistemas propios indígenas, con la finalidad, de no afectar su propia cultura ni perder sus prácticas culturales debido a la influencia occidental en sus servicios de salud.

Según Godoy et al (2020) la OMS define la salud mental como “un estado de bienestar, donde el individuo es consciente de sus capacidades, además de ser capaz de afrontar los retos de la vida cotidiana sin dejar de trabajar de forma productiva en pro de la comunidad” (p.170); todo lo anterior, sin olvidar la importancia de los contextos sociales, económicos, corporales y psicológicos. La definición de salud mental fue una incógnita en el pueblo kankuamo por varios años, debido a las diferencias culturales.

Pero en los últimos años se ha investigado una aproximación del término en relación con la cultura indígena, Montoya et al. (2020) encontró que la salud mental es “una manifestación holística e integral que se relaciona con la espiritualidad, el

equilibrio, la armonía, el buen vivir, y su relación con la naturaleza, la familia, y la comunidad” (p.1163). Esta aproximación del concepto de salud mental resulto de la investigación de los autores realizada a diez líderes de los pueblos indígenas de Colombia.

No obstante, el concepto de salud mental es algo que aún se está definiendo en los pueblos indígenas. En lo que se refiera al acceso a los servicios de salud mental las comunidades han encontrado diversas barreras. En un inicio, al ser nuevos en un servicio que se acopla a los procedimientos occidentales pudo significar una ventaja o desventajas según el ciclo vital a la hora usar la tecnología. Además, resultó una experiencia nueva cuando se desplazaban de zonas rurales a urbanas en busca de recibir servicios de salud más especializados. Igualmente, las rutas al interior de cada EPS o IPS tienen diferencias significativas.

Otras barreras serían el tiempo de consulta y el tope de consulta a los que tienen acceso los usuarios. Todo lo anterior pueden representar barreras generales, pero las barreras personales para acceder al servicio de salud mental varía en cuanto al significado o utilidad que recibe la profesión, también el impacto que supondría en su cultura y comunidad.

La Constitución Política de Colombia, promulgada en 1991, trajo consigo beneficios y reconocimiento para el 13,6% de la población total de país, compuesto por la población étnica, según Cubillos et al. (2020). Este mismo autor, publicó en su boletín poblacional del corte de diciembre-2019, en conjunto con el DANE, que la población indígena a nivel nacional era del 4,4% para el 2018 y esto representaba el 1.905.617 de los habitantes de Colombia son población indígena. El 50,1% son

mujeres y el 49,9% restante son hombres; en aspectos de salud, el 97% de la población está afiliada a un sistema de salud, mientras que el Registro Individual de Prestación de Servicio reportó que el motivo de consulta más frecuente fue por embarazo, parto y puerperio y a nivel mental el servicio no es usado con frecuencia y en el caso de presentarse es en los hombres (Cubillos et al., 2020).

Los grupos étnicos de Colombia, se hace referencia a los afrocolombianos, raizales, gitanos, indígenas entre otros. Pero, en lo que respecta a las comunidades indígenas se pueden encontrar alrededor de 87 comunidades como: Wayuú, Yarí, Yaruro, Tuya, Puinave, Siona, Nasa, Wiwa, Yukpas, Arhuacos, Kogui, Chimilas, Ette, Kankuamo, por mencionar algunos (Departamento Nacional De Planeación, DNP, 2010). No obstante, el punto de interés de esta investigación es la comunidad Kankuama, ubicada en Atánquez, Cesar.

La comunidad Kankuama o guardianes del equilibrio del mundo como también se les conoce, se ubican en la Sierra Nevada de Santa Marta en compañía de los Kogui, Arhuacos y Wiwa. Ellos representan la cosmogonía de “una pata de la mesa”, ya que se comprometieron a conservar el equilibrio natural de la sierra nevada, mientras que las otras comunidades son guardianes de la tradición (Organización Nacional Indígena de Colombia, ONIC, s.f.). La ubicación según Gutiérrez (2020) del pueblo kankuamo “está delimitada al norte de Colombia entre las cuencas de los ríos Guatapurí y Badillo, en la vertiente sur oriental de la Sierra Nevada de Santa Marta, donde se encuentra 12 comunidades” (p.129). Como es sabido, cada cultura, sea indígena o no indígena tiene presente un conjunto de significados que le da sentido a los comportamientos sociales, y el pueblo Kankuamo no es la excepción.

Según Jodelet (2006, como se citó en Di Iorio et al, 2018) las representaciones sociales son “conocimientos prácticos socialmente contruidos y compartidos intersubjetivamente; una mediación que permite conocer las relaciones de los sujetos con el orden social y cultural” (p.54). Las experiencias cotidianas son parte esencial de las RS que permiten formar una perspectiva positivas y/o negativas del fenómeno.

Por lo que, la investigación se enfoca en comprender las representaciones sociales que tienen los adultos jóvenes kankuamos sobre el acceso a los servicios de salud mental que reciben por parte del estado, dicha representación puede ser el resultado final de las interacciones del día a día con su ambiente mezclado con su cultura, lo aprendido bajo su modelo educativo u experiencia obtenidas en el mismo contexto, la construcción de conocimiento adquirido de forma personal o por terceros. Es claro que estas representaciones sociales tienen un origen y el por qué siguen activas de forma individual y colectiva.

Por consiguiente, lo anterior hace alusión a las secuelas del desplazamiento que vivieron los kankuamos a raíz del conflicto armado. Un evento que lo ha llevado a perder parte de su cultura, pero que también ha generado procesos de sistematización y reconstrucción en la cultura. Durante el periodo en que el pueblo kankuamo fue desplazado de su territorio debió integrarse a la cultura occidental donde aprendieron nuevas cosmovisiones, una de ellas fue el término de salud mental, término que a lo largo de los años ha sido definido desde diferentes corrientes y reconstruido.

Ahora bien, cuál puede ser el significado para los adultos jóvenes kankuamos, quienes han vivido en ambos contextos, que buscan restaurar su propia cultura y más importante cómo pueden recibir esa salud mental de la cultura occidental sin perder la suya. Para el año 2014 se establece el decreto 1953 que les permite a los territorios indígenas administrar sus sistemas propios y dentro de estos se encuentra la salud, convirtiéndose en una línea de acceso a la salud mental. Para un adecuado proceso de investigación se planteó la siguiente pregunta.

Preguntas de investigación

¿Cómo se constituyen las representaciones sociales del acceso a los servicios de salud mental en los adultos jóvenes kankuamos de la comunidad de Atánquez?

Propósitos de la investigación

Central

Comprender las representaciones sociales del acceso a los servicios de salud mental de los adultos jóvenes indígenas kankuamos de la comunidad de Atánquez.

Derivados

Categorizar los elementos cognitivos asociados al acceso a servicios de salud mental en los adultos jóvenes kankuamos mediante entrevistas semiestructuradas.

Describir el campo representacional del acceso a los servicios de salud mental en el grupo de adultos jóvenes kankuamos de la comunidad de Atánquez.

Interpretar las experiencias significativas y las disposiciones positivas o negativas de un grupo de adultos jóvenes kankuamos hacia el acceso a los servicios de salud mental.

MOMENTO III DISEÑO METODOLÓGICO

Enfoque Investigativo

La investigación se desarrolla desde el enfoque cualitativo, donde se proponen métodos que busca hacer comprensibles los hechos. Bonilla y Rodríguez (2005, como se citó en Guerrero, 2016) indica que el “método cualitativo está orientado en profundizar casos específicos y no a generalizar, por lo cual su preocupación no está en medir sino cualificar y describir fenómenos sociales a partir de rasgos determinantes, percibidos por los elementos mismos del fenómeno estudiado” (p.2).

La investigación cualitativa se origina en el área de las ciencias sociales con Max Weber, quien agrego al enfoque el término “entender” y destacó que, dentro de la descripción y la medición de las variables sociales, debería considerarse la comprensión del contexto del fenómeno y los significados subjetivos (Niglas, 2010; como se citó en Hernández-Samperi y Mendoza, 2018). Del mismo modo, Guerrero (2016) define al enfoque cualitativo como un proceso interno, que genera datos descriptivos que son usados como herramientas, es decir, las palabras, dibujos, gráficos, imágenes, discurso y toda conducta observable. Por lo tanto, la lógica del enfoque se centra en lo inductivo, con un sentido humanista que permite conocer los aspectos personales de los participantes de la investigación, este método resulta ser flexible y no excluyente como lo es su contraparte complementaria: el enfoque cuantitativo.

Tradición de la Investigación Cualitativa

Esta investigación busca comprender las representaciones sociales de los adultos jóvenes kankuamos acerca del acceso de los servicios de salud mental, dicha representación social es creada por medio de diferentes dimensiones una de ellas son las vivencias.

El estudio fenomenológico según Creswell (2017) describe el significado de las experiencias vividas de varios sujetos frente a un fenómeno o concepto, por lo que su interés se centra en la estructura de conciencia sobre las experiencias humanas. En similitud a lo que expresa Hernández-Samperi y Mendoza (2018) el diseño fenomenológico explora, comprende y describe las experiencias humanas respecto a un fenómeno, que al momento de analizar busca comparar las diferencias o similitudes de las experiencias de los sujetos en respecto al concepto u fenómeno. La fenomenología en la investigación tiene diferentes tradiciones o enfoques para esta investigación una resulta de utilidad.

La tradición fenomenológica-hermenéutica está enmarcada en el paradigma interpretativo, asignándole un valor significativo a la investigación, ya que facilita la comprensión profunda de la experiencia del sujeto u/o fenómeno a estudiar desde cualquier disciplina. Por otra parte, la tradición al convertirse en una metodología enfocada en la descripción/interpretación de las estructuras fundamentales de las experiencias de vida, al reconocimiento del significado de valor de dichas experiencias (Fuster 2019).

Muestreo, Unidad de Estudio e Informantes Claves

De acuerdo con el enfoque cualitativo Creswell (2017) expone que en el diseño fenomenológico existe pocas opciones al momento de elegir las estrategias de muestreo, debido a que es fundamental que los participantes experimenten el fenómeno u concepto a estudiar. En este caso el muestreo establece un “criterio” y es que los individuos o participantes deben experimentar el fenómeno. Para esta investigación el muestreo no probabilístico permite al investigador seleccionar a los participantes de la investigación con ciertos criterios.

Para la investigación se tendrá un muestro intencional o de conveniencia, Arias-Gómez et al. (2016) señala que “consiste en la selección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sea similares a las de población objetivo, este método puede resultar de utilidad cuando se pretende realizar una exploración de un fenómeno en una población” (p.206). Igualmente, Flick (2014) mencionada como el muestreo intencional genera una apertura y flexibilidad para la investigación.

Esta investigación tiene como marco poblacional a adultos jóvenes, EUROINNOVA (s.f) menciona que el rango de edad es 19 a 40 años, esta etapa es de transformación y consolidación del ser humano. Por tanto, los adultos jóvenes son pertenecientes de la etnia indígena kankuama del territorio de Atánquez, quienes serán las unidades de análisis que oscilan entre los 21 y 30 años. La sumatoria de estas unidades de análisis es de once (11) personas, que deben cumplir con criterios como: reconocerse como Kankuamo, ser originarios de Atánquez, haber tenido experiencias directas o indirectamente con los servicios de salud mental.

Instrumento de Recolección de Información

El enfoque cualitativo tiene diversas herramientas que permite conocer o comprender la importancia del contexto y los participantes del estudio. Una de las herramientas es la entrevista cualitativa Janesick (1998, como se citó en Hernández-Samperi y Mendoza, 2018) la define como “una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado o entrevistados)” (p.449). La entrevista puede realizarse en parejas, grupos pequeños, equipos o familia, por medio de preguntas y respuestas que genera una comunicación o construcción de significados respecto a una temática. Existen diferentes tipos de entrevistas: estructuradas, semiestructuradas y abiertas en las que el entrevistador decide el rumbo y secuencias de las preguntas, además de la estructura u orden.

La entrevista tiene un objetivo dependiendo de su enfoque, en el caso del cualitativo según González-Vega et al (2022) “es comprender los fenómenos del mundo a través desde el punto de vista de los entrevistados, a partir desde la perspectiva fenomenológica centrándose en las experiencias provenientes del mundo de la vida de los entrevistados y atribuirles significado” (p. 4). Durante la creación de la entrevista semiestructurada, se desglosó la temática principal, con el fin de tomar diferentes caminos que ayudaran a conocer el fenómeno a la luz de los participantes. En esta investigación el guion de entrevista las preguntas se formularon abiertas, con diferentes opciones que permitieran ampliar la información

que se estaba obteniendo, que variaba de la respuesta inicial del participante, asimismo, la entrevista fue evaluada por expertos en investigación.

Definición Conceptual de las Categorías y Subcategorías Apriorísticas

Dado que la investigación adoptó un proceso de codificación inductiva, comenzando con la codificación abierta, se establecieron categorías y subcategorías a priori, muy generales, para guiar la construcción de la entrevista y la interpretación de las representaciones sociales. Sin embargo, no se estableció una delimitación clara de lo que se pretendía encontrar, ya que durante el análisis surgieron diversas categorías emergentes a partir de las experiencias de los entrevistados.

Tabla 1

Conceptualización de las categorías y subcategorías apriorísticas

Categorías y Subcategorías Apriorísticas		
	Los elementos cognitivos según	El pensamiento es un don particular del
Elementos cognitivos asociados al acceso a los servicios de salud mental	Mora (2002) Es la organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento, hecho o fenómeno de naturaleza social. Conocimientos que muestran particularidades en cuanto a cantidad y a calidad de los mismos; carácter	ser humano y su origen se da por la intervención sensorial y la razón [...] el razonamiento, la inferencia lógica y la demostración son aptitudes del pensamiento para reflejar de manera inmediata la realidad, los problemas y las necesidades del sujeto [...]. Según la lógica formal la estructura del pensamiento está

Categorías y Subcategorías Apriorísticas

estereotipado o difundido sin soporte explícito; trivialidad u originalidad en su caso. Por otro lado, se entiende el acceso a los servicios de salud mental como el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente (González et al, 2015).

compuesta de la siguiente manera: concepto, juicio, razonamiento y demostración (Izquierdo, 2006, como se citó en Jara, 2012)

El **valor** será «objetivo» si existe independientemente de un sujeto o de una conciencia valorativa; y será «subjetivo» si debe su existencia, su sentido y su validez a reacciones fisiológicas o psicológicas del sujeto que valora (Pérez, 2008).

Alavi y Leidner (2003, como se citó en Flores, 2005) definen el **conocimiento** como “la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurales” (p.22). Dicha información se convierte en conocimiento al ser procesada en la mente del ser humano y luego nuevamente en información al articularse y comunicarse a otras personas por medio de textos; correos

Categorías y Subcategorías Apriorísticas

electrónicos; comunicaciones verbales o escritas, entre otros.

Los **servicios** son beneficios o actividades que ofrecen en renta o venta que son esencialmente intangibles, sin resultar siendo propietarios de ellos, los servicios se crean para cumplir una demanda de necesidad por medio de ciertas actividades (Miranda-Cruz et al., 2021).

La **práctica de la salud mental** Práctica De La Salud Mental (s.f) lo define como la observación, descripción, evaluación, interpretación, diagnóstico y modificación del comportamiento humano mediante la aplicación de principios, métodos y procedimientos psicológicos y sistémicos con el propósito de prevenir o eliminar el comportamiento sintomático, mal adaptado o indeseable y de mejorar las relaciones interpersonales, los

Categorías y Subcategorías Apriorísticas

Campo representacional

El Campo representacional es un conjunto de imágenes con forma gráfica y coherente que encierra la esencia del concepto, permitiendo comprender las cosas de forma más sencilla y a través de su uso, se convierte en un hecho natural (Knapp et al. 2003).

ajustes laborales y de vida, la efectividad personal, la salud conductual y la salud mental , así como el diagnóstico y tratamiento de los aspectos psicológicos y sociales de enfermedades físicas, accidentes, lesiones o discapacidades.

La **opinión** es lo que coloquialmente se dice; comenta; razona; elabora; analiza; abstrae; expresa; manifiesta las personas de algún objeto, fenómeno, sujeto y contexto. Para generar una opinión es necesario tener una experiencia del fenómeno en cuestión, por lo que la opinión implica conocimiento que nace de la sociedad o la cultura (Centurión, s.f).

La **vivencia** “constituye la unidad de la personalidad y del entorno tal como figuran en el desarrollo (...) la verdadera unidad dinámica de la conciencia, unidad plena que constituye la base de la conciencia es la vivencia” (p.99). Por otro lado, las vivencias contienen características propias del individuo y su contexto, ofreciendo la

Categorías y Subcategorías Apriorísticas

posibilidad de interpretar, valorar y otorgar un sentido de realidad, que refleja aspectos personales y socioculturales. (Vygotsky, 1996, como se citó en Erausquin et al., 2016).

Según Sartre (1994, como citó en Medina, 2007) “Los **valores** son ejes fundamentales por los que se orienta la vida humana y constituyen a su vez, la clave del comportamiento de las personas”.

