



**Colcha de retazos: sobre experiencias de salud mental en mujeres rurales y campesinas de
Antioquia con perspectiva decolonial**

Manuela Vanegas Gómez

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello

Programa Psicología

Abril de 2024

Colcha de retazos: sobre experiencias de salud mental en mujeres rurales y campesinas de
Antioquia con perspectiva decolonial

Manuela Vanegas Gómez

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de profesional en psicología

Asesora

Shirley Viviana Cataño Pulgarín

Psicóloga

Mg. en Intervenciones Psicosociales

Mg en Literatura

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Psicología

abril de 2024

*A mis ancestras,
principalmente a María de los Ángeles*

Agradecimientos

Primero, me gustaría agradecer a Lila, Celina, Ximena, Marina, Alejandra, Emilse y Nury por confiarme sus saberes, sentires y experiencias. Este trabajo también es de ustedes. A Shirley Viviana Cataño Pulgarín, gracias por haber elegido este trabajo de grado, por su inestimable acompañamiento y guía durante su proceso de construcción y por ayudarme a desentrañar mi mente, que muchas veces fue nudo. También quiero agradecer a Rosalba Gómez Carvajal, mi madre, que creyó en mí y me apoyo de todas las formas posibles desde que comencé a transitar este camino de la psicología. Finalmente, gracias a las demás personas que de forma directa e indirecta me apoyaron para que todo esto fuera posible.

Tabla de contenido

Resumen.....	9
Palabras clave	10
Abstract	10
Keywords	11
Introducción	12
Capítulo I	14
Planteamiento del problema	15
Objetivos	21
Objetivo general	21
Objetivos específicos	21
Justificación	22
Capitulo II	24
Marco de referencia.....	25
Antecedentes.....	25
Literatura gris	28
Artículos de resultados.....	29
Referentes teórico - conceptuales.....	30
Perspectiva decolonial.....	30
Salud mental.....	31
Experiencia	38
Ser mujer	39
Campesinado y ruralidad.....	41
Capitulo I	44
Diseño metodológico	45

Paradigma	45
“Enfoque”: altersofía y hacer decolonial	46
“Población”: Tejedoras	48
“Método” Acciones/huellas decoloniales.....	48
“Técnicas” Huella 1: Contemplar comunal.....	50
“Técnicas” Huella 2: Conversar alterativo	51
“Técnicas” Huella 3: Reflexionar configurativo	56
Plan de análisis.....	56
Consideraciones éticas.....	58
Resultados y discusión	62
Saberes sobre salud mental	63
Prácticas para resguardar la salud mental	68
Factores externos que inciden sobre la salud mental.....	76
Conclusiones	80
Anexos.....	82
Referencias bibliográficas	87

Lista de figuras

Figura 1. Archivo personal.....	14
Figura 2. Archivo personal.....	24
Figura 3. “Ale” – Realizado por Lucie in the sky with diamons	44
Figura 4. Elaboración propia	50
Figura 5. Archivo personal.....	¡Error! Marcador no definido.
Figura 6. Elaboración propia.	65
Figura 7. Elaboración propia	75

Lista de tablas

Tabla 1. Elaboración propia.....	56
Tabla 2. Elaboración propia.....	63

Resumen

La presente investigación se propone comprender las formas otras en que un grupo de mujeres rurales y campesinas de Antioquia experimentan su salud mental, partiendo de sus saberes, prácticas e incidencia de factores familiares, sociales, culturales, económicos y políticos. Para ello, se realizaron seis conversaciones alterativas con siete mujeres de los territorios de Santa Bárbara, Barbosa y el corregimiento de San Cristóbal, Medellín de Antioquia, siguiendo las Acciones/huellas decoloniales de Ortiz (2023). En esa línea, se determinaron tres categorías: saberes sobre salud mental, prácticas que resguardan la salud mental e incidencia de factores externos sobre la salud mental.

Este ejercicio permitió identificar que los saberes sobre salud mental están influenciados por las experiencias personales y el entorno. Del mismo modo, se reveló que la salud tanto física como mental son fundamentales, destacándose como elementos centrales en sus vidas. En relación a las prácticas, se reveló que son propias de su subjetividad, de la manera en la que se viven y viven su realidad. Por último, la incidencia de los factores sociales, culturales, económicos y políticos, dan cuenta de panorama más amplio sobre la realidad de las mujeres y sus condiciones particulares.