Actitud hacia los servicios de salud mental

La actitud es un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones (Allport, 1935, como se citó en Ubillos et al. s.f). Por otro lado, Jodelet (1984, como se citó en Knapp et al. 2003) define la actitud como la orientación global, positiva o negativa, que tiene la persona hacia el objeto de

El **comportamiento** es, sin duda, un proceso físico. Pero no todo proceso físico es comportamiento, lo son aquellos que significan una respuesta del ser vivo al ambiente en que vive (Galarsi et al., 2011). Por lo tanto, Según Galarsi et al (2011) “El comportamiento es un proceso estrictamente físico, registrable y verificable, que consiste, precisamente, en ser la actividad por la que un ser vivo mantiene y desarrolla su vida en relación con su ambiente, respondiendo a él y modificándolo” (p.99).

Categorías y Subcategorías Apriorísticas

representación y que guía la evaluación, los elementos afectivos y las valoraciones, en relación con el objeto.

Según González Rey (2009, como se citó en Erausquin et al., 2016) “Las **experiencias** se tornan subjetivas en el marco de la red de sentidos subjetivos que caracterizan la inserción social del sujeto en los contextos en los que participa” (p.99)

según Fernández-Abascal & Jiménez (2010) las **emociones** “es un proceso que implica una serie de condiciones desencadenantes (estímulos relevantes), diversos niveles de procesamiento cognitivo (procesos valorativos), cambios fisiológicos (activación), patrones expresivos y de comunicación (expresión emocional). Además, tiene efectos motivadores y su función primordial es la adaptación” (p.17).

Proceso de Análisis de la Información

Después, de realizar las entrevistas semiestructuradas a los once participantes se inició la transcripción de las verbalizaciones, transformándolas en texto, para su posterior análisis. Se transcribieron manualmente nueve entrevistas presenciales y dos realizadas a través de una plataforma virtual. Estas últimas fueron generadas automáticamente, por lo que solo se requirió revisar su fidelidad con respecto al audio original. Estas entrevistas fueron almacenadas en documento de Word de forma individual, a las que se les creó ítems como: número del participante, edad, género, lugar de nacimiento y se les discriminó cuándo intervenía el entrevistador o entrevistado.

Posteriormente, se realizaron verificaciones a los archivos, es decir, que los números asignados a las entrevistas correspondieran con el participante, su género, edad y lugar de nacimiento; también se verificaron las entrevistas con ayuda de los audios, con la finalidad de rectificar que las respuestas estuvieran transcritas correctamente. Luego de terminar las verificaciones de todos los archivos, estos fueron subidos al ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. (2023), esta plataforma cuenta con una versión en línea u online web ATLAS.ti y otra de escritorio.

En este caso, se usa la versión online, por lo cual se crea un nuevo proyecto (una carpeta nueva, a la que se agregan todas las entrevistas del proyecto) en la que se crearon nuevos ítems o como lo denomina la plataforma grupos de documentos o entrevistas, que respondían a tres preguntas ¿Cuál es su nivel escolar? ¿Cuál es su género? ¿Reside dentro/fuera de la comunidad? Por lo que, los grupos finales

fueron: cuatro participantes son universitarios, cuatro son bachiller y tres son técnicos. Seis participantes son de género femenino y cinco masculino y nueve participantes que son residentes retorno (que declararon su domicilio principal en Atánquez, pero han vivido o viven en diferentes periodos de tiempo en otros lugares) y dos que son residentes permanentes en el resguardo de Atánquez.

Luego, de la creación de los grupos de entrevistas o unidades, se inicia la codificación abierta desde un enfoque inductivo un proceso analítico que permite identificar en los textos (entrevistas) conceptos fundamentales o fragmentos significativos relacionado con el fenómeno estudiado, que a su vez descubren nuevas categorías emergentes (Gaete 2014). Para el proceso de codificación ATLAS.ti (2023) permite crear una serie de códigos en lo que se selecciona un fragmento de la entrevista, estos códigos se diferencian por color de manera automática, a los que a su vez se les realiza un comentario significativo en relación a la experiencia de los entrevistados.

Posterior a la codificación abierta realizada manualmente en la versión web ATLAS.ti se realiza una importación del proyecto a la versión de escritorio, debido a que esta permitía un análisis más detallado y ofrecía algunas herramientas que estaban en versión BETA en la web. Por otro lado, se realizó una codificación con ayuda de la IA que se contrastó con la codificación abierta inicial. Una vez de eliminar y/o cambiaron de nombre algunos códigos, se inició la agrupación de los códigos creados (grupo de códigos), teniendo en cuenta su densidad (frecuencia) y enraizamiento (Ver Anexo, 3); es decir, qué tanto aparecía un código y qué tanto se relacionaba con otros códigos.

Una vez agrupados los códigos se pudieron establecer las grandes categorías emergentes o temas centrales teniendo en cuenta las características que constituyen las representaciones sociales: (1) experiencias de salud y enfermedad; (2) experiencias y disposiciones del acceso a los servicios de salud; (3) campo representacional del acceso a los servicios de salud mental; (4) elementos cognitivos del acceso a los servicios de salud mental.

Después, de obtener las categorías emergentes se crean herramientas visuales como: la nube de palabras, diagrama de Sankey y redes semánticas (basadas en el proceso de enraizamiento) que presentaron aspectos relevantes del fenómeno estudiado. La redacción de resultados demuestra el proceso de triangulación hermenéutica, que según Cisterna (2005) “es la acción de reunión y cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto de estudio surgida en una investigación” (p.68). La triangulación puede efectuarse desde diferentes aspectos; en este caso se desarrolló desde el marco teórico que permitió construir conocimiento desde la revisión y discusión reflexiva.

Consideraciones Éticas y Consentimiento Informado

Las consideraciones éticas de la presente investigación estarán sustentadas por diferentes apartados legales, iniciando por la ley 1090 (2006) que reglamenta la profesión de psicología con varias disposiciones. La presente investigación no tiene un fin de intervención, por ende, no se desarrollarán actividades o estrategias asociadas a la psicoterapia, por el contrario, está orientada a la evaluación de constructos, creencias, actitudes de los adultos jóvenes kankuamos, por ello se

tendrán en cuenta lo que señala el título 3 (De la actividad profesional del psicólogo), Art. 3 “Del ejercicio profesional del psicólogo: se considera ejercicio de la profesión de psicólogo toda actividad de enseñanza, aplicación e indicación del conocimiento psicológico y de sus técnicas específicas” refiriendo en el ítem A que el psicólogo está en disposición para diseñar, ejecutar y direccionar una investigación científica sea de índole disciplinaria o interdisciplinaria, la cual deberá estar orientada a desarrollar, generar y aplicar el conocimiento adquirido, que contribuirá a la comprensión y aplicación de su objeto de estudio en su ejercicio profesional, apoyado en la perspectiva de las ciencias naturales y sociales Ley 1090 (2006, Título III).

La información de la investigación será recolectada por medio de entrevistas semiestructuradas y en dado caso de que se revele información que exponga la vida del sujeto, esta será relevada a las autoridades competentes con autorización previa del participante, como se señaló en el consentimiento informado, todo lo anterior avalado por el Art. 24 que permite la comunicación de la información obtenida a terceros cuando sea obtenido una autorización previa del interesado y manteniendo unos límites Ley 1090 (2006). De forma similar la ley 1090 (2006) afirma que “la información obtenida por el profesional no puede ser revelada a otros, cuando conlleve peligro o atente contra la integridad y derechos de la persona, su familia o sociedad” (Art.25).

Igualmente, se tendrá en cuenta en especial el Art. 36 hace referencia a los deberes del psicólogo con las personas objeto de su ejercicio profesional, ya que no se intervendrá al participante, sino que se remitirá a las autoridades competentes en

salud, una vez allá recibo los primeros auxilios requeridos por el sujeto como lo estipula la Ley 1090 (2006).

Desde la perspectiva del manual deontológico y bioético del psicólogo (2019) se cumplen con los principios de primer orden y segunda jerarquía. Se podría considerar como una posibilidad que hablar de salud mental con los participantes puede generar un malestar transitorio, por lo que en la realización de las entrevistas semiestructuradas asistirá un psicólogo clínico que les brindará los primeros auxilios psicológicos de ser necesario.

Por último, se tiene en cuenta la resolución 8430 (1993) en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, teniendo presente el Art. 8 que orienta a los investigadores a proteger la privacidad de los participantes, quienes serán los únicos en autorizar la divulgación de los resultados. Según el Art. 11 plantea las clasificaciones de las investigaciones, está en particular es una investigación con riesgo mínimo dado que se registrará datos a través de entrevistas semiestructuradas y se compensará a los participantes remitiéndose a servicios psicológicos con sus respectivas EPS, además de brindarles primeros auxilios de ser necesario.

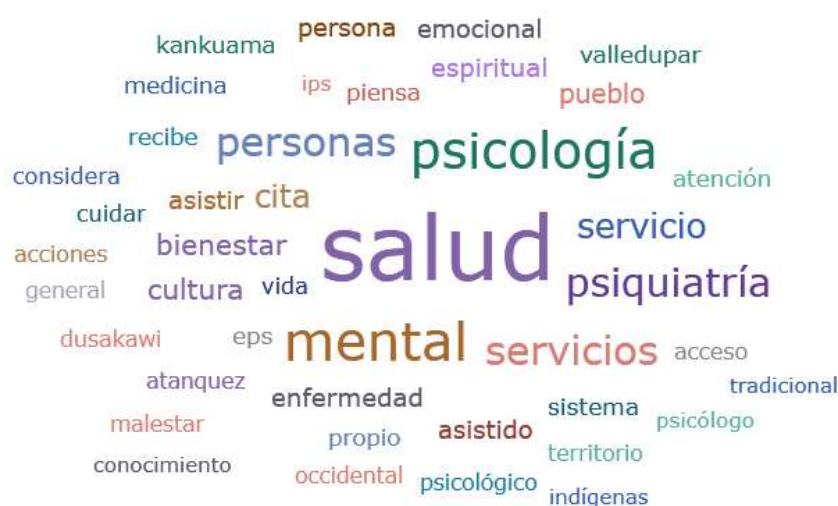
Momento IV Presentación De Los Resultados

Aspectos descriptivos y relevantes de las experiencias

Nube De Palabras

Gráfico 1

Nube de palabras, resultado de las entrevistas semiestructuradas



Nota. Gráfico elaborado con ayuda de la plataforma ATLAS.ti

Para la creación de la nube de palabras se tomaron aquellas que aparecían más de 16 veces y dentro de ese rango se eliminaron las palabras que no representan significado para la investigación, por lo que algunas de las palabras eliminadas fueron: ya, que, al, usted, creo, si, eh, silencio, te, así, siempre, mismo, digamos, entre otras. Finalmente, en la nube (Gráfico 1) se observan las palabras más mencionadas por los participantes durante la recolección de datos, por lo que, entre más se mencionan las palabras más cerca estarán del centro, por lo que

algunas de las palabras que se destacan son: salud, mental, servicios, psicología, bienestar, cultura y de más.

Si bien, la nube de palabras no ofrece información profunda sobre el contenido de las entrevistas, se pudo utilizar para descubrir posibles patrones en el discurso que se evidenciaron en las entrevistas logrando indagar sobre el problema delimitado (acceso a servicios de salud mental) y las posibles categorías emergentes que se abordan en el siguiente subapartado.

Proceso De Triangulación Hermenéutica

El proceso de triangulación hermenéutica consiste en reunir y cruzar toda la información recolectada, con el fin de analizar e interpretar los datos obtenidos. Este proceso se puede realizar desde diferentes puntos de vista, para esta investigación se realiza la triangulación con el marco teórico ya que permitirá realizar una discusión reflexiva a la luz de la teoría y los antecedentes encontrados que se relacionan con el fenómeno estudiando, para esta discusión también se tiene en cuenta las categorías y sub-categorías encontradas. (Cisterna 2005).

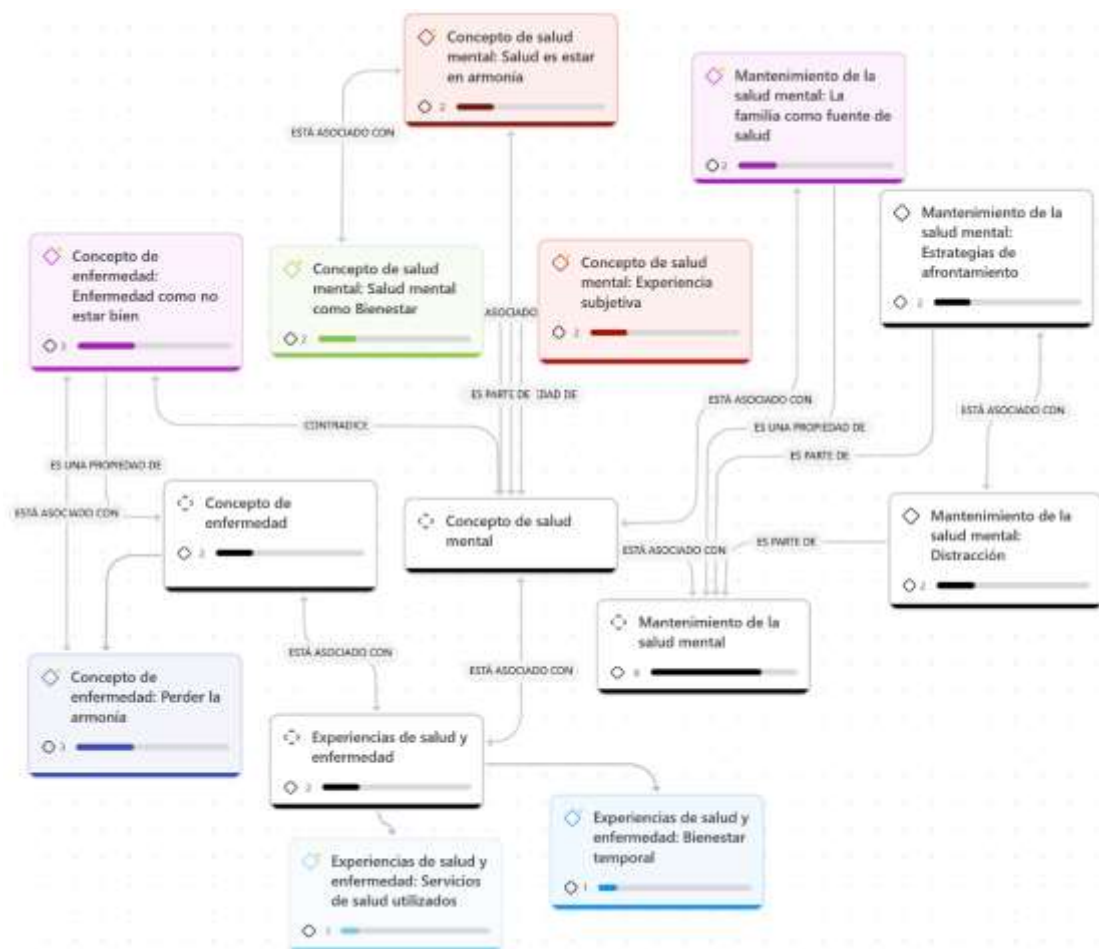
En esta investigación se agruparon las categorías emergentes en torno a 4 temas centrales (grupo de códigos, ver Anexo 3): experiencias de salud y enfermedad; experiencias y disposiciones del acceso a los servicios de salud; campo representacional del acceso a los servicios de salud mental; elementos cognitivos del acceso a los servicios de salud mental. Dentro de estos temas centrales se encuentran categorías y a su vez códigos (subcategorías) que se visualizarán con fuente cursiva dentro del texto.

En cada subapartado aparecerá un gráfico que muestra la red semántica en la cual se establecen las relaciones entre categorías y subcategorías. Además, los fragmentos de las entrevistas estarán alineados con una sangría de 1.27cm antes y después del texto, y se acompañan de una letra en mayúscula y un número (E.8) que significa entrevista y el número de esta. Por otra parte, se menciona la cultura occidental (territorio, contexto) que hace referencia a las culturas no indígenas con las que han tenido experiencias (costumbres, tradiciones, vestimenta, arte, gastronomía, música, tecnología) fuera de su asentamiento (Atánquez), como la ciudad de Valledupar o Bogotá.

Experiencias De Salud Y Enfermedad

Gráfico 2

Resultado de la categoría 1: experiencias de salud y enfermedad.



Nota. Gráfico elaborado con ayuda de la plataforma ATLAS.ti

En las experiencias de salud y enfermedad se engloba tres conceptos (categorías emergentes) principales: enfermedad, salud y salud mental, en donde se observa como los entrevistados kankuamos han formado conceptos a partir de su conocimiento o experiencias y estos a su vez se asocian al contexto cultural en el que han estado involucrado, ya sea su propia cultura o la occidental. Para el grupo de personas entrevistadas el concepto de *enfermedad como no estar bien*, se puede

asociar con enfermedades degenerativas o autoinmunes, donde algunas de ellas no tienen curan o bajas probabilidades de vida como lo expresa uno de los entrevistados: “Enfermase (risa) enferma es tener, de pronto, una enfermedad terminal, un cáncer, un lupus” (E.6).

Para otros, la *enfermedad* se constituye por experiencias duales en las dimensiones físicas (cuerpo) y abstractas (mental/psicológica/espiritual). Esto permitió entender que desde su perspectiva existen creencias que hacen referencia al "mal de ojo" o "maleficios" que podrían afectar algunas áreas de la vida humana. Sin embargo, es posible que haya una disminución en el nivel de aceptación de este tipo de fenómenos, esto es posible que se debido al cambio generacional. Mientras que las expresiones de la enfermedad en el plano físico (enfermedades físicas) se representó como un aviso del cuerpo, tal como se muestra en el siguiente fragmento:

Bueno depende, a veces hay enfermedades que son a nivel mental, a nivel psicológico, a nivel espiritual, de pronto antes se creía más, en lo que eran enfermedades de ojo, maleficios y cosas así y también están las enfermedades físicas que es cuando el cuerpo entra en una desregulación o algo están fallando, como nos avisa el cuerpo que se está sintiendo mal y así (E.4).

No obstante, la *enfermedad* también se asocia con *perder la armonía*, por lo que, cuando una persona se enferma podría sentirse en desequilibrio con su comunidad, familia o con la naturaleza. Esto se entendió como que el contexto lo enferma o él enferma a su contexto, llegando a un estado de desarmonía como lo expresa:

Enfermedad sería ya, entonces todo malestar que esté afectando a cualquiera de esos componentes señalados anteriormente. Pues el cuerpo la mente, mi familia o mi comunidad y también, el territorio sería digamos lo que es una enfermedad. Una afectación que está pues pautando este malestar o pues como dirían, también nuestros mayores una desarmonía (E.1).

La pérdida de armonía también se asocia con la ausencia de salud mental, dando lugar a la influencia que puede tener el contexto sobre la persona hasta llevarla a un punto de no retorno, al sentir que han perdido su identidad, este descuido de su propia salud se refleja en la sobrecarga emocional que experimenta como lo manifiesta:

Bueno yo creo que de pronto he pasado por dos episodios en los cuales he dejado que esa salud mental se vea afectada, es decir que llegó a un punto en el cual estoy tan cargada emocionalmente, de pronto he dejado de lado lo que soy yo, lo que es mi salud, que llegó a un colapso y a un punto de no retorno, donde me siento aturdida, donde siento, no puedo seguir, donde siento que todo, que tengo que parar y es en ese momento que no tengo salud mental (risa) (E.4).

Otro concepto, que se encuentra en este componente de la representación social es la *salud* la cual se define de manera holística al ser percibida desde diferentes componentes (físico, social, psicológico), pero desde la perspectiva cultural la salud se asocia con el contexto por lo que, *salud es estar en armonía*, en este sentido cuando definen salud hacen alusión a un equilibrio que se relaciona

directamente con diferentes componentes que deben estar armonizados para poder llegar a tener salud como lo expresa: “Salud, yo creo que lo definiría como un bienestar integral que sí o sí debe estar mediado por la medicina tradicional la espiritualidad y el bienestar físico espiritual y emocional” (E.11).

Teniendo en cuenta lo anterior, se observa como la experiencia de *salud es estar en armonía* se asocia a la salud mental. En lo que se refiere a este último, las culturas indígenas no tienen un concepto explícito establecido como lo tiene la cultura occidental a través de diferentes teóricos u organizaciones dedicada a la salud, por tanto, al ser una terminología relativamente nueva no se encuentra una conceptualización entre sus saberes ancestrales. Sin embargo, luego de la interacción cultural a la que han estado expuestos y las modificaciones del sistema de salud que reciben ha logrado reconocer una *experiencia subjetiva* alrededor de la salud mental en las que algunos mezclan sus experiencias fuera de su cultura para forma un concepto como expresa el entrevistado 11 (E.11):

Salud Mental para mí es poder tener bienestar y tranquilidad en los proyectos de vida, en las relaciones, la familia, la forma en la que nos relacionamos y andamos en el mundo y pues eso se logra a través justamente de adquirir herramientas para eso para andar tranquilo en los distintos tipos de relacionamiento, ósea, laboral, personal, familiar y con uno mismo claramente también.

Se observa cómo haber tenido una *experiencia subjetiva* asociada a la salud mental les ha ayudado a formar un concepto a partir de la mezcla de culturas o desde la perspectiva occidental tomando el conocimiento que han adquirido en los

espacios diferente a la cultura kankuama. Por ejemplo, cuando hablan de lo “laboral”, es una muestra de la influencia occidental sobre lo tradicional y la cosmovisión propia. Igualmente lo demuestran mediante la expresión: “Salud mental será como (silencio) personas que sufren de esquizofrenia, personas que de pronto con la drogadicción llegan a tener salud mental las cuales los diagnostican con salud mental” (E.6). En este caso, la entrevistada 6 era una mujer kankuama, quien, al parecer, la única forma en la que ha conocido el concepto de *salud mental* ha sido a través de enfermedades psiquiátricas o trastornos de la conducta por parte de un familiar.

Pero, estas experiencias subjetivas son parte del concepto de salud mental como lo es *salud mental como bienestar*; un bienestar que puede ser general o específico, consigo mismo o con el entorno social/familiar en el que se encuentran y al igual que las experiencias son subjetivas, que también se puede definir desde su conocimiento occidental como lo manifiesta entrevistado 4 (E.4):

Si es necesario porque no solo nos debemos preocupar del bienestar de nuestro cuerpo, bienestar físico, sino el bienestar mental, como mencionaba ahorita a veces un dolor de barriga, un dolor de cabeza, un dolor de espalda nos impide hacer ciertas cosas, sino una tristeza, un malestar emocional, estrés, carga laboral todo eso nos puede impedir hacer y llevar a cabo no se nuestras actividades de la vida cotidiana, por ejemplo la carga laboral nos da dolor muscular o dolor de cabeza, entonces que está afectando ahí nuestro bienestar, físico y emocional, pero si, si es necesario.

Se observa cómo han logrado integrar a su discurso parte del conocimiento adquirido por sus estudios y experiencias. Al hablar de salud mental también se debe hablar del *mantenimiento de la salud mental* que resultan ser las acciones que las persona entrevistadas de la comunidad kankuama realizan cuando no sienten armonía, por lo que buscan maneras de afrontar situaciones o momentos que les resulta difíciles a través de acciones, personas o lugares que le permite volver a conectar con ellos mismo y su entorno familiar/social, por ejemplo en la experiencia de los participantes *la familia como fuente de salud* se observa como uno de sus cuidadores, en este caso interpreta un rol de la familia como factor protector y está asociado al bienestar como lo reconoció el entrevistado: “La verdad, no; mi mamá siempre ha dicho que bueno, no he sido muy enfermo y pues como te digo el hecho de, pues, también tener una familia que te que te acoge y te permite como estar” (E.1).

Los kankuamos tienen diferentes maneras de afrontar situaciones difíciles mientras algunos deciden buscar sus redes de apoyo, solucionar los problemas de raíz, otros buscan una *distracción* como leer o tomarse un momento para pensar, por lo que, enfocarse en algo que no es su fuente de estrés o situación problema, resulta ser una forma de enfrentar las situaciones difíciles como lo manifiesta el entrevistado kankuamo: “Me pongo a trabajar, busco algo que hacer” (E.8). Pareciera que también se busca llevar la atención hacia algo diferente al problema.

No obstante, *la familia como fuente salud* y la *distracción* no son las únicas maneras de afrontar momentos difíciles. Algunas de las *estrategias de afrontamiento* están inmersas en la cultura indígena kankuama, pero, la mezcla de culturas también

les ha permitido generar nuevas a través de las experiencias y conocimiento adquirido, por lo que, algunas estrategias están enfocadas en solucionar el malestar o buscan reconectar consigo mismo con la ayuda de la naturaleza como lo expresa:

Mira yo me considero una persona introvertida, bastante introvertida, soy una persona que de pronto a la hora de enfrentar un problema me aisló un poco, pero ósea sin, tampoco demasiado, trato de buscar un momento de encuentro conmigo mismo, de pronto por ahí debajo de un árbol, de pronto me voy a la orilla del río sí, pero trato como de buscar una paz (E.8).

Por un lado, se observa como conectar con la cultura kankuama es de importancia, por otro lado, la mezcla de culturas los ha llevado a crear una jerarquía de necesidad de acuerdo al origen de su malestar (emocional, psicológico o espiritual), en este caso su familia representa su red de apoyo, así que la comunicación directa con ellos le ayuda u observar recuerdos con ellos (fotografías) tenerlos presente en diferentes niveles los ayuda volver a una armonía; igualmente, la naturaleza es otro aspecto importante porque lograr conectar con ella y consigo misma los ayuda a volver a encontrar la armonía. También algunos entrevistados kankuamos podrían buscar de la religión en la que se encuentran consagrados como se muestra en el siguiente fragmento:

De pronto cuando siento ese malestar, siempre busco primero mis redes de apoyo que son mi familia, de pronto me busco a mí misma porque siento que a veces me pierdo, busco hacer cosas que me gusten a mí, que me favorezca a mí también, correr, caminar, escuchar

música que me guste, también trato de buscar a Dios, siempre algo que me ayuda a calmarme es escuchar música cristiana y es algo aparte que a mí me gusta y eso me calma, me regula, de pronto llamó a mi mamá, veo fotos de mi familia, no utilizo casi los servicios de salud a nivel de psicología (risa) no los utilizo, pero si a veces aplico, algunas técnicas en mí (risa) algunas técnicas de relajación, técnicas de respiración, manejo de estrés, trato de auto aplicarme (E.4).

De esta forma se observa como las personas recuerdan las estrategias inmersas en su cultura u obtienen nuevas herramientas fuera de su cultura que les ayuda a enfrentar situaciones difíciles. Ahora bien, los tres conceptos de los que se han hablado son: enfermedad, salud y salud mental, está asociado a las *experiencias de enfermedad y salud* que los entrevistados tienen con el sistema de salud occidental que reciben por parte del gobierno; en este hacen referencia a un *bienestar temporal* relacionado a la salud mental, ya que consideran que no es algo que pueda desaparecer solo porque se están atravesado por una situación difícil, ya que es algo que se puede ir nutriendo, fortaleciendo con herramientas día a día al ser consciente de su propia salud mental como lo expresa el entrevistado 11 (E.11):

Es que no, no la entiendo como algo que se tenga o que no sé tenga siento que es como que hay momentos en donde de pronto no está tan fuerte o tan fortalecida, pero siento que está no, que es como el hecho poder ser, también acerca de poder preocuparse, el poder hacer también, siento en mi caso que el momento en el que fui consciente de poder trabajar en la salud mental eso hizo que todo el tiempo estuviese

ya fuera en un mal momento acudiendo igual a mirar, cómo estar mejor. Entonces no creo que sea algo en mi caso o no lo entiendo así, el que sea algo que se tiene o no se tiene.

Se observa como el bienestar se percibe como algo susceptible a interrupciones. En cuanto a las experiencias con el sistema de salud o los *servicios de salud utilizados* se observa que aunque el Estado les ofrece el acceso a todos los servicios de salud, no todos han sido necesariamente usados, debido a que la mayoría ha accedido a los servicios básicos como lo es odontología, medicina general y vacunación, siendo pocos los entrevistados kankuamos que han buscado un servicios de salud más avanzado, y los casos encontrados es porque había un control médico, una emergencia médica o un embarazo, como lo expresa la entrevistada: “que yo recuerde iba odontología, en Valledupar sí, porque por el control prenatal, nutrición, psicología lo metían a uno” (E.3).

Igualmente, el motivo de asistencia también se relaciona como control o en caso de urgencia como lo manifiesta el entrevistado kankuamo: “De salud, ah sí, no así con tanta frecuencia, pero sí va uno, al médico u odontología, siempre va uno y visita” (E.5). Aunque el Estado les da acceso a todos los servicios de salud, no todos han sido necesariamente usados. En el último caso fueron utilizados porque se encontraba en embarazo y residió fuera del asentamiento durante este.

Finalmente, se observó cómo se han dado las experiencias con el sistema de salud, el conocimiento adquirido en la cultura occidental y mantener presente su propia cultura indígena para los entrevistados kankuamos, ya que todo esto les permitió formar nuevos conceptos, reforzar sus sistemas de creencias y conocer

nuevos servicios de salud. También, se resalta que fue muy poca la descripción sobre las experiencias espirituales, lo que plantea un cambio en su cosmovisión o un reto en la recuperación de su tradición.

Estas categorías muestran semejanzas con la investigación realizada por Hinton et al, 2015 y Goetz et al, 2023. Inicialmente, Hinton et al (2015) confirmo que la salud mental y el bienestar de los indígenas se perciben como multifacéticos y están estrechamente vinculados a los recursos sociales y culturales. Con relación a esto se observa una similitud, ya que los entrevistados kankuamos definen la salud de manera holística (físico, espiritual, emocional), con diferentes componentes que deben estar en equilibrio u armonía al conceptualizarlo desde una perspectiva cultural, por tanto, la salud mental se asocia con bienestar, uno que está vinculado con el entorno que lo rodea (naturaleza/comunidad), con su familia o amigos y que puede ir de lo general a lo particular, pero que sin duda está inmerso en su cultura.

Lo que lleva a ambas investigaciones a una similitud y es la importancia de la familia para los entrevistados, dentro de la cultura indígena se encuentran inmersas algunas estrategias de afrontamiento para el mantenimiento de la salud mental en donde la familia resulta en una fuente de salud, una red de apoyo e incluso un rol protector asociado al bienestar emocional de los entrevistados kankuamos. En esta investigación la familia, los amigos, la religión, las distracciones, conectar con la naturaleza o su cultura son algunas de las estrategias de afrontamiento que se encuentran inmersas en la cultura kankuama.

Pero para Goetz et al (2023) la familia y los amigos resultan ser un apoyo informal que los entrevistados buscan como primera alternativa, en lugar de tomar la

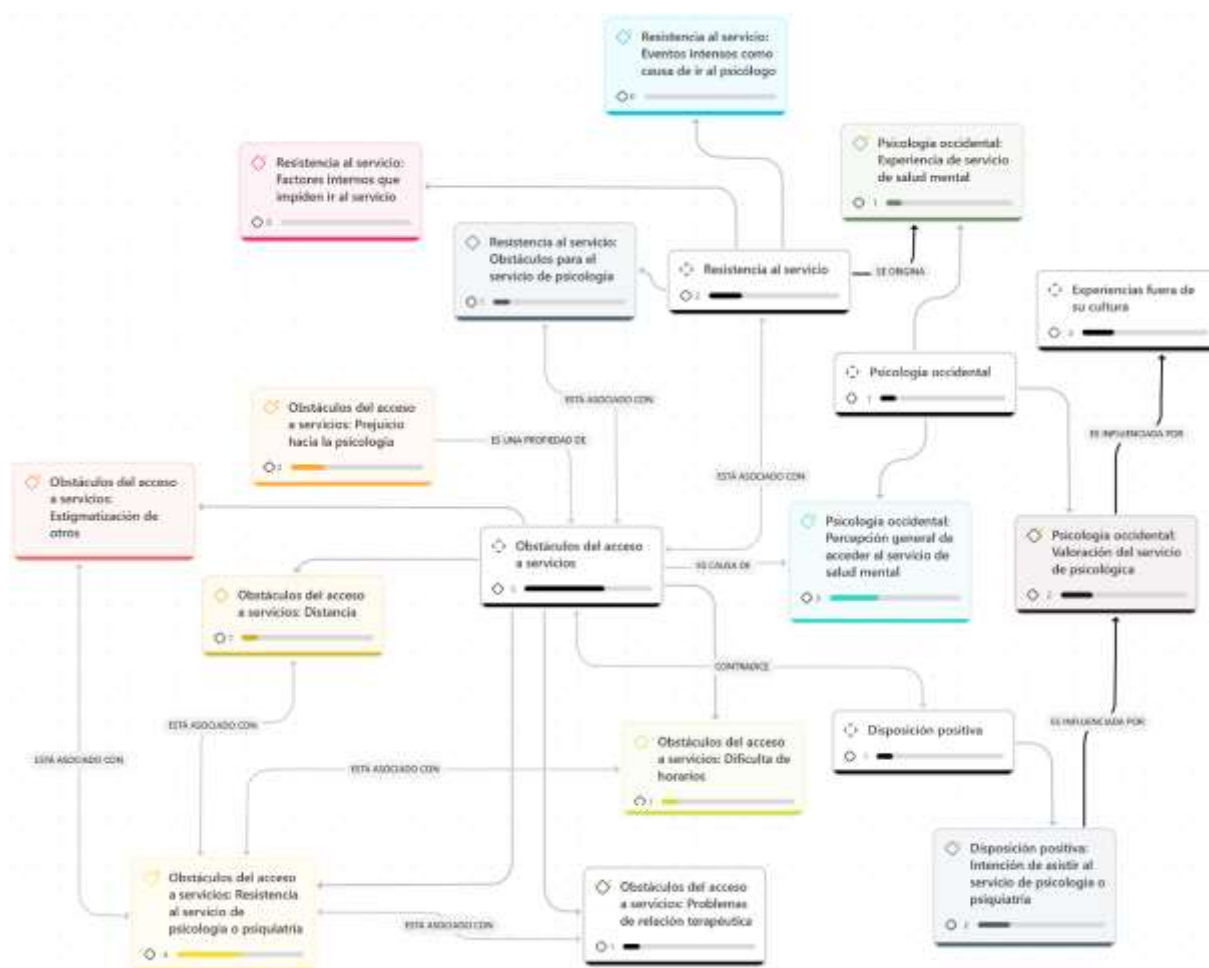
decisión de acceder a un apoyo formal. En otras palabras, la comodidad, disponibilidad y confianza que le ofrece la familia o los amigos a los entrevistados kankuamos evita que decidan acceder al servicio de psicología o psiquiatría, pero, en otros casos son un apoyo al momento de acceder al servicio de psicología. Por otro lado, el apoyo informal no lo tienen todas las personas, por lo que la ayuda profesional será la primera opción.