Este ejercicio destaca que la salud mental de las mujeres rurales y campesinas es compleja y está influida por diversos factores. Por lo tanto, los resultados de esta investigación no pueden ser generalizables a la realidad de todas las mujeres rurales y campesinas. Para comprender mejor sus realidades, es crucial replicar este trabajo con diferentes grupos de mujeres. Además, se subraya la importancia de reconocer la salud mental como un tema político que requiere transformaciones sociales, económicas y políticas para garantizar el bienestar. En última instancia y no menos importante, se destaca que abordar este tema puede empoderar a las mujeres y facilitar su autodescubrimiento y cuidado personal.

Palabras clave

Salud mental, bienestar, experiencia, mujeres, ruralidad, campesinado y perspectiva decoloni

Abstract

The research aims to understand how rural and peasant women in Antioquia experience their mental health, considering their knowledge, practices, and the influence of various familial, social, cultural, economic, and political factors. Six alternative conversations were conducted with seven women from the territories of Santa Bárbara, Barbosa, and the San Cristóbal district, Medellín de Antioquia, following of Ortiz (2023) decolonial actions/tracks. Three categories were identified: knowledge about mental health, practices for safeguarding mental health, and the influence of external factors on mental health.

The findings reveal that knowledge about mental health is shaped by personal experiences and the surrounding environment. It was also found that both physical and mental health are fundamental aspects of these women's lives. Practices for mental health preservation reflect their subjectivity and how they experience reality. Lastly, the influence of social, cultural, economic, and political factors on the reality and particular conditions of these women was highlighted.

It's important to recognize that the mental health of rural and peasant women is complex and multifaceted, influenced by various factors. Therefore, the findings of this research cannot be generalized to all women in these communities. To better understand their realities, it is essential to replicate this work with different groups of women. Additionally, it emphasizes the importance of recognizing mental health as a political issue that requires social, economic, and political

transformations to ensure well-being. Finally, addressing this topic can empower women and facilitate their self-discovery and personal care.

Keywords

Mental health, wellbeing, experience, women, rurality, peasantry and decolonial perspective.

Introducción

La salud mental poco a poco cobra más relevancia, y actualmente existen numerosos medios que hablan sobre ella. Sin embargo, estas a menudo reflejan una perspectiva generalizada, influenciada por ideas occidentales y privilegiadas, que nos llevan a creer erróneamente que todas las personas la experimentan de la misma manera y necesitan lo mismo para estar bien. Por ello, es importante comenzar a hablar de ella desde quien la vive, considerando las realidades y particularidades de cada persona, principalmente desde quienes históricamente han sido marginadas.

Las mujeres rurales y campesinas de Antioquia han sido sistemáticamente invisibilizadas y silenciadas, lo que ha tenido consecuencias adversas en múltiples aspectos, incluida su salud mental. La generación de conocimiento sobre la salud mental de estas mujeres no solo representa un reconocimiento a su existencia, sino también representa una valiosa contribución al ámbito de la salud mental y la psicología. Además, este conocimiento impulsa la necesidad de considerar sus experiencias, conocimientos y sentimientos en el diseño e implementación de políticas, planes, proyectos y programas en salud mental.

En ese sentido, la presente investigación se planteó comprender las formas en que las mujeres rurales y campesinas de Antioquia experimentan su salud mental, en relación con sus saberes, prácticas e incidencia de diferentes factores externos. Para ello se desarrolló una estrategia metodológica con base en las Acciones/huellas decoloniales de Ortiz (2023), por medio de las cuales se llevaron a cabo seis conversaciones alterativas con siete mujeres de los territorios de Santa Bárbara, Barbosa y el corregimiento de San Cristóbal, Medellín de Antioquia. Estas acciones/huellas que dieron lugar al sentipensar de las participantes, permitieron un acercamiento más genuino a sus formas de vivir/experimentar.