Experiencias Y Disposiciones Del Acceso A Los Servicios De Salud

Mental

Gráfico 3

Resultado de la categoría 2: experiencias y disposición del acceso a los servicios de salud mental



Nota. Gráfico elaborado con ayuda de la plataforma ATLAS.ti

Dentro las experiencias y disposiciones del acceso a los servicios de salud mental, se encuentran diferentes aspectos relacionados con el contexto occidental en donde se observa el recorrido de los entrevistados kankuamos dentro la cultura y el sistema de salud occidental. Lo que ha resultado en nuevas experiencias fuera de

su cultura, pero, para algunos estas experiencias ha representado una búsqueda de oportunidades lo que los ha llevado a integrarse a la cultura occidental para iniciar o continuar con sus estudios, buscar un trabajo, pero en este caso cambiar de residencia no solo fue para continuar con su formación académica, sino que fue un desplazamiento forzoso, debido al conflicto armado de Colombia, lo que los llevo a cambiar de residencia a él y su familia.

Sin embargo, ha tomado su experiencia personal para buscar nuevas oportunidades para su comunidad, familia y cultura al ser joven líder del pueblo kankuamo como se muestra en el siguiente fragmento:

Bueno (...) yo estuve hasta los seis años viviendo entre Valledupar y Atánquez, luego, por el conflicto armado mi familia y yo nos tuvimos que desplazar hacia la Ciudad de Bogotá y desde entonces vivo en la ciudad de Bogotá, estoy asentada acá y todo mi crecimiento y fortalecimiento, identidad cultural y organizativo sido también desde aquí desde la ciudad de Bogotá. Llegó a estudiar y por eso pues llegamos a la ciudad de Bogotá, en este momento en Bogotá creo que estábamos más de 200 familias asentadas y pues ya con la realidad de poder hacer como la vida acá empezamos a organizarnos muchos de los compañeros y compañeras hermanos amenazados, pues eran líderes.

Entonces justamente lo que hicimos fue fortalecer, pues desde aquí. Desde Bogotá sobre todo también el tema organizativo de lucha, defensa jurídico y demás, que de pronto desde territorio y desde

Valledupar, iba a ser más complicado. Entonces el llegar a Bogotá represento eso claramente un cambio y una ruptura. Pues desde la conexión con el territorio, con la familia, con la comunidad y demás. Pero por otro lado se logró fortalecer también la denuncia y como la capacidad de respuesta también estatal y de apoyo organizaciones aliadas para dar respuesta a la situación de violencia pasando en el territorio en ese momento (E.11).

Se observa como la búsqueda de oportunidades se presenta en diferentes niveles, ya sea para entrar al campo laboral, académico o iniciar de cero, todo con el fin de mejorar la calidad de vida de ellos y su familia, lo que los ha llevado convertirse en residentes retornos de su comunidad (personas que regresan a su lugar de origen por diferentes motivos y que no pierden conexión con este); todo esto les brindo la posibilidad de vivir *experiencias diferentes a su cultura*, pero, al salir de su comunidad se enfrentan a una cultura desconocida para ellos, que resulta ser diferente en varios aspectos como: el transporte, las normas de convivencia, la vestimenta, el cambio de un entorno rural a lo urbano, el sistema de salud, por lo que se vieron forzados a aprender los procesos para acceder a la salud desde la ciudad, el desaprender y adaptarse a las nuevas normas de convivencia en donde descubriendo que las "puertas abiertas" no es algo que se ve en la ciudad como lo reconoce la entrevistada 4 (E.4):

Pues es, cuando comencé que me fui por primera vez a Valledupar, fue un choque, un choque en cuanto al sistema de salud pues ya me tocaba apartar citas de otra forma, ir a otros lugares que no conocía, eh

cambios a nivel de la amplitud de la ciudad, los medios de transporte nunca había agarrado bus (risa), me perdí (risa) y cosas que me fui acostumbrando poco a poco, las personas también de pronto en el pueblo las personas son muy sociables, en la ciudad no todos los lugares son sociables, están las puertas cerradas y en los pueblos siempre están las puertas abiertas para las personas que llegan.

Se observa como todos han asimilado el sincretismo desde diferentes ámbitos, pero, estas nuevas experiencias género en ellos una nueva *perspectiva occidental* que se presenta en su discurso, alguna terminología que han adquirido y han adaptado debido a sus estudios como lo manifiesta la entrevistada:

(suspiro) yo creo que sí (risa) siempre he tratado de que haya un equilibrio, un equilibrio tanto físico como psicológico en mí, es decir, siempre trato de hacer cosas que oxigenen, que oxigenen mi día, si tengo un día pensado en el trabajo trato de dedicarme un tiempo para mí, de pronto si estoy cargada de muchas cosas, trato de hacer algo que me guste, trato de hablar con personas cercanas que me transmitan esa paz que necesito en esos momentos, siempre trato de mantener ese equilibrio, de pronto siempre hay cosas que nos afectan la salud mental, pero siempre hay otras que nos motivan, hay otras que nos sanan por así decir lo y que nos hacen liberar un poquito de cortisol del cual nos llenamos a diario, entonces trato de liberar lo con diferentes acciones que realizó (E.4).

La influencia de la cultura occidental se observa en la perspectiva que han creado a partir de sus experiencias y nuevos conocimientos, pero dentro de esas nuevas experiencias también está el sistema de salud, un sistema que ha traído consigo nuevas especialidades médicas entre ellas la *psicología occidental*. Una profesión con la que algunos de los entrevistados kankuamos han tenido *experiencias del servicio de salud mental* que van de lo personal hasta terceros; en este caso a nivel personal la define como buena, ya que observo cambios en diferentes ámbitos de su vida; a nivel de allegados han existido diferentes comentarios como que no perciben una empatía entre psicólogo-paciente, las técnicas o el enfoque del psicólogo no resultando efectivas en sus colegas, pero en general no han sido un descontento que los lleve a desistir de volver a consulta con psicología sino que por el contrario los ha alentado a buscar más opciones como lo reconoció el siguiente entrevistado:

Bien, o sea, que bueno, pues creo que como todo hay algunos que dicen no, no siente tanta empatía con el profesional o con este método no y buscan otros, pero siento que el balance general es bueno, es como una necesidad y que quienes tienen justamente la posibilidad de acceso de hacerlo, lo agradezco mucho porque se transforma en la vida personal, familiar, laboral, relacional. Entonces he escuchado eso como que es muy poco probable que las personas digan uy ya no asisto más, ¿no? Sino que de pronto dicen listo, no me gustó esta forma buscó otra, pero quiero seguir de pronto trabajando, siento que en este momento mi vida (E.11).

Por otro lado, algunos entrevistados no han tenido una experiencia con el servicio, pero eso no les impide conocer las experiencias de terceros; estas fueron en dos momentos (pasado, presente) la primera es cuando aún residía en el asentamiento Kankuamo y era estudiante en donde sus amigos definían al psicólogo del colegio como "chismoso", la segunda experiencia es reciente, relacionada con sus compañeros de trabajo quienes han expresado como se han sentido y la mejoraría que han visto en ellos mismos luego de consulta como lo manifiesta:

Experiencias eh no, ósea bueno en el colegio pues amigos nunca le gustaron ir, bueno allá en el colegio en Atánquez a psicología, porque el psicólogo era muy chismoso eso decían ellos, acá en el valle experiencias con las personas eh no muy poco no les pregunto mucho, aunque en mi medio laboral pues sí, este conocido que les ha gustado mucho el cómo se han sentido después de haber ido al psicólogo (E.10).

En este caso se observa, que aunque no ha presentado interés en acceder al servicio de psicología, ha logrado notar la diferencia cultural (indígena vs occidental) al momento de hablar de temas relacionado con la salud mental. Pero, la experiencia directa o indirecta con servicio les ha permitido formar una *percepción general de acceder al servicio de salud mental* y a pesar de los cambios o las nuevas experiencias adquiridas por residir fuera del asentamiento kankuamo, siguen presente sesgos por asistir a consultas con psiquiatría o psicología como lo expresa:

No sé, aquí a los que van a psicología es porque los obligan a ir o si no allá lo metemos preso porque algo malo está haciendo aquí, pero si

uno toma la decisión uno mismo, que difícilmente las personas toman la decisión por sí mismo, porque aquí yo he escuchado que lo mandaron para psiquiatría ese está loco (E.3).

Se observa un sesgo o tabú alrededor del servicio de psicología donde en algunos casos no recae solo sobre la que persona que asiste, también sobre la familia, no obstante, otros han logrado crear una percepción distinta, ya que reconocen al psicólogo como un profesional capacitado para escuchar a sus pacientes, que han o están atravesado por situaciones difíciles, como conflictos sin resolver de su infancia, pero no tiene la confianza de expresarse con sus familiares o amigos. Por lo que consideran al psicólogo un espacio seguro para liberar sus emociones y sentimientos, por tanto, no encasilla al servicio de psicología o psiquiatría como un servicio al que solo pueden acceder personas con un trastorno mental como lo reconoció el siguiente entrevistado:

Que eso es algo bueno, que eso no es para personas que están que tienen una enfermedad mental, que también son para personas que como yo han pasado por dificultades en su niñez y uno puede hablar, ya que uno no puede hablar que con la mamá, con un hermano no se siente uno como seguro por decirlo así y usted sabe que con un psicólogo eso algo que va a quedar entre él y yo, entonces yo me suelto, hablo, le digo lo que siento, lloro si tengo que llorar, entonces eso no es, ósea yo no le veo inconveniente de ir a un psicólogo o ir a un psiquiatra (E.6).

Pero, así como los entrevistados kankuamos han formado una percepción del servicio por medio de experiencias directas o indirectas, esto también les ha permitido formar una *valoración del servicio de psicología*, que puede ser una connotación positiva orientada a las personas que usan el servicio de salud mental, realizado una alusión a la fortaleza que tienen esas personas no solo por ser consciente de sus problemas o necesidades, también por tomar decisión de asistir al servicio de salud mental como lo manifiesta:

Creo que son personas que tienen una fortaleza mental porque considero que la persona que busca ayuda es una persona que se siente en la necesidad y ósea se mete algo en su fortaleza de buscar esa ayuda, porque es fácil de pronto pensar que tenemos un problema, pero es difícil buscar, tener esa iniciativa de buscar ayuda entonces consideró que son personas que tienen una fortaleza a la hora de hacerlo (E.8).

Se observa una valoración hacia las personas que deciden acceder al servicio voluntariamente, ya que reconocen la importancia de ir a psicología y lo establecen como una prioridad e incluso reconoce que el profesional está capacitado para ayudar en aspectos relacionados con la salud mental, sin embargo, en este caso la etiqueta que recibe la persona que accede al servicio es “emocionalmente inestable” como lo expresa en el siguiente fragmento:

Pues una yo creo que si asisten es porque tienen un claro de que esa es la ayuda que ellos necesitan de por sí, obviamente que tienen claro de que su salud mental va primero que cualquier otra cosa y pues

desde luego que lo veo como unas personas emocionalmente inestables, pero normal (E.10).

Se observan diversos pensamientos, opiniones y experiencias directas o indirectas entorno al servicio de psicología, lo que ha generado valoraciones y percepciones, pero también una *resistencia al servicio* en algunos entrevistados kankuamos al momento de decidir acceder al servicio de psicología, llegado al punto de necesitar *eventos intensos como causa de ir al psicólogo* como lo expresa el entrevistados:

Creo que es como una necesidad como el hecho de asistir a una cita con un médico por alguna dolencia física y particularmente bueno creo que también, pues son personas que están como en varios momentos o están cansados de pronto de estar. (silencio) Atravesando una situación a veces solos o tuvieron como esa fortaleza para decir bueno necesito ayuda, que, sobre todo (E.1).

Se observa la necesidad de un evento o hecho desencadenante para decidir acceder voluntariamente al servicio de psicología, debido a que asemejan el servicio de psicología con medicina general, no obstante, la resistencia también se presenta en una variedad de *factores internos que impiden ir al servicio* como: flojera, disposición personal, motivo para asistir, incluso falta de motivación y tiempo como lo manifiesta:

Pero no, no sé, no he sacado el tiempo, tal vez no me he sentido del todo motivado y tal vez no he encontrado una persona con la que

pueda sentirme identificado o motivado para iniciar un proceso terapéutico por así ponerlo no (E.1).

De esta forma se observa *obstáculos para acceder al servicio de psicología* que sea formado, en el ámbito personal consideran necesario crear o tener una conexión emocional u lazos relacionales para iniciar el proceso terapéutico y en el ámbito social buscan la aceptación o normalización social de acceder al servicio de psicología en su comunidad como lo expresa el entrevistado:

Pues sí digamos que como te comentaba el principal inconveniente está dado por el hecho de, bueno de no sentir la conexión, no sé la empatía tal vez con alguien creo que sí te permitirán tal vez espacios más de promoción de Salud Mental en los que conozcas a profesionales que te hablen que te informen acerca de esos servicios y que te motiven, no. O que te hagan sentir motivado, pues para poder hacerlo. (silencio) (E.1).

Los entrevistados kankuamos han mostrado cierta resistencia para acceder al servicio de psicología, resistencia que se ha convertido *obstáculos del acceso a los servicios* entre ellos la *dificulta de horarios* como lo manifiesta: “No he asistido. Siempre he tenido, como bueno la idea de que quiero hacerlo. Pero no, no sé, no he sacado el tiempo” (E.1).

Aunque expresa su intención de acceder al servicio, la falta de tiempo u organización de su agenda personal se ha convertido en su obstáculo, igualmente la *distancia* resulta un obstáculo para acceder a algunos servicios de salud, ya que, los

servicios disponibles en la comunidad son básicos a diferencia de los disponible en la ciudad de Valledupar como se muestra en el siguiente fragmento:

Bueno, como básicamente es la misma EPS incluso en ocasiones, el médico que atiende, a quién va a llevar es el mismo que va al pueblo; él de las vacunas es el mismo del pueblo e incluso cuando aún estaba yo en el pueblo. Y tenía que ir con especialista, pues a uno lo remitían era al valle como los servicios que uno tiene allá en el pueblo son básicos nada más la primera consulta y ya después uno lo remite uno siempre tiene que estar viniendo a Valledupar, pues no es como que encuentre uno gran diferencia. (silencio) (E.1).

La distancia física o geográfica resulta ser un obstáculo para acceder los servicios con especialista médicos que requieran, ya que los servicios en el asentamiento kankuamo son limitados. Otro obstáculo para acceder al área de salud mental ha sido la *estigmatización de otros*, al recibir una etiqueta ellos o su familia cuando inicia un proceso terapéutico como lo reconoce el entrevistado (E.1):

Pues en el marco de la psicología a veces es complicado porque cuando a veces se le acerca uno a alguna persona siempre llegan comentándole el hecho de que, pues tienen el miedo o tienen la idea, o bueno no la idea, incluso han recibido comentarios de que cuando dicen que van a asistir a una terapia psicológica, pues entonces comienzan a tildarlos de que están locos y cosas por el estilo.

Algunas veces se observa el estigma hacia familiares o amigos que han asistido al servicio de salud mental y como ha recibido la comunidad esa nueva

información, esto ha representado otro obstáculo para acceder al servicio, este estigma en algunos ha generado un *prejuicio hacia la psicología* como lo reconoció el entrevistado: “De pronto porque tengo un prejuicio contra la psicología” (E.8).

En este caso se observa una resistencia al servicio de salud mental que le ofrece el Estado, una opinión preconcebida hacia la profesión y quienes estén relacionado con la misma, por lo que, llega a relacionar la psicología con algo negativo en su vida, pero bueno para los demás. En algunos casos representa un obstáculo los *problemas de relación terapéutica*, ya que, no tener lazos relacionales con el profesional generara una falta de conexión, debido esto siente que tener otro tipo de relación paciente-psicólogo les facilitaría acceder al servicio como lo expresa:

Pues sí digamos que como te comentaba el principal inconveniente está dado por el hecho de, bueno de no sentir la conexión, no sé la empatía tal vez con alguien creo que sí te permitirán tal vez espacios más de promoción de Salud Mental en los que conozcas a profesionales que te hablen que te informen acerca de esos servicios y que te motiven, no. O que te hagan sentir motivado, pues para poder hacerlo. (silencio) Eso podría ayudar, no solamente a mí sino a muchas personas (E.1).

Estos obstáculos los ha llevado a mantener una *resistencia al servicio de psicología o psiquiatría*, incluso se asemejan a algunos obstáculos como la falta de lazos relacionales con el psicólogo, la poca normalización social que tiene acceder al servicio de psicología en su comunidad y la poca información que tienen de la profesión en sí, es decir, ¿qué es el psicólogo? o ¿cuál es la finalidad de la carrera?

como lo expresa la entrevistada: “Que tengan una mejor comunicación con los demás, incentive a la gente de que es muy normal” (E.2).