Finalmente, la estructura de este trabajo de grado se desglosa en cuatro capítulos: El primero engloba el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos y la justificación, donde cada elemento se examina detalladamente para comprender su contribución al desarrollo de este estudio. El segundo capítulo se centra en el marco de referencia, explorando los antecedentes y los fundamentos teórico-conceptuales pertinentes. El tercer capítulo presenta el diseño metodológico, abordando el paradigma, la población que hace parte del proceso ["tejedoras"] y las acciones/huellas decoloniales que orientan la investigación. Por último, el capítulo cuatro constituye tanto la presentación de los resultados y su discusión como las conclusiones, completando así el tejido de este trabajo.

CAPÍTULO I



Figura 1



Figura 1. Archivo personal

Planteamiento del problema

En un contexto marcado por el dominio masculino y el control sobre los cuerpos femeninos, las mujeres han sido víctimas de diferentes concepciones que se han tenido de la salud mental a lo largo de la historia. Esto se ve reflejado en acontecimientos como la caza de brujas que se llevó a cabo en la Edad Media, de la cual se estima que las principales víctimas fueron mujeres (Federeci, 2010). A partir de esto, algunos investigadores sugieren que muchas mujeres procesadas por brujería, en realidad padecían algún trastorno mental o neurológico como, por ejemplo, la epilepsia (Álvarez et al., 2004).

Posteriormente, hacia finales del siglo XIX las mujeres enfrentaban una mayor probabilidad de ser catalogadas como enfermas mentales. Lo que produjo que los hospitales mentales se convirtieron en su destino común (Ruiz y Jiménez, 2003). No obstante, el proceso de diagnóstico y tratamiento para las mujeres difería notablemente del aplicado a los hombres, a menudo evaluadas en función de su utilidad y capacidad de servicio hacia estos últimos (Ospina, 2006). Además, eran tratadas con métodos poco efectivos y con altas probabilidades de generar daños irreversibles, como la lobotomía (Villar, 2024).

El control sobre los cuerpos de las mujeres a través de su salud mental generaba no solo aislamiento de sus cuerpos de la sociedad, sino también el aislamiento o, en otras palabras, la enajenación de sus propios cuerpos y la capacidad de decidir sobre los mismos. Lo que traía consigo el silenciamiento de sus voces y su emocionalidad (Ospina, 2006).

Hoy en día, ya hay investigaciones que a través la revisión de historias clínicas y relatos que han perdurado en el tiempo, han develado que muchas de ellas eran mujeres afectadas por sus condiciones de vida; mujeres rebeldes o a quienes sus esposos deseaban alejar, castigar o deshaerse; así como las que no cumplían con los estándares tradicionalmente asignados, e incluso a los cánones de belleza. Esto se reflejó en casos como los del Manicomio Departamental de

Antioquia y el Asilo de Locas de Bogotá, donde muchas fueron ingresadas bajo estas circunstancias hasta mediados del siglo XX (Chesler, 2019; Gutiérrez, 2018; Torres, 2021; Ospina, 2006; Villar, 2023).

Ahora bien, en las últimas décadas han surgido cambios progresivos sobre la manera en la que se percibe la salud mental, por medio de los cuales se ha logrado que no se limite exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad (Restrepo, 2006, como se citó en Organización Mundial de la Salud [OMS], 1986., y Restrepo, 2005). Durante este mismo lapso de tiempo, las mujeres han realizado múltiples esfuerzos por hacerse un lugar en la sociedad, por salir del ámbito privado al público y por hacer que sus derechos sean reconocidos y garantizados, esto ha incluido los relacionados con su salud mental.

No obstante, persiste la tendencia a privilegiar la perspectiva masculina, privilegiada y colonial (Chesler, 2019), lo que perpetua la invisibilización de las experiencias de las mujeres en relación a diversos ámbitos y la subestimación de las complejidades intrínsecas asociadas a la condición de ser mujer. Esto da como resultado que se limiten las contribuciones de las mujeres en la construcción del conocimiento.