En otros casos, la resistencia al servicio se origina en que no consideran una necesidad asistir a psicología, ya que comparan el motivo de consulta de psicología con la de medicina general, por lo que si no presentan alguna alteración o dificultad no considerarían acceder al servicio de psicología como lo manifestó el entrevistado: “No, porque me siento en las condiciones, no he tenido ningún decaimiento, decaimiento así por decir que tenga que ir a asistir a un centro” (E.5).

De esta manera se ha logrado observar varios obstáculos del acceso a los servicios de salud mental, no obstante, estos obstáculos en general han sido personales y sociales, los cuales han generado una resistencia en algunos entrevistados kankuamos. Pero, es necesario recordar que todos han tenido una experiencia fuera de su cultura en algún momento de sus vidas, lo que ha fomentado una *disposición positiva* frente al servicio de psicología. Lo cual se observa en su *intención de asistir al servicio de psicología*, aunque esta intención llega con condiciones como lo expresa:

Que la persona sea amiga ó sea alguien conocido, ó sea como que no precisamente vaya uno de pronto a un consultorio, sino que como que, caminando, ó sea que sea una consulta más, no de un consultorio si no de otra experiencia, es algo que puede ayudar a uno a suavizar el ambiente (risa) (E.8).

En este caso algunas de las condiciones no podrían ser cumplidas a cabalidad por sistema tradicional, pero sí parece poder cumplirse a través de los

procesos de medicina tradicional. Esto plantearía retos deontológicos a la psicología occidental. En otros casos la intención de asistir a psicología no es a través del sistema de salud que ofrece el gobierno, sino de forma privada como lo reconoció el siguiente entrevistado:

Gracias como a Dios tengo estabilidad laboral un poco y eso me ha permitido justamente poder decir ah, quiero contar personas, a precios y demás, pero lo obstaculiza en mi sentido ya que con el estado lo que te comentaba no me da confianza. Me parece que el sistema de salud este, le falta mucho por pulir, la atención también de los profesionales en salud desde el estado, pues tienen una visión muy mercantil del asunto y no siento que vaya a ver de pronto como una escucha activa sino más como cumplir, pues como con la cita porque siento que ya está muy mercantilizado todo. Entonces no me da confianza, la verdad (E.11).

Se observa algunas barreras en el servicio de salud que ofrece el estado al momento de designar las citas, el tiempo de espera, el tiempo que transcurre para poder acceder a las citas médicas, el tiempo de atención estipulado entre médico-paciente, los tratamientos médicos, la falta de humanización en el servicio, lo que ha representado un obstáculo para acceder a el servicio, sin embargo, esto no ha disminuido con su intención de asistir a psicología.

En este tema central, se lograron interpretar las opiniones, los pensamientos, las valoraciones y percepciones de los entrevistados kankuamo sobre la cultura occidental y el sistema de salud, todo esto a través de las experiencias fuera de su

cultura lo que a su vez generó una actitud hacia el acceso de los servicios de salud mental. Jodelet (1984, como se citó en Knapp et al. 2003) define la actitud como la orientación global, positiva o negativa, que tiene la persona hacia el objeto de representación y que guía la evaluación, los elementos afectivos y las valoraciones, en relación con el objeto. Teniendo en cuenta lo anterior, en esta categoría se encontraron afinidades con las investigaciones realizadas por Zhang et al, 2023; Hinton et al, 2015 y Goetz et al, 2023.

Una manera de evaluar el acceso a los servicios ha sido los obstáculos que se han presentado uno de ellos es la distancia sea física o geográfica, en este caso los servicios de salud que se encuentran en la comunidad de Atánquez son limitados por lo que, si requieren un servicio más especializado e incluso ante una emergencia los entrevistados kankuamos deben desplazarse a la ciudad más cercana. A esto Zhang et al (2023) lo denominó proximidad espacial cuando realizaba las medidas de accesibilidad de las poblaciones indígenas para acceder los servicios de salud. El método de proximidad espacial proporciona información del costo, tiempo y distancia que recorrían los indígenas para acceder al servicio lo que los llevó a suponer que elegirán el servicio de salud más cercano. Por lo que, en este caso los residentes del pueblo Kankuamo preferirán acceder a su servicio de salud tradicional, que desplazarse a la ciudad de Valledupar.

Otro obstáculo para acceder al servicio de psicología o psiquiatría es la estigmatización que pueden recibir en la comunidad, este estigma recae sobre la persona que accede al servicio y su familia, por lo que las personas que inician consulta con psicología o psiquiatría reciben la etiqueta de “loco” dentro de la

comunidad por lo cual resulta difícil que una persona tome la decisión de acceder al servicio. Igualmente, Hinton et al (2015) menciona el estigma, la vergüenza y la falta de conocimiento sobre la salud, como una de las barreras significativas entre sus entrevistados, un estigma que puede ser público o privado, este les impedía acceder al servicio ya que no sabían cuál sería la reacción de su comunidad.

De igual manera, Goetz et al (2023) identifico al estigma como una barrera directa en los entrevistados indígenas que buscaban ayuda, observando como el estigma se interiorizo en ellos, convirtiendo se así en una vergüenza personal; ellos asociaban el estigma con la deshonrar a su familia, el ser percibido como débil por buscar ayuda e incluso recibir la etiqueta de “loco” o “psicópata” en la comunidad o sociedad, debido a que los pueblos indígenas percibían un estigma contra las enfermedades y problemas de salud mental.

Goetz et al (2023) también menciona los soportes estructurales como obstáculos para acceder al servicio debido a la falta de disponibilidad y recursos en los servicios, no contar con proveedores indígenas, las largas lista de espera, los tratamientos asignados por telesalud, el idioma, las tasas altas de rotación en el personal, los copagos elevados, personal sin experiencia, la diferencia del servicio entre las zonas urbanas y remotas, entre otras barreras.

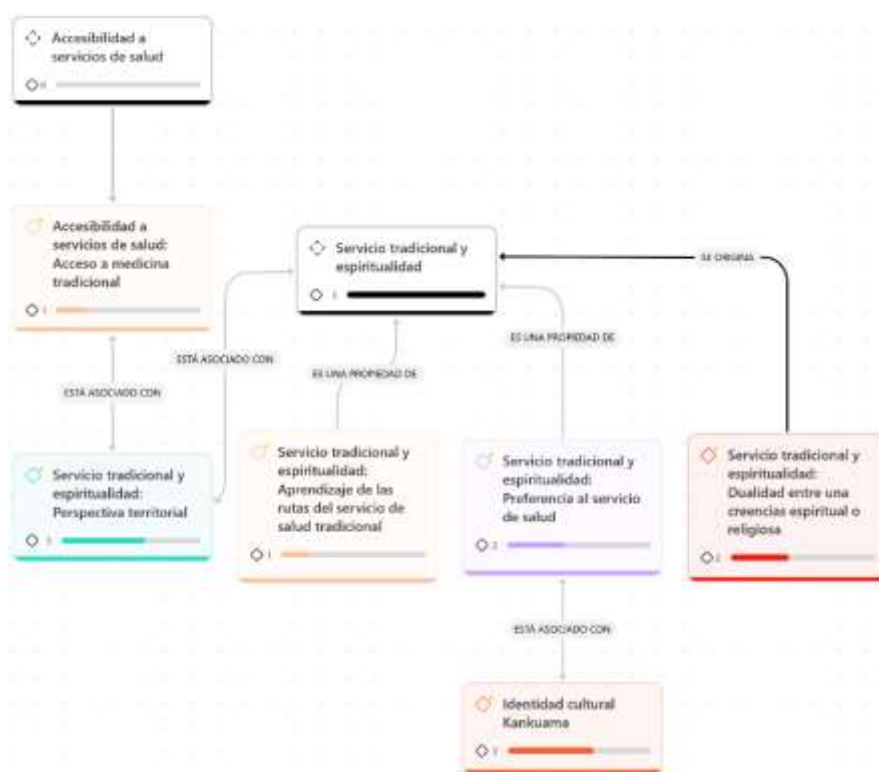
Ahora bien, en esta investigación se encuentra una coincidencia con algunos de esos obstáculos como: la diferencia en los servicios de salud que reciben en la comunidad vs los que reciben en la ciudad de Valledupar, el tiempo de espera para la asignación de citas, además del tope por usuario, la barrera idiomática con algunos pueblos indígenas. En Colombia se destaca, en comparación con los países

(Canadá, los Estados Unidos, Australia y las Islas del Pacífico) que dieron lugar a la investigación de Goetz et al. (2023), que los pueblos indígenas de Colombia tienen un régimen especial que les permite administrar sus sistemas propios, por lo que, el régimen subsidiado no paga copago; sin embargo, el servicio podría no ajustarse a las expectativas de las posibles usuarios, por ejemplo, tener espacios donde el psicólogo pueda salir a caminar con ellos y hablar, o tener un servicio extramural.

Campo Representacional Del Acceso A Los Servicios De Salud Mental

Gráfico 4

Resultado de la categoría 3: campo representacional del acceso a los servicios de salud mental



Nota. Gráfico elaborado con ayuda de la plataforma ATLAS.ti

En el campo representacional del acceso a los servicios de salud mental se encuentran algunos aspectos relacionados con la comunidad kankuama como: su identidad cultural, la medicina tradicional y la perspectiva territorial. Cuando se habla de la accesibilidad a servicios, se hace referencia al *acceso a medicina tradicional* que tienen los entrevistados dentro de la comunidad de Atánquez, en este caso los que realizan las practicas medicinales son pocos los reconocidos por algunos entrevistados como lo expresa:

Porque creo que siempre uno va en caso, por ejemplo, de a veces quién trabaja con las plantas, pues, aunque son pocas personas, pues no es como que uno vaya siempre con la misma persona. (silencio) y en los servicios de salud pues estará el médico que creo que siempre ha estado. No han sido muy frecuentes, entonces pues no, no sé no podría identificar así la persona (E.1).

Se observa el acceso a la medicina tradicional de manera ocasional, sin embargo, la asistencia no es necesariamente con el mismo médico. Otro aspecto para tener en cuenta es el servicio tradicional y espiritual de los entrevistados kankuamos, dentro del asentamiento kankuamo se encuentras pocos médicos tradicionales reconocidos para algunos, por lo que, el *aprendizaje de las rutas del servicio de salud tradicional* es transmitido por sus familias a medida que crecen como lo reconoció el entrevistado:

Me pongo a pensar en distintos momentos de mi vida y por ejemplo, tengo recuerdos de muy niño, muy pequeño mi mamá llevándome a un Mamo para que me hiciera, por ejemplo, no sé algún tratamiento con

planta para alguna enfermedad lo he visto también, por ejemplo, con algunos niños más pequeños el hecho de utilizar, por ejemplo, aseguranzas no, que creo que mi mamá pues también muy pequeño colocaba no me colocaba para poder recuerdo, a lo que también se refiere ella protegerlo a uno de cosas que no quieren para uno (E.1).

Se observa algunas prácticas que aún se mantiene como lo es la aseguranza, pero, la parte espiritual también es importante en este caso dentro de la comunidad la espiritualidad se observa desde dos puntos el de los mayores y la fe cristiana que practican algunos, por ello la *dualidad entre una creencias espiritual o religiosa* es importante como lo manifestó:

A ver unas creencias de pronto muy fundamentadas en la parte cultural, en la parte más espiritual de lo que manejan tal vez nuestros mayores, pero también uno se fundamenta en una fe cristiana. En cosas que también le han inculcado a uno desde niño y pues que complementan todo esto entonces, por una parte, bueno mi familia, mis creencias, me ha ayudado (E.1).

De esta manera, el aspecto religioso resulta ser una estrategia de afrontamiento acompañado de las creencias espirituales propia de su cultura. Una cultura que ha permanecido con los entrevistados a pesar de sus experiencias fuera del pueblo kankuamo; estas experiencias generaron una *perspectiva territorial* que los distinguió de los demás, incluso cuando ya no residen dentro de la comunidad, pero siguen manteniendo sus prácticas como lo reconoció el entrevistado 11 (E.11):

No o sea, es que siento que también hay es importante diferenciar justamente lo que es la salud propia y lo que es ya el sistema de salud que es como del pueblo, si el que se mueve en el pueblo en Atánquez, entonces creo que en esa diferencia digamos que siento que también cuando uno comprende la salud propia como integral y no solamente como un servicio o que está con una entidad en particular, que pues la tenemos, por ejemplo, yo no hago parte de Dusakawi o Kankuama, pero el mismo tiempo siento que cuando yo voy, por ejemplo, hago los pagos pido intención o por mi vida, agradezco, eso ya para mí también hace parte de la Salud Mental y del bienestar.

Entonces no siento que sea un tema de pronto como de recibir, sino de más bien como desde los principios, conexión y enseñanza de mi familia, está eso de que cada vez que voy al territorio, tengo que presentarme agradecer y es muy importante en mi vida personal, familiar y laboral el saber que en territorio estoy tan ahí, como sostenida espiritualmente para mí ha sido clave y siento que ese ejercicio ha dependido sobre todo de mi familia y de mí y de mi interés tal vez como por alimentar esa parte. Entonces yo lo veo así.

En este caso se observa como las prácticas culturales han sido una fortaleza a pesar de la distancia de su resguardo, prácticas que no se han modificado, sino que ha integrado a sus nuevas experiencias y conocimiento generado desde su ámbito laboral. La perspectiva territorial o cultural está en pequeños aspectos relacionados con su legado indígena, que se puede presentar al definir diferentes

aspectos como lo manifiesta la entrevistada: “Salud es un estado de bienestar general tanto físico como mental, es estar bien no solamente he, de forma espiritual porque también influye en cómo nos sentimos” (E.4).

La perspectiva territorial se puede observar desde diversas áreas en los entrevistados, por ejemplo, en la *preferencia al servicio de salud* al que desean acceder, ya que tienen disponible su propio sistema de salud tradicional y el sistema de salud que encuentran fuera o dentro del asentamiento kankuamo. En este caso el entrevistado expuso su decisión de volver a usar la medicina tradicional que ofrecen en el asentamiento, dejando de lado la medicina occidental después de cambiar su residencia a Atánquez luego de vivir por varios años en la ciudad de Valledupar y experimentar los servicios de salud occidental expresando:

No sé, porque yo cuando volví aquí yo volví a la medicina tradicional, ya yo no aparto cita en Valledupar ni aquí, ya acudimos otra vez a la médico tradicional (risa) desde que volví a mudarme aquí, no sé cómo comparar porque a uno lo acostumbraron al médico tradicional, yo voy y me tomo algo y ya me sané (E.3)

Por otro lado, para algunos tener acceso a dos sistemas de salud, los ha llevado a tener cierta flexibilidad en cuanto al sistema de salud que desean acceder, el cual dependerá del origen de su malestar, es decir, si es físico acudiría a la medicina occidental en caso de urgencia médica o de fuerza mayor y en el caso de no ser necesario o no representar una emergencia la medicina tradicional (curanderos) de su asentamiento será una opción como lo expresa: “Bueno por aquí,

más físico que va uno al médico a la EPS de aquí de Atánquez, sino a los curanderos también” (E.5).

Igualmente, para otros ambos sistemas de salud representa una posibilidad de decidir cual servicio de salud acceder sea el que ofrece el estado (medicina occidental) o el de su asentamiento kankuamo (medicina tradicional) en caso particulares por lo que representa o dependiendo del plan de tratamiento como lo manifiesta: “Pero también hay médicos medicinales que son de acá del territorio de pronto los médicos de allá manda pastillas, de pronto hay personas que no somos de pronto nos cae mal el medicamento y ya uno acude al médico tradicional” (E.6).

Incluso, esa flexibilidad los ha llevado fusionar ambas medicinas, un ejemplo es un entrevistado que a pesar de no residir actualmente en su comunidad indígena de origen (Atánquez), ha seguido fortaleciendo sus tradiciones, creencias y rituales desde el lugar donde reside actualmente (Bogotá) por medio de terceros que aun reside en el asentamiento, por lo que, el servicio de salud al que accede es una mezcla de ambas culturas, accediendo a ellas dependiendo de su gravedad, pero, accediendo en su mayoría a la medicina tradicional como lo expresa en el siguiente fragmento:

Bueno, por ejemplo, aquí en Bogotá tengo un tío, mi tío es médico tradicional y él vive aquí. Él mezcla la medicina tradicional y la medicina homeopática pues del pueblo las plantas tradicionales y demás, entonces en mi caso él ha sido como alguien aquí para malestares físicos como también cuando no me siento tan bien estoy bajita de nota, me ayuda. Digamos como con las preparaciones

que hace me las tomo si tengo alguna decaída, accidente o algo acudo mucho a él, le confío justamente en esa sabiduría, pues de la medicina tradicional, cuando de pronto a mi madre a mis amigos y le pido que pueda ayudarme fortaleciendo el tema espiritual en territorio, aprovechando que ella vivía allá en territorio, entonces le digo ve por favor, ayúdame a hacer un pago o ir al sitio sagrado para pedir por mí, hablar con alguna mayor o mayora contarle como de mi situación. Entonces creo que el hecho de que mi mamá viva en territorio y el resguardo me ha ayudado también a mantenerme más conectada y creo que cada vez que la veo y puedo encontrarme con ella, siento justamente como ese acompañamiento y fuerza espiritual con las aseguranzas (E.11).

En este aspecto se observa lo importante y lo impregnado que se encuentra su cultura en ellos, a pesar de que algunos no residen en el asentamiento kankuamo o se han convertido en residentes retornos por alguna eventualidad, esto ha representado para algunos una oportunidad de fortalecer su identidad cultural frente a lo desconocido, con el objetivo de preservar sus creencias, rituales y costumbres, algo que logra notarse en la preferencia sobre el sistema de salud que prefiere acceder sobre el servicio de salud occidental.

Pero, esa preferencia al servicio de salud está asociada a la *identidad cultural kankuama*, que han formado luego de experiencias, llegando a sentirse orgulloso de sus antepasados a representar un papel en la comunidad en la que hoy residen y a reconocerse a ellos mismos como lo expresa:

En cuanto a mi cultura me reconozco como lo que soy, porque vivo en un pueblo kankuamo queramos o no queramos, como hay unos que dicen no, nosotros ya somos de otra etnia, pero si vive adentro ya se representa como kankuamo, porque está bajo el núcleo del resguardo kankuamo (E.5).

En este caso el entrevistado kankuamo verbaliza un desacuerdo o critica a los que no se reconocen como Kankuamo aun después de vivir en el resguardo, haber crecido con la cosmovisión, acceder a los beneficios que tienen las comunidades indígenas. Por otro lado, aunque algunos se reconozcan como Kankuamos no está de acuerdo en ser etiquetado por otras personas como lo manifiesta el entrevistado:

Bueno, pues yo me reconozco como indígena kankuamo esencialmente no. Aunque no estoy muy digamos. No sé de acuerdo a veces con el tema de cosificarnos, no de encasillarnos de pronto en una sola cosa. Pues principalmente creo que mi identidad o lo que me ha definido pues el hecho de ser indígena kankuamo (E.1).

El ser clasificado u etiquetado solo como indígena por personas que no pertenece a su cultura es una forma de cosificar su identidad. Finalmente, esto presenta la preferencia que los entrevistados muestran sobre su cultura indígena, en lo que respecta a la medicina tradicional, creencias e identidad cultural, una que han permanecido con ellos en diferentes aspectos sin importar que sea residentes permanentes o residentes retornos del pueblo Kankuamo.

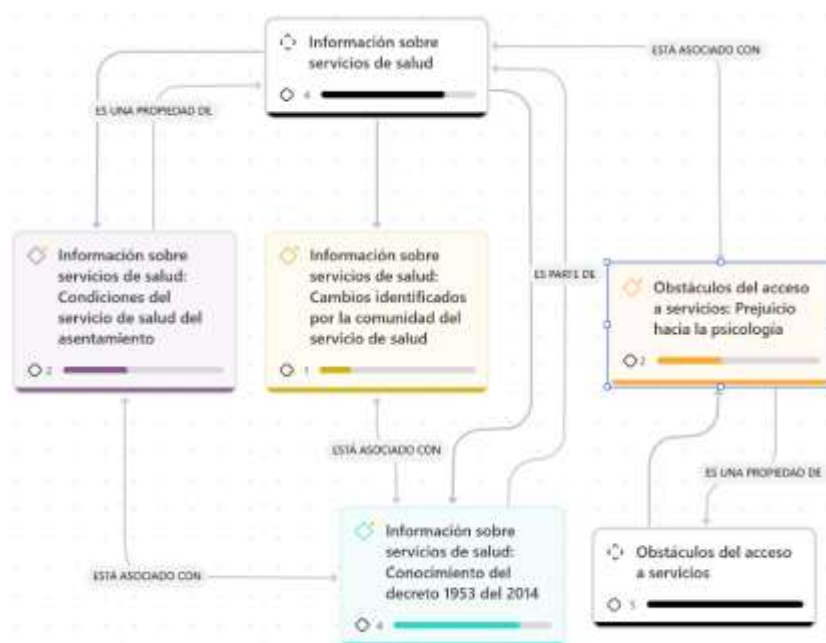
El campo representacional según Knapp et al (2003) “se establece a partir de las cualidades de las unidades aprehendidas, que posibilita concentrar imágenes y

significados capaces de dar vida al objeto representado o por el contrario facilitan reavivar aspectos concretos” (p.26). por lo que, en este apartado se describieron valores, normas y creencias compartidas del pueblo kankuamo, lo que ha sido fundamental para los adultos jóvenes Kankuamos, al momento de formar nuevas percepciones sobre el mundo; en esta categoría no se encuentra un punto de similitud con los antecedentes, a pesar de que las investigaciones internacionales se enfocaron en acceso servicios de salud mental de las personas indígenas, ninguna se interesó en descubrir cuál es la representación social de ellos sobre los servicios de salud mental.

Elementos Cognitivos Del Acceso A Los Servicios De Salud Mental

Gráfico 5

Resultado de la categoría 4: elementos cognitivos del acceso a los servicios de salud mental



Nota. Gráfico elaborado con ayuda de la plataforma ATLAS.ti

Dentro de los elementos cognitivos, se encontró *información sobre servicios de salud de la comunidad kankuama* en referencia al sistema de salud occidental que recibe por parte del gobierno. En este aspecto el *conocimiento del decreto 1953 del 2014*, para algunos entrevistados es nulo en lo que se refiere al decreto o reforma de salud como tal, como lo manifiesta: “Uhm no, no tengo ningún conocimiento” (E.3)

Sin embargo, la mayoría logra realizar una asociación con el decreto una vez se menciona el SISPI (Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural), ya que, es la manera en que han conocido el decreto en la comunidad, no obstante, un entrevistado logra tener conocimiento más amplio, a pesar de que expresa no conocer el decreto desde un aspecto jurídico, reconoce los beneficios que este estipula como el reconocimiento de la medicina tradicional como se muestra en el siguiente fragmento:

No la verdad en este en ese tema de salud, no tengo tanto conocimiento jurídico. (silencio) O sea, conozco SISPI, sé que es un instrumento y una herramienta fue una ganancia, que se hizo a través de la mesa permanente de concertación, que es como este escenario de gobierno, en el que los pueblos hemos ganado también como accesos y demás entonces claro como que lo celebro, conozco digamos la dinámica territorial en donde se dignifica el trabajo de los médicos y médicas tradicionales parte de. Al mismo nivel también, pues de los médicos y de la medicina de pronto como occidental o más de ciudad y eso es lo que puedo conocer.

Eso es lo que conozco como hasta ahora y que está el también no solo para el pueblo que actuamos, sino para los pueblos indígenas en general en Colombia y que ha sido una herramienta justamente de dignificar, reconocer y valorar la medicina tradicional propia también el valor y potencia que tiene y cómo se debe fortalecer justamente esos saberes reconociendo a mayores, médicos y megas médicas que la mayoría son mayorcitos ya en edad y que bueno el cuidado también como de ellos y su labor hace parte de ese fortalecimiento de la salud propia en el territorio (E.11).

En este apartado, aunque se observa poco conocimiento del decreto por parte de los entrevistados kankuamos, aun logran realizar una asociación luego de la mención de uno de los componentes de la reforma, expresando su postura sobre que exista, ya que, esta reforma de salud les permite administrar su sistema propio de salud y preservar en el proceso la medicina tradicional de los pueblos indígenas.

Otra categoría asociada a la información sobre servicios de salud, son las *condiciones del servicio de salud del asentamiento kankuamo y los cambios identificados por la comunidad del servicio de salud*. Estos representa la transición del servicio de salud occidental que reciben en la comunidad después de la expedición del Decreto 1953, pero, cuáles son las condiciones del servicio de salud en el asentamiento kankuamo, ya que, a pesar de la reforma de salud siguen existiendo barreras o deficiencias en los servicios de salud que reciben la comunidades indígenas dentro de sus territorios, debido, a que solo tienen acceso a los servicios de salud básicos, es decir, odontología, vacunación, medicina general

hasta un nivel de urgencias y en los últimos años el servicio psicología está disponible en el asentamiento una vez a la semana como lo manifiesta la entrevistada:

Jum, la verdad es que a nivel general yo creo que en las ciudades hay mayor acceso a salud, salud física y salud mental, dentro de las comunidades indígenas hay muchas barreras, por ejemplo, aquí no contamos con un lugar de hospitalización, de urgencias, no contamos, solamente contamos con un lugar donde están, aquí dentro del resguardo hacen el servicio de odontología, medicina general que es la primera vista, ósea si el paciente necesita algo más, si es algo un poquito que se le sale de las manos al médico general de acá, él dice no de una vez remisión para Valledupar, de pronto vacunación dentro del resguardo de resto todo es en Valledupar, todas las especialidades son en Valledupar, psicología a veces viene una vez por semana (E.4).

En lo que se observa las condiciones del servicio de salud en el asentamiento kankuamo, se han mantenido básicas a lo largo de años, por lo que algunos han notado barreras para acceder al servicio de salud, debido a que los servicios en general están centralizados en Valledupar. Por lo que, nace el interés en descubrir los cambios identificados por la comunidad del servicio de salud, unos de los cambios en los que coinciden los entrevistados son los procesos internos al momento de solicitar una cita médica, además, un *cambio identificado en el servicio de salud* es la ruta para acceder al servicio de salud mental ya que para acceder se debe realizar una consulta con medicina general, dicha cita se puede obtener vía

telefónica lo que a su vez no solo resulta ser un cambio mismo para acceder al servicio, sino también una barrera debido al tiempo de espera y finalmente el tiempo final de consulta establecido como lo expresa:

De pronto aquí para apartar un cita es mucho tiempo tiene uno que llamar y a veces están las líneas ocupadas, de por si que para apartar cita para el servicio de consulta general, medicina general que es la primera, como la primera puerta que uno debe abrir es difícil, es complicado uno tiene que durar como más o menos si esta uno de buenas treinta a una hora dos horas llamando para que le puedan contestar a uno y darle una cita, la primera cita con medicina general, después lo manda a autorizar a uno, autorizar a la IPS uno tiene que demorar una hora dos horas que le autoricen eso, ósea hay muchas barreras y para darle a uno una cita, tiene uno que volver a autorizar la siguiente cita y es en un mes, siento que al proceso no le dan una continuidad y por ejemplo son veinte minutos, veinte minutos en consulta llenando los datos generales la primera vez, entonces todo eso (risa) siento que son como barreras que le colocan a uno y no debería ser así de pronto es más fácil sacarla particular pero también son costosas, ósea a nivel económico tampoco esta uno para a apartar cita cada días (risa) particular (E.4).

Otro cambio identificado para tener en cuenta son las nuevas ramas de la medicina al que actualmente tienen acceso, algo que resulto desconocido en un comienzo, igualmente, los tratamientos que estos ofrece y los efectos secundarios

que puede tener en el organismo a diferencia de la medicina tradicional, asimismo, la psicología ha representado una influencia del sistema de salud occidental como lo expresa el entrevistado: “Si, por ejemplo, tenemos la medicina que es un claro ejemplo de cómo ha influenciado la parte occidental en nuestra cultura, la medicina, ya hablamos de la psicología de sí (risa)” (E.8).

En definitiva, los cambios han sido varios para ellos, desde los procesos que deben realizar para acceder al servicio, los planes de tratamiento que la medicina occidental ofrece, los diferentes especialistas a los que pueden acceder, todo esto ha resultado un descubrimiento para ellos. Finalmente es algo positivo para algunos, cambios favorables a la hora de tratar o detectar enfermedades, pero, para otros son cambios que han logrado dejar de lado prácticas de la medicina tradicional, por ejemplo, la partería como lo expresa el entrevistado 8 (E.8):

(silencio) pues digamos que de alguna manera aunque es un bien necesario y ha ayudado mucho en cuanto avance también ha dejado un poco atrás las prácticas propias de los pueblos como lo ha sido la partería, pues aunque actualmente se está recuperando todo el tema de partería se sigue pues fortaleciendo esa área y no es como antes que antes si o si preferían a un partero, antes que ir al médico entonces por ese lado pues si ha influido mucho en el territorio, pero como o digo pues es un bien necesario, sin embargo hay cosas que no comparto del todo de lao y lao.

De esta forma, se logró observar la influencia de la cultura occidental en el sistema de salud que reciben dentro y fuera del asentamiento kankuamo. Pero, con

los cambios también han llegado obstáculos del acceso a servicios, en específico al servicio de psicología al ser una profesión poco conocida y en algunos ha generado un *prejuicio hacia la psicología* como lo expresa: “De pronto porque tengo un perjuicio con la psicología” (E.8).

En este caso se observa una predisposición con la carrera, al punto de no tener interés en relacionarse con personas que estén involucradas con ellas, generando así una resistencia al servicio.

En esta categoría se encuentra los elementos cognitivos según Mora (2002) “es la organización de conocimientos con la que cuenta un grupo acerca de un hecho o fenómeno de naturaleza social, estos conocimientos muestran particularidades en cuanto a cantidad y a calidad de los mismos” (p.10). Por lo que, se resalta el conocimiento u opiniones que tienen los adultos jóvenes kankuamos acerca del decreto 1953 del 2013, basado se en el conocimiento previo que tienen, igualmente, recordando un antes y un después de la reforma de salud en servicio de salud occidental que reciben.

Por otro lado, las investigaciones de Goetz et al, 2023 (Canadá, los Estados Unidos, Australia y las Islas del Pacífico); Hinton et al, 2015 (Australia del Norte y Australia central); Aguerrebere et al, 2021 (regiones de Sierra y Frailesca de Chiapas, México); Povey et al, 2021 (Australia, Nueva Zelanda, Canadá y Estados Unidos) y Zhang et al, 2024 (Canadá, Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda y algunos países de Europa), muestran una necesidad en común o un cambio a considerar en sus estructuras internas en cuanto al sistema de salud que reciben las poblaciones indígenas, que en comparación con esta investigación (Colombia) es

una necesidad satisfecha a través del decreto 1953, un régimen especial que les permitió a los pueblos indígenas administrar sus sistemas propios entre ellos la salud, por lo cual se creó el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), que a su vez se coordinó con el Sistema General de Seguridad Social en Salud todo esto con el fin de preservar su salud propia en el contexto occidental.

No obstante, esas investigaciones también cuentan con ciertas ventajas que los adultos jóvenes kankuamos no han visto en el servicio de salud, Hinton et al (2015) en su estudio se evidencia una apertura a las prácticas culturales indígenas, ya que dentro de los proveedores de servicio hay profesionales de la salud indígenas apoyando en las intervenciones que se realizan desde lo occidental e indígena. Por otra parte, Aguerrebere et (2021) al final de su estudio lograron crear una red de apoyo educativo y profesional, con la finalidad de generar atención de salud mental de primer nivel y reforzar los vínculos en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. En el caso de Goetz et al (2023) y Povey et al (2021) ambos hacen referencia a la tecnología en los servicios de salud mental, Goetz et al (2023) identifico como un obstáculo ya que algunos clientes indígenas no tienen acceso a computadores para seguir con su tratamiento por telesalud, sin embargo, para los adultos jóvenes kankuamos ese medio no es una posibilidad común, lo que sería ventajas para los adultos jóvenes que desea conocer o acceder al servicio de salud mental, pero se encuentran en zonas remotas.

MOMENTO V INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Reflexiones Finales

Se obtuvieron los elementos cognitivos asociados al acceso de los servicios de salud mental de los adultos jóvenes kankuamos mediante entrevistas semiestructuradas. Por medio, de esta técnica se logró recolectar toda la información previa existente que tiene estos adultos jóvenes acerca de los servicios de salud que les ofrece el Estado y la medicina tradicional indígena. Una medicina propia de su cultura con conocimientos pasados por generaciones, un ciclo que se observa en algunos entrevistados con hijos, todo esto los ha llevado a establecer en ellos a que sistema de salud prefiere acceder. En cuanto a las opiniones y juicios que tienen hacia el sistema de salud occidental, estas se centran en una profesión (psicología), una que no pertenece a su cultura, pero que han conocido por el sistema de salud, por experiencias de terceros dentro de su comunidad o con las experiencias fuera de su cultura, pero, también es un servicio que algunos entrevistados ya han reconocido e integrado luego de las nuevas experiencias vividas fuera de asentamiento.

En algunos casos, los entrevistados reflejaron la intención de acceder al servicio cuando la valoración es positiva y tienen apoyo por su familia o amigos. Al igual, este aspecto contextual también ha sido una limitación personal para acceder al servicio de salud mental, ya que son conscientes de la etiqueta que pueden recibir en su comunidad luego de acceder al servicio, debido a que algunos adultos jóvenes indígenas que en algún momento ha accedido no ha sido por voluntad propia.