Lo mencionado, pone en cuestión la necesidad de decolonizar el campo de la salud mental. Esto implica el reconocimiento y comprensión de las diferentes formas de sentir, pensar y existir que surgen de los diferentes contextos y culturas, por ejemplo, el Buen Vivir, forma otra de pensamiento que tiene sus raíces en los pueblos indígenas originarios (Huanacumi Mamani, 2010) y pese a que no está incluida oficialmente dentro del campo de la salud, desde una mirada decolonial puede proporcionar comprensiones alternativas sobre la manera en la que diversas culturas experimentan la salud mental.

En esa línea, se destaca que en países como Colombia se ha integrado en sus políticas públicas de salud mental, el enfoque de género y diferencial (Política Nacional de Salud Mental,

2018) que exige el reconocimiento de las particularidades en relación al género y a su contexto. A pesar de estos avances, en el año 2022, durante la Agenda Ciudadana y Territorial de las Mujeres de Antioquia¹, espacio liderado por la Corporación Vamos Mujer, muchas mujeres rurales y campesinas manifestaron múltiples preocupaciones en relación con la salud mental. A su vez, proponían “el diseño y desarrollo de una Política Pública en Salud Mental que reconozca los determinantes sociales de la salud que afectan a las mujeres, para la implementación de programas con perspectiva intersectorial, cultural y territorial” (Corporación Vamos Mujer, 2022, p. 36).

Entonces, ¿cuál es la razón que lleva a que las mujeres rurales y campesinas de Antioquia, a pesar de la existencia de una Política Pública en Salud Mental con enfoque de género y diferencial, perciban esta como insuficiente? Si bien no es posible conocer las causas precisas debido al escaso seguimiento de estas políticas en entornos rurales y campesinos, se intuye que varios factores podrían estar influyendo, tales como las precarias condiciones de vida persistentes en estos entornos (Así vamos en salud, 2018) y la falta de acceso a servicios de salud y seguridad (Instituto Colombiano Agropecuario [ICA], s.f).

El anterior párrafo sugiere que no es suficiente con implementar tales enfoques en las políticas públicas de salud mental, sino que su accionar debe ir más a fondo. Esto implica comenzar por acercarse a la realidad de las mujeres rurales y campesinas en sus contextos específicos, escuchar sus voces y comprender cómo viven/experimentar su salud mental y en esa medida poder identificar sus necesidades y garantizar que sean cubiertas con base en sus

¹Las mujeres concebimos la agenda como una herramienta estratégica que nos posibilita incidir en esferas de poder tanto en ámbitos socioculturales como políticos y de planeación. Mediante la construcción colectiva, buscamos dar cuenta de nuestras problemáticas particulares y encontrar también puntos de convergencia, para que desde nuestra voz, vivencias y sentires plasmemos las necesidades territoriales que identificamos, develando aquello que nos aqueja, generando propuestas para superar las inconformidades y exigiéndole al Estado que nos reconozca como sujetas políticas y que tenga en cuenta nuestros planteamientos para su accionar en el presente y futuro cercano (Vamos Mujer, 2022, p.8).

condiciones particulares, las cuales difieren significativamente de las mujeres que habitan la zona urbana (Arenales y Gómez, 2021).

Cabe mencionar, que la realidad de las mujeres rurales y campesinas se ha visto afectada en múltiples dimensiones, en gran medida como resultado de su marginación, desprotección histórica y subestimación por parte del estado hegemónico. Esto ha traído consigo que no se le otorgue el debido reconocimiento a su presencia, conocimiento, capacidad de toma de decisiones y su valiosa contribución a los ámbitos económicos, sociales y culturales.

En la actualidad se espera que el acceso a la tierra, los servicios de educación, salud, vivienda, seguridad social, recreación, crédito y comunicaciones, puedan mejorar tanto para hombres como para mujeres del contexto colombiano a través del Acto Legislativo 1 del 2023, un suceso que otorga un reconocimiento importante al campesinado como beneficiario de protección constitucional especial (Congreso de Colombia, 2023, Acto legislativo 001). Entre sus objetivos se destaca la promoción de la igualdad de género en relación al acceso a la tierra, no obstante, también se concentra en asegurar el bienestar integral de las mujeres campesinas, incluyendo aspectos como la salud.