La descripción del campo representacional de los adultos jóvenes kankuamos se enfocó en sus ideas, valores o creencias sobre la salud tradicional que tienen en el asentamiento kankuamo, pero estas no las han formado ellos solos, sino en su interacción con la familia, la comunidad o amigos, incluso de la identidad cultural que han formado luego de salir de su comunidad sea voluntario o involuntaria, para seguir o iniciar con sus estudios, para entrar en el campo laboral. La identidad de estos individuos se ha formado a través de interacciones sociales fuera de su comunidad, donde prevalece la interacción comunitaria y familiar sobre la individualidad. Sin embargo, algunos han moldeado su identidad dentro de su propia comunidad, influenciados por otros indígenas que se sienten etiquetados y buscan redefinirse ante el conflicto interno de ser cosificados.

Las experiencias y disposiciones de los entrevistados resulto ser variada al ir de connotaciones positivas, neutrales o negativas. Esto evidenció que, el campo representacional lo han formado en la interacción que han tenido en su comunidad, familia o amigos, y por ello, su interés en mantenerse en sus prácticas de salud tradicional, a pesar de en algún momento conocer los servicios de salud mental. También, se pudo notar que todos los participantes se han relacionado de manera directa o indirecta con una cultura diferente a la suya en los momentos que buscaban una oportunidad académica o laboral fuera de pueblo kankuamo (Atánquez), por lo que, el contexto social les ha ofrecido diferentes ideas sobre que son los servicios de salud mental una profesión como la psicología desconocidos para su cultura.

Ahora bien, los elementos cognitivos en ellos permiten que las ideas, opiniones o juicios acerca de acceder al servicio de psicología sean interiorizados o

modificados a partir de las experiencias directas o indirectas que han conocido con el servicio de psicología. Y esto juega un papel fundamental en su intención final de acceder a los servicios de psicología en algún momento de sus vidas, ya sea de manera particular o a través del sistema de salud que les ofrece el Estado.

En esta investigación se identificaron obstáculos para acceder al servicio de psicología, que van de lo personal a lo social por parte de los entrevistados. Y haber comprendido estos obstáculos a partir de las representaciones sociales abren una posibilidad a futuras investigaciones que desean saber la relación que existe entre los obstáculos y el contexto en el que residen los adultos jóvenes indígenas. Y los resultados de esta investigación se podrán transformar en herramienta lingüísticas y metodológicas para campañas y jornadas de sensibilización, con el fin divulgar lo que es un psicólogo, una enfermedad mental, como acceder al servicio sin llegar a un auto estigma o vergüenza personal. En el contexto de la investigación, este estudio visiona el trabajo interdisciplinario, por ejemplo, desde la carrera de derecho una revisión de decreto para verificar el alcance que ha tenido en la última década para pueblo indígenas, desde la sociología los cambios al interior de las comunidades indígenas luego del COVID-19 y la importancia de la salud mental, además de las secuelas psicosociales.

Una limitación en esta investigación fue el acceso a la población al ser una zona remota, fue esencial encontrar con informante clave, por otro lado, algunos participantes mostraron cierta resistencia al conocer el tema de la investigación.

Referencias Bibliográficas

- Aguerreberre, M. Rodríguez-Cuevas, F. Flores, H. Arrieta, J. & Raviola, G. (2021, Enero 1) Providing Mental Health Care in Primary Care Centers in LMICs: Addressing Complex Health-Care Gaps in Chiapas. *Innovations in Global Mental Health*. 123-144. Ciudad de México, México. *Springer International Publishing* https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85161858329&doi=10.1007%2f978-3-030-57296-9_95&partnerID=40&md5=afe53652bb307b52ce16a35e63dc75b8.
- Aguilar Rios, M. &., Navarro Estrada, D. (2022). *Afectaciones culturales por causa del conflicto armado en el pueblo indigena Kankuamo, en la ciudad de Valledupar. Valledupar, Cesar*. [Tesis de pregrado]. Universidad Popular del Cesar.
- Arias, S. & Pinto, M. (2023). *Representaciones sociales del concepto de identidad cultural de un grupo de jóvenes entre 14 y 19 años de la comunidad Kankuama de Atánquez*. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD.
- Arias-Gómez, J. Villasís-Keever, M., & Miranda, M. (2016, abril-junio). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63 (2), 201-206. <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755023011.pdf>
- ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. (2023). ATLAS.ti Windows (versión 23.2.1) [Software de análisis de datos cualitativos]. <https://atlasti.com>

- Carrazana, V. (2002). El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial. *1(1)*. *SciELO* *Bolivia*.
<http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v1n1/v1n1a01.pdf>
- Centurión, D. (s.f). De la opinión a la sociedad de la información y del conocimiento. *Irundú*, 9-48.
- Cisterna Cabrera, F., (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, *14(1)*, 61-71.
- Constitución Política de Colombia 1991. (1991, Julio 6). Constitución Política de Colombia. Recuperado de
<https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>
- Córdoba, M. (2018). Elaboración conceptual de "lo indio" y "lo indígena" (Análisis etimológico fundamentado en la teoría del indoeuropeo). *Horizonte de la Ciencia*. *8(14)*, 11-24.
- Creswell, J. (2017). *Qualitative Inquiry and Research Design*. In. SAGE Publications, Inc (p. 253).
- Cubillos Álzate, J. C., Matamoros Cárdenas, M., & Perea Caro, S. (2020). *Boletines Poblacionales 1: Población Indígena Oficina de Promoción Social*. Bogotá D.C.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-poblacion-indigena.pdf>
- Decreto 153 de 2014. (2013, Octubre 7). Departamento Administrativo de la Función Pública.

https://adsdatabase.ohchr.org/IssueLibrary/COLOMBIA_Decreto%20No.%201953%20de%202014.pdf

Departamento Nacional De Planeación. (Febrero de 2010). Aspectos básicos grupo étnico indígenas. Colombia.

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Aspectos%20b%C3%A1sicos%20grupo%20%C3%A9tnico%20ind%C3%ADgena.pdf>

Di lorio, J., Seidmann, S., Rigueiral, G., Gustavo, J., Gueglio, S., & Constanza, L. (2018). *Investigaciones sobre representaciones sociales desde una perspectiva procesual: articulaciones entre la investigación y la intervención psicosocial. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://n2t.net/ark:/13683/ewym/C9m>

Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible (2016). Lineamientos para la implementación del enfoque de derechos y la atención diferencial a grupos étnicos en la gestión de las entidades territoriales. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Lineamientos%20Enfoque%20Diferencial%20%C3%89TNICO%20VPublicable%20FINAL%20260216.pdf>

Erausquin, C., Sulle, A., & Garcia, L. (2016). La vivencia como unidad de análisis de la conciencia: sentidos y significados en trayectorias de profesionalización de psicólogos y profesores en comunidades de práctica. *Anuario de*

investigaciones, XXIII, 97-104.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369152696009>

Fernández-Abascal, E., & Jiménez, M. (2010). Psicología de la emoción. En E.

Fernández-Abascal, B. García, M. Jiménez, M. Martín & F. Domínguez (Ed.),

Psicología de la Emoción. Editorial Universitaria Ramón Areces S.A.

Flick, U. (2014). *El diseño de la investigación cualitativa*. Ediciones Morata, S.L.

Flores, M. (2005). Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. *Espacios*, 26(2), 22.

<https://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html>

Fuster, D. (2019, enero-abril). Investigación cualitativa: Método fenomenológico

hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. Doi:

<http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>

Gaete Quezada, R., (2014). Reflexiones sobre las bases y procedimientos de la teoría fundamentada. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 15(48), 149-172.

<https://www.redalyc.org/pdf/145/14531006006.pdf>

Galarsi, M., Medina, A., Ledezma, C., & Zanin, L. (2011). Comportamiento, historia y evolución. *Fundamentos en humanidades*, XII(24), 89-123.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18426920003>

García, Z., & Martínez, P. (2023). Representaciones sociales sobre las personas migrantes centroamericanas en México. Un estudio de comunidad. *RCUB - Revistes Científiques de la Universitat de Barcelona*, 3, 95-103.

<https://doi.org/10.1344/its.i3.40315>

- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psychoeducation in mental health: a tool for families and patients. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Goetz C.J.; Mushquash C.J. & Maranzan K.A. (2023) An Integrative Review of Barriers and Facilitators Associated With Mental Health Help Seeking Among Indigenous Populations. *Revista Psychiatric services*, 74(03), 272-281 DOI: 10.1176/appi.ps.202100503
- González, L., Peñaloza, R., Motallana, M., Gil, F., Gómez, Restrepo, C., & Landaeta, A. (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 45(S1), 89-95. 10.1016/j.rcp.2016.10.004
- González-Vega, A. Molina, R. López, A. & López, G. (2022). La entrevista cualitativa como técnica de investigación en el estudio de las organizaciones. *Nuevas tendencias en investigación cualitativa*. <https://doi.org/10.36367/ntqr.14.2022.e571>
- Guerrero, M (2016, 16 de febrero). La investigación cualitativa. *INNOV Research Journal*. <https://revistas.uide.edu.ec/index.php/innova/article/view/7/8>
- Gutiérrez, S. (2020). Lugares, lenguajes y tiempos de la memoria colectiva del pueblo kankuamo. *Revista de Estudios Interculturales desde Latinoamérica y el Caribe*, (26), 126-140. ISSN: 0123-9333.

Hernández-Sampeieri, R., & Mendoza, C (2018) *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial McGraw-Hill. ISBN: 978-1-4562-6096-5

Hinton R.; Kavanagh D.J.; Barclay L.; Chenhall R.; & Nagel T. (2015) Developing a best practice pathway to support improvements in Indigenous Australians' mental health and well-being: A qualitative study. *Revista BMJ Open*, 5(08). DOI: 10.1136/bmjopen-2015-007938

International Online Education (EUROINNOVA). (s.f.). Consejos saludables para navegar la vida como adulto joven. Recuperado el 15 de Abril de 2025.
<https://www.euroinnova.com/psicologia/articulos/adulto-joven>

Jara, V. (2012). Desarrollo del pensamiento y teorías cognitivas para enseñar a pensar y producir conocimientos. *Sophia, Colección de filosofía de la educación*, (12), 53-66. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441846101004>

Knapp, E., Suárez, M., & Mesa, M. (2003). Aspectos teóricos y epistemológicos de la categoría representación social. *Revista cubana de psicología*, 20(1), 23-34.
<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v20n1/03.pdf>

Ley 1090 de 2006. (2006, 6 de septiembre). Congreso de la República. Diario oficial No 46.383.
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html

Ley 115 de 1994. (1994, Febrero 8). El congreso de la Republica de Colombia.
https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.

López, L., Prada, E., & Marín, D. (2019). Representaciones sociales sobre prácticas investigativas. *Condiciones en la universidad. Entramado*, 15(1), 192-211.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7839428.pdf>

Manual deontológico y bioético del psicólogo séptima versión. (2019, 7 de mayo).
<https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2021/07/Acuerdo-N%C2%B0-17-de-mayo-del-2019.pdf>

Medina, D. (2007). Estudio de la conceptualización de valor y las estrategias de transmisión y/o construcción de valores utilizadas por los maestros en centros públicos y privados del primer ciclo de nivel básico. Santo Domingo 2003.
Ciencia y sociedad, XXXII(3), 364-420.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87032301>

Miranda-Cruz, M., Romero-Flores, M., Chiriboga-Zamora, P., & Tapia-Hermida, L. (2021). La calidad de los servicios y la satisfacción del cliente, estrategias del marketing digital. Caso de estudio hacienda turística rancho los emilio's.
Alausí. Revista científica domino de las ciencias, 7(4), 1430-1446.
<https://doi.org/10.23857/dc.v7i4>

Montoya, E., López, J., Marulanda, S., Valencia, M., Montero, O., & Hernández, D. (2020). Aproximación a la concepción de la salud mental para los pueblos indígenas de Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3), 1157-1166. DOI: 10.1590/1413-81232020253.17832018

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici.

Athenea Digital, (2), 1-25. <https://atheneadigital.net/article/view/n2-mora/55-pdf-es>

Osorio, A. O. (2021). *Sentidos subjetivos y sentido de comunidad: interrogación a las nociones de salud mental en el modelo tradicional indígena y el modelo occidental*. [Tesis de pregrado]. Universidad Católica de Pereira.

<https://repositorio.ucp.edu.co/handle/10785/8280>

Pastrana S., A.. A. (2020). Una configuración toponímica del resguardo indígena

kankuamo. *Lingüística y Literatura*. (77), 147-172. Colombia

doi.org/10.17533/udea.lyl.n77a07

Pérez, C. (2008). Sobre el concepto de valor. Una propuesta de interacción de diferentes perspectivas. *Bordón*, 60(1), 99-112. ISSN: 0210-5934

Povey, J. Raphiphatthana, B. Torok, M. Nagel, T. Shand, F. Sweet, M. Lowell, A. Mills,

P.P.J.R. & Dingwall, K. (2021) Involvement of Indigenous young people in the design and evaluation of digital mental health interventions: a scoping review protocol. *Systematic Reviews*, 10(1).

[https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-](https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85105434994&doi=10.1186%2fs13643-021-01685-7&partnerID=40&md5=e3325f70de94807f9f62e6b5cec2fa65)

[85105434994&doi=10.1186%2fs13643-021-01685-](https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85105434994&doi=10.1186%2fs13643-021-01685-7&partnerID=40&md5=e3325f70de94807f9f62e6b5cec2fa65)

[7&partnerID=40&md5=e3325f70de94807f9f62e6b5cec2fa65.](https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85105434994&doi=10.1186%2fs13643-021-01685-7&partnerID=40&md5=e3325f70de94807f9f62e6b5cec2fa65)

Práctica de la salud mental. (s.f). Law Insider: Search Legal Contracts, Clauses and

Legal Definitions. <https://www.lawinsider.com/dictionary/mental-health-practice>

Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC). (s.f.). Pueblos. Recuperado el

12 de Marzo, 2024 <https://www.onic.org.co/pueblos>

Resolución 8439 de 1993. (1993, 4 de octubre). Ministerio de salud

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>

Ubillos, S., Mayordomo, S., & Páez, D. (s.f). *Componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada.*

<https://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>

Zhang, L. Hou, X-Y. & Liu, Y. (2024). Measuring Mental Health Service Accessibility for Indigenous Populations: a Systematic Review. *Springer Science and Business Media Deutschland GmbH.*

[https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85183363003&doi=10.1007%2fs40615-023-01899-6&origin=inward&txGid=4083983922b2c677c5ec1ccf9243854b)

[85183363003&doi=10.1007%2fs40615-023-01899-](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85183363003&doi=10.1007%2fs40615-023-01899-6&origin=inward&txGid=4083983922b2c677c5ec1ccf9243854b)

[6&origin=inward&txGid=4083983922b2c677c5ec1ccf9243854b](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85183363003&doi=10.1007%2fs40615-023-01899-6&origin=inward&txGid=4083983922b2c677c5ec1ccf9243854b)

Anexos

1. Categorización

Tabla 2

Categorización de las representaciones del acceso a los servicios de salud mental

Temática	Problema de investigación	Pregunta de investigación	Propósito central	Propósitos derivados	Categoría	Sub-categoría
Representaciones sociales del acceso a los servicios de salud mental de los adultos jóvenes kankuamos de la comunidad Atánquez.	Las comunidades indígenas tuvieron reconocimiento en Colombia debido a la carta política de 1991, que también les abrió las puertas a los servicios de salud, no obstante, como las	¿Cómo se constituyen las representaciones sociales del acceso a los servicios de salud mental en los adultos jóvenes kankuamos?	Comprender las representaciones sociales del acceso a los servicios de salud mental de los adultos jóvenes Kankuamos de la comunidad de Atánquez.	Categorizar los elementos cognitivos asociados al acceso a servicios de salud mental en los adultos jóvenes kankuamos mediante entrevistas semiestructuradas.	Elementos cognitivos asociados al acceso a los servicios de salud mental	Pensamientos Valor Conocimiento Servicios Prácticas asociadas a salud mental
	comunidades indígenas podían acceder a los servicios de salud sin afectar su cultura, por lo que el decreto de 1953 del 2014 les ayudó a poder administrar sus sistemas propios, quienes a su vez se asociaron con otras entidades. El acceso a los servicios de salud mental de los			Describir el campo representacional del acceso a los servicios de salud mental en un grupo de adultos jóvenes kankuamos.	Campo representacional	Opiniones Vivencias valores
				Interpretar las experiencias significativas y las disposiciones positivas o	Actitud hacia los servicios	Comportamientos

	adultos jóvenes kankuamos es posible, pero que tanto acceden a dichos servicios, que los han hechos asistir o no a consulta psicológica, es decir se busca comprender cuáles son sus opiniones, creencias formadas de la misma, vivencias, experiencias positivas o negativas, además de la utilidad después de ello.			negativas de un grupo de adultos jóvenes kankuamos hacia el acceso a los Servicios de salud mental.	de salud mental	Experiencias positivas o negativas Emoción
--	---	--	--	---	-----------------	--

2. Evaluación de la entrevista

Estimado experto, soy la investigadora Martha Milena Martinez Gomez y le solicito amablemente que evalúe mis preguntas para una entrevista del proyecto **Representaciones sociales del acceso a los servicios de salud mental de los adultos jóvenes kankuamos de la comunidad Atánquez**. Por favor, asigne una puntuación del 1 al 3 (1=bajo, 2=medio, 3=alto) en los criterios de *suficiencia*, *coherencia*, *relevancia* y *claridad*. Puede dar las observaciones que considere para mi entrevista.

Categoría	Definición	Enunciado	S U F I C I E N C I A	C O H E R E N C I A	R E L E V A N C I A	C L A R I D A D	Observaciones
Elementos cognitivos asociados al acceso a los servicios de salud mental	Según Mora (2002) Es la organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento, hecho o fenómeno de naturaleza social. Conocimientos que muestran particularidades en cuanto a cantidad y a calidad de los mismos; carácter estereotipado o difundido sin soporte explícito;	¿Desde su cosmovisión como definiera la palabra salud?					
		¿Ha estado alguna vez expuesto a la cultura occidental?					
		¿Considera usted que su exposición a la cultura occidental ha afectado su identidad cultural o saberes culturales?					
		¿Debido a la mezcla cultural de lo occidental y kankuamo al que se ha					

		<i>¿Considera necesario asistir con psicología?</i> <i>¿Qué acciones realiza cuando se siente en desequilibrio emocional?</i> <i>¿Por qué piensa que las personas asisten a citas con psicología?</i> <i>¿Qué piensa de las personas que asisten a consultas con psicología?</i>					
Actitud hacia el servicio de salud mental	La actitud es un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones (Allport, 1935). Por otro lado, Jodelet (1984) define la actitud como la orientación global, positiva o negativa, que tiene la persona hacia el objeto de representación y que guía la evaluación, los elementos afectivos y las valoraciones, en relación con el objeto.	<i>¿Qué siente al respecto de que el estado le proporciona servicios de salud mental?</i> <i>¿Qué experiencias ha escuchado de amigos que han asistido a una cita con psicología?</i>					

3. Guion de entrevista para la investigación “Representaciones sociales del acceso a los servicios de salud mental en adultos jóvenes indígenas kankuamos de la comunidad Atánquez”

1. ¿Cómo se reconoce a sí mismo, en cuanto a su cultura?

Se puede clarificar si se reconoce como no kankuamo o kankuamo:

- ¿Usted se reconoce como kankuamo o persona no Kankuama?
- ¿Qué le hace (qué requisitos cumple para) reconocerse como kankuamo o persona no Kankuama?

2. ¿Ha vivido fuera de su pueblo de origen?

Si responde “Sí”, entonces preguntar lo siguiente:

- ¿A qué lugar y cuánto tiempo fue?
- ¿Qué le pareció la cultura de ese lugar?
- ¿A qué se debió el cambio de vivienda?

Si responde “No”, entonces preguntar lo siguiente

- ¿Cuánto tiempo ha vivido en su pueblo?
- ¿Ha realizado alguna visita a otros lugares fuera de los pueblos kankuamos? ¿Cada cuánto? ¿A qué se deben las visitas a otros lugares fuera de los pueblos kankuamos?

3. ¿Para usted qué es “salud”?

Preguntas auxiliares:

- Opcional ¿Qué es estar bien?

- Opcional ¿Qué es “tener salud”?
- ¿Cuándo se tiene, o no se tiene, “salud”?
- **Observación:** *Si dan un concepto o término propio de la cultura Kankuama se puede pedir un ejemplo donde se pueda evidenciar la descripción de los comportamientos o creencias de una persona que está en un estado de salud.*

4. ¿Para usted qué es enfermedad?

Preguntas auxiliares:

- Opcional ¿Qué es enfermedad?

5. ¿Para usted qué es la salud mental?

Preguntas auxiliares:

- ¿Considera usted que tiene salud mental (*usar el término que la persona reconoce*)? ¿Por qué?
- ¿Cómo se siente, o vive, o experimenta cuando no tiene salud mental (*usar el término que la persona reconoce*)?
- ¿Cómo cuida o qué acciones realiza para cuidar su salud mental (*usar el término que la persona reconoce*)?
- ¿A dónde y a quién acude cuando siente malestar emocional/psicológico/espiritual/mental?
- ¿En qué pueblo/ciudad/municipio queda la atención que recibe?

6. ¿En algún momento ha recibido algún tipo de atención en salud para cuidar su bienestar emocional/mental/espiritual dentro su asentamiento o pueblo?

a. Si respondió que “Sí”, realice la siguiente pregunta:

¿Qué tipo de servicio/atención en salud recibe en su casa, pueblo de origen o asentamiento (usar el término que la persona reconoce)?

Preguntas auxiliares:

- ¿Cómo se llaman los servicios?
- ¿cómo se denomina el cargo de las personas que le atienden?
- ¿Con qué frecuencia asiste o ha asistido a que lo atiendan?
- ¿Cómo es el proceso para que lo atiendan?
- ¿Qué situaciones lo han llevado a necesitar estos servicios?
- ¿Actualmente lo recibe? ¿Por qué lo recibe actualmente?

b. Si responde que “No”, continuar la entrevista

7. ¿Alguna vez ha considerado asistir a una cita con psicología o psiquiatría?, ¿Por qué sí o no?

Preguntar si respondió “SI” Preguntas auxiliares:

- ¿Qué te motivó, o te hizo, o te movió a apartar una cita con psicología o psiquiatría?
- ¿Cómo describiría la atención que recibió con psicología o psiquiatría?
- ¿Qué emociones/sensaciones percibió luego de su primera cita con psicología o psiquiatría?
- ¿Cuánto tiempo ha asistido a consultas con psicología o psiquiatría?
- ¿En dónde lo atendieron?
- ¿Cómo se sintió con la persona que lo atendió?

Preguntar si respondió “NO” Preguntas auxiliares:

- ¿Considera necesario asistir al servicio de psicología? Si o no ¿Por qué?

8. ¿Qué piensa de las personas que asisten a consultas con psicología o psiquiatría?

Preguntas auxiliares:

- ¿Por qué piensa que las personas asisten a citas con psicología o psiquiatría?
- ¿Qué acciones realiza cuando no se siente en armonía?

- ¿Qué experiencias ha escuchado de amigos/conocidos/familiares que han asistido a una cita con psicología o psiquiatría?
- ¿Qué siente que le obstaculiza ir al servicio de psicología o psiquiatría?
- ¿Qué siente que le puede facilitar ir al servicio de psicología o psiquiatría?

9. ¿Qué conocimiento tiene sobre el decreto que permitió a los territorios indígenas administrar su sistema de salud propio?

Preguntas auxiliares:

Si la persona señala que no conoce sobre este decreto se puede clarificar de la siguiente forma: El Decreto 1953 de 2014, permitió la creación de un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas. Entre esos el derecho a la salud propia e intercultural que responda a su cultura y sus necesidades, lo que llevó a establecer Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI). ¿Usted qué piensa de que haya un decreto para eso?

¿Cómo se llaman las instituciones que le prestan su servicio de salud propio?

Si la persona desconoce de los centros o Empresas Administradoras de Salud (EPS, IPS, etc.), entonces preguntar:

- ¿Qué sabe usted de Dusakawi EPS-I o Kankuama IPS-I y de los servicios que ofrece?
- ¿Cuáles son los servicios de salud a los que más ha asistido en estas instituciones?

10. ¿Qué opina de los servicios de salud que le ofrece el estado en comparación de los que recibe en su asentamiento?

11. ¿Cómo cree que la cultura occidental ha influido en los servicios de salud que usted recibe?

4. Frecuencia y enraizamiento de los códigos

Tabla 3

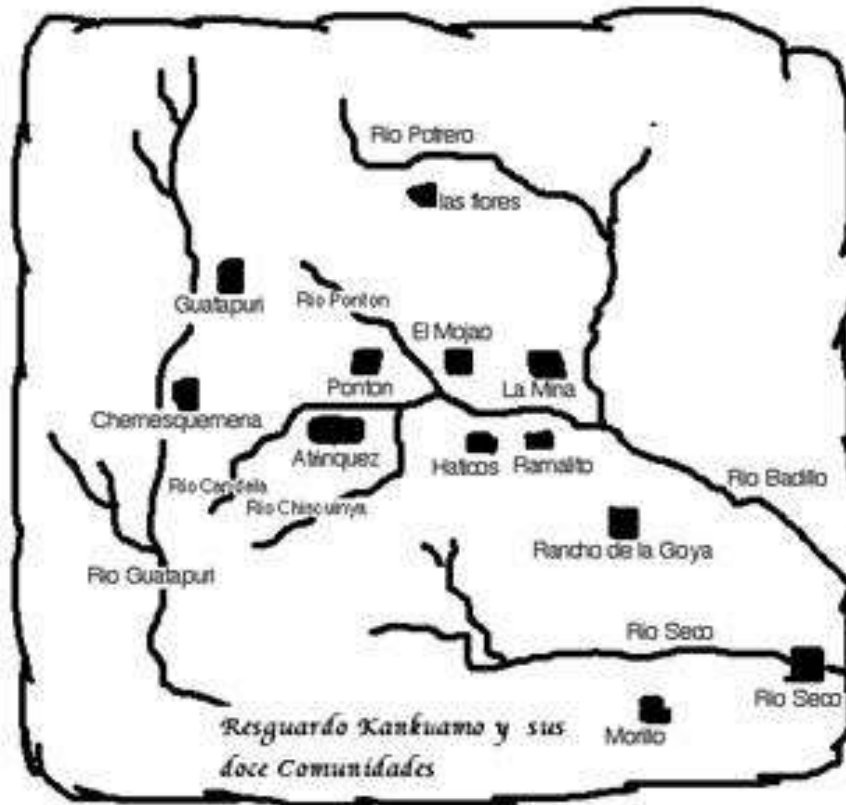
Frecuencia y enraizamiento, generada por ATLAS.ti

Código	Enraizamiento	Densidad Frecuencia	Grupos de códigos
○ Accesibilidad a servicios de salud	1	0	Campo representacional
● Acceso a medicina tradicional	1	1	Campo representacional
○ Concepto de enfermedad	13	2	Salud Mental
● Enfermedad como no estar bien	9	3	Salud Mental
● Perder la armonía	4	3	Salud Mental
○ Concepto de salud mental	32	8	Salud Mental
● Experiencia subjetiva	17	2	Salud Mental
● Salud es estar en armonía	10	2	Salud Mental
● Salud mental como Bienestar	6	2	Salud Mental
○ Disposición positiva	13	1	Experiencias y disposición
● Intención de asistir al servicio de psicología o psiquiatría	13	2	Experiencias y disposición
○ Experiencias de salud y enfermedad	14	2	Salud Mental
● Bienestar temporal	2	1	Salud Mental
● Servicios de salud utilizados	12	1	Salud Mental
○ Experiencias fuera de su cultura	23	2	Experiencias y disposición
● Búsqueda de oportunidades	6	1	Experiencias y disposición
● Experiencias diferentes a su cultura	10	4	Experiencias y disposición
● Perspectiva occidental	8	1	Experiencias y disposición

Código	Enraizamiento	Densidad Frecuencia	Grupos de códigos
● Identidad cultural Kankuama	4	3	Campo representacional
○ Información sobre servicios de salud	30	4	Elementos cognitivos
● Cambios identificados por la comunidad del servicio de salud	13	1	Elementos cognitivos
● Condiciones del servicio de salud del asentamiento	7	2	Elementos cognitivos
● Conocimiento del decreto 1953 del 2014	11	4	Elementos cognitivos
○ Mantenimiento de la salud mental	25	6	Salud Mental
○ Distracción	2	2	Salud Mental
○ Estrategias de afrontamiento	24	2	Salud Mental
● La familia como fuente de salud	1	2	Salud Mental
○ Obstáculos del acceso a servicios	19	5	Experiencias y disposición
● Dificulta de horarios	1	1	Experiencias y disposición
● Distancia	1	1	Experiencias y disposición
● Estigmatización de otros	3	1	Experiencias y disposición
● Prejuicio hacia la psicología	1	2	Elementos cognitivos
○ Problemas de relación terapéutica	1	1	Experiencias y disposición
● Resistencia al servicio de psicología o psiquiatría	13	4	Experiencias y disposición
○ Psicología occidental	42	1	Experiencias y disposición
● Experiencia de servicio de salud mental	14	1	Experiencias y disposición

Código	Enraizamiento	Densidad Frecuencia	Grupos de códigos
● Percepción general de acceder al servicio de salud mental	7	3	Experiencias y disposición
● Valoración del servicio de psicológica	22	2	Experiencias y disposición
○ Resistencia al servicio	6	2	Experiencias y disposición
● Eventos intensos como causa de ir al psicólogo	1	0	Experiencias y disposición
● Factores internos que impiden ir al servicio	4	0	Experiencias y disposición
● Obstáculos para el servicio de psicología	1	1	Experiencias y disposición
○ Servicio tradicional y espiritualidad	24	5	Campo representacional
● Aprendizaje de las rutas del servicio de salud tradicional	1	1	Campo representacional
● Dualidad entre una creencias espiritual o religiosa	1	2	Campo representacional
● Perspectiva territorial	14	3	Campo representacional
● Preferencia al servicio de salud	9	2	Campo representacional

5. Mapa del Resguardo Kankuamo y sus doce Comunidades



Tomado de Pastrana (2020) una configuración toponímica del resguardo indígena kankuamo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Departamento del Cesar ____ de _____ del 2024

Usted es cordialmente invitado a participar en el proyecto de investigación denominado **Representaciones sociales del acceso a los servicios de salud mental de los adultos jóvenes kankuamos de la comunidad Atánquez**, en modalidad de grado del programa de Psicología de la Universidad Popular del Cesar, el cual pertenece a la línea de investigación de Psicología en contextos sociales y culturales. El objetivo de este estudio es comprender las representaciones sociales del acceso a los servicios de salud mental de los adultos jóvenes kankuamos de la comunidad Atánquez. Para participar debe tener entre 18-30 años de edad, reconocerse como kankuamo. Su participación consistirá en participar como entrevistado en el proyecto de investigación, mediante una entrevista semiestructurada con un total de 11 preguntas con sus respectivas preguntas anexas, se espera una duración de 45 minutos aproximadamente.

A continuación, se describen las condiciones de participación en el trabajo de campo:

1. La participación es libre y voluntaria. Luego de iniciar la entrevista a profundidad, usted puede decidir retirarse en el momento en que no se sienta cómodo con la misma, por lo que, frente a cualquier inquietud o molestia puede

comunicarse con el tutor temático y psicólogo clínico a cargo de la investigación (Puede consultar los datos de contacto al final). Si usted siente algún tipo de malestar emocional que le impida realizar la entrevista, por favor informar al entrevistador.

2. Durante la entrevista usted podría experimentar malestar emocional por lo que se le recomienda informar al psicólogo clínico a cargo de la investigación ya que le brindará los primeros auxilios psicológicos de ser necesario, además se recomienda visitar su centro de salud si el malestar continúa.
3. Los beneficios de este estudio será conocer las experiencias que los adultos jóvenes kankuamos tienen sobre el acceso a los servicios de salud que el estado le ofrece, si, los centros de atención están respondiendo a sus necesidades sin afectar su cultura o salud propia.
4. Los investigadores y los participantes pueden cancelar o terminar unilateralmente la toma de datos o intervención, previa información a usted.
5. Sus datos y resultados individuales serán usados únicamente con fines académicos, descartando cualquier uso económico, laboral o cualquier otro. En caso de tener dudas o reclamos al respecto, podrá comunicarse con el investigador (datos de contacto más adelante) y también podrá adelantar el debido proceso por medio de la Universidad Popular del Cesar, así como por el Colegio Colombiano de Psicólogos COLPSIC, según lo establece la Ley 1090 de 2006.
6. De manera confidencial, según lo exige el artículo 2 numeral 5 de la Ley 1090 de 2006 al rol del psicólogo. La única excepción a esta condición sucede si

www.unicesar.edu.co

Teléfono conmutador PBX: (+57 605 588 5592)

Balneario Hurtado, Vía a Patillal
Valledupar – Cesar, Colombia

alguna autoridad judicial competente (por ejemplo, fiscalía) solicita a los investigadores el acceso a la información, o si hay inminencia de riesgo al bienestar físico o mental del participante. En cualquier instante se puede acceder a la propia información, previa solicitud escrita firmada por usted.

7. La entrevista a profundidad no representa NINGÚN peligro para usted en cuanto al tratamiento de sus datos u información recolectada, debido a que la resolución 8430 de 1993 (normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud) protege su privacidad, por lo que, si acepta las condiciones señaladas, lo invitamos a diligenciar los siguientes datos.
8. La información obtenida mediante las entrevistas será grabada solo para fines académicos, apoyados en el acuerdo 019 del 2020 (política de tratamiento y protección de datos personales de la Universidad Popular del Cesar)

Datos de contacto del tutor temático y egresada del programa de Psicología a de la Universidad Popular Del Cesar (UPC)

Tutor: Mauricio José Núñez Delgado, celular: 311 639 0658, correo electrónico: mjnunez@unicesar.edu.co.

Egresada: Martha Milena Martinez Gomez, celular: 311 723 1415, correo electrónico: milenamartinez@unicesar.edu.co

Yo _____ identificado con
tipo y número de documento (CC) _____ ,
de edad en años _____ , certifico que me fue socializado el objetivo y fines
de la investigación, así como de uso de los datos e información individual, y
los riesgos asociados; de igual manera, certifico que mi participación sucede
de manera libre y voluntaria, y estoy de acuerdo con ésta.

Firma