En esa vía, en el ámbito académico y de la investigación se evidencia un esfuerzo por adentrarse en las diferentes formas en que las mujeres rurales y campesinas viven/experimentar su salud mental, a través de estudios realizados en los últimos cinco años que se han centrado en la perspectiva de salud mental morbicéntrica (Qiu et al., 2018; Barrero et al., 2020; Miranda et al., 2021; Quiceno et al., 2022; Leight et al., 2022) esto es, reconocer la enfermedad y sus implicaciones tales como la depresión y la ansiedad en la población rural y campesina. Cabe mencionar, que algunos de estos estudios a pesar de que su muestra está compuesta principalmente de mujeres, no integran a la investigación un enfoque de género, lo que limita la

comprensión de influencia de las condiciones específicas de las mujeres rurales y campesinas sobre los fenómenos estudiados.

Así mismo, se han observado investigaciones que ofrecen una comprensión acerca de otros aspectos relacionadas con la salud mental de las mujeres rurales y campesinas. Los cuales representan aportes significativos al implementar en sus metodologías herramientas que dan un lugar significativo a las voces de dicha población. Estos aspectos van desde repercusiones negativas relacionadas con aspectos sociales, económicos, culturales y políticos, como se analiza en los estudios de Caruso et al. (2018), Santos (2020), Urruchi (2021), Chica (2022), Mora et al. (2022), Urrego y Veléz (2023) y Osorio et al. (2023), hasta prácticas que fomentan el bienestar, como se demuestra en los trabajos realizados por Arias, (2016), Parada (2019), Gómez (2019), García (2022), Gamba (2021), Gómez (2021); Benítez et al. (2022) y Sánchez (2022). Para algunas de estas últimas mencionadas, estas prácticas representan formas de resistencia para preservar la salud mental tanto individual como colectiva.

Además, se han llevado a cabo estudios (Castañeda y Rebolledo, 2019; López, 2020) que han tenido como propósito identificar los procesos psicológicos de momentos vitales específicos de las mujeres. Entre las contribuciones mencionadas, se destacan aquellas que se reconocen como aportes concretos al campo de la salud mental (García ,2022; Urrichi, 2021; Alzate, 2021; y Arias, 2016).

Algunas de los estudios mencionados dan cuenta del peso que tiene lo comunitario, la participación política y la organización para las mujeres rurales y campesinas (García, 2022; Benítez et al., 2022; Sánchez, 2022), por lo cual resulta importante adoptar en las metodologías que brinde la posibilidad de hilar las experiencias de unas con las otras. Posibilidad que históricamente también se les ha negado y que permiten integrar nuevas nociones al campo de la salud mental.

Todo esto devela la necesidad de continuar desarrollando estudios que posibiliten comprender desde una perspectiva decolonial la experiencia/vivencias de las mujeres rurales y campesinas de Antioquia, a partir de elementos cercanos a ellas como sus saberes, los cuales hacen parte de sus recorridos de vida, y sus prácticas que, a pesar de la complejidad de las condiciones de vida para algunas de ellas, ayudan a resguardar su salud mental. En esa línea, teniendo en cuenta que la salud mental atraviesa diversos ámbitos de la experiencia vital de las personas, se hace necesario considerar factores familiares, sociales, culturales, económicos y políticos para lograr una mayor comprensión de esta.

Por estas razones, la **pregunta de investigación** que orienta el presente estudio es:

¿Cuáles son las formas otras de experimentar la salud mental de las mujeres rurales y campesinas de Antioquia?

Objetivos

Objetivo general

Comprender las formas otras de experimentar la salud mental de las mujeres rurales y campesinas de Antioquia.

Objetivos específicos

- Describir los saberes que tienen las mujeres rurales y campesinas acerca de la salud mental.
- Reconocer las prácticas que resguardan la salud mental de las mujeres rurales y campesinas.
- Identificar la incidencia de factores familiares, sociales, culturales, económicos y políticos sobre la forma de experimentar la salud mental de las mujeres rurales y campesinas.

Justificación

Este trabajo de grado se presenta como una apuesta por comprender, teniendo en clave la perspectiva decolonial, cómo viven/experiencian la salud mental las mujeres rurales y campesinas de Antioquia. Esta población, pese a sus luchas por sus derechos, ser escuchadas y hacerse un lugar, continúan siendo profundamente afectada en múltiples dimensiones debido a la marginación, desprotección histórica y la subestimación tanto por parte del Estado hegemónico como de la sociedad.

Por esta razón, este ejercicio se reconoce como un aporte al reconocimiento de la salud como un asunto político. Su objetivo es contribuir a la comprensión de las realidades específicas de las mujeres rurales y campesinas, con la esperanza de que puedan ser replicadas en políticas, proyectos, planes y programas de salud mental. Esto se plantea teniendo en cuenta que los enfoques de género y diferencial en dichas políticas, proyectos, planes y programas son insuficientes si no hay un esfuerzo por comprender las realidades de las poblaciones a las que van dirigidas.

En términos académicos, este trabajo representa un aporte específico al campo de la psicología y la salud mental al cuestionar las nociones occidentalizadas y privilegiadas. En su lugar, se acerca a las realidades específicas y complejas de las mujeres rurales y campesinas de Antioquia desde sus narrativas, experiencias, recorridos, apuestas políticas, comunitarias y de vida; reconociendo así que hay formas otras de conocer, sentir y vivir la salud mental, las cuales deben ser consideradas en la construcción y aplicación del conocimiento en este campo.

Por último, este ejercicio busca que cada lectora/lector, al igual que me sucedió a mí durante su elaboración, se permita ser atravesado por las voces que lo configuran. Detrás de estas voces, hay un grupo de mujeres con unas luchas, trayectorias vitales y posicionamientos

individuales. Esta investigación es, en esencia, un reconocimiento para cada una de ellas y a todas las mujeres rurales y campesinas que han habitado y siguen habitando el territorio de Antioquia.

CAPÍTULO II



Figura 2



Figura 2. Archico personal

Marco de referencia

Antecedentes

El proceso de rastreo de antecedentes se llevó a cabo con base en la concepción inicial del estudio y su propósito. Se definieron veinte términos de búsqueda que combinaban conceptos claves, tales como: salud mental, mujeres rurales, mujeres campesinas, mujeres indígenas², prácticas que favorecen la salud mental, bienestar, factores de riesgo, percepciones y concepciones. Estos mismos conceptos se aplicaron en combinaciones booleanas, haciendo uso de operadores como AND, OR y NOT para refinar la búsqueda.

La búsqueda abarcó una amplia variedad de fuentes que incluían repositorios de universidad nacionales e internacionales; motores de búsqueda como Google Académico y DuckDuckGo, que resultaron de gran utilidad debido a que proporcionó acceso a diversas fuentes. Además, se consultaron diversas revistas, como Medwave, Fronteras Ciencias Sociales, Revista IBERO americana de psicología, así como publicaciones de distintas universidades, en su mayoría locales, y recursos de bases de datos como Science direct, entre otras; y bases de datos como SCIELO, EBSCO, Dialnet plus, ProQUEST, REDALYC, LATINDEX, entre otras.

Adicional, considerando la naturaleza multidisciplinaria de la salud mental, se determinaron áreas del conocimiento relevantes, como la psicología, el trabajo social, las ciencias sociales y humanas, la medicina, la enfermería y la psiquiatría. Se realizó la búsqueda tanto en español como inglés, aunque se encontraron algunas investigaciones en portugués, de las cuales se incluyó una (Miranda et al., 2021) como antecedente. El periodo de búsqueda se extendió desde 2018 hasta 2023, aun así, se incluyó la investigación de Arias (2016), considerada como relevante, ya que proporciona la oportunidad de comprender que, al salvaguardar la dignidad y

² Esta fue una población que se consideró inicialmente para la investigación

autonomía mediante la seguridad alimentaria, se preserva simultáneamente la salud mental de la población rural y campesina.

Es importante mencionar que se presentaron diversas dificultades en la recolección de información, una de ellas relacionadas con el acceso a algunas investigaciones, principalmente de orden científico e internacionales, relacionados con la salud mental de las mujeres rurales. Las cuales, además correspondían a investigaciones de tipo cuantitativa. Adicional, referente a estos hallazgos, resulta importante mencionar que se observó una escasez de información específica sobre mujeres campesinas, ya que en muchas instancias se identificaba como población: mujeres rurales que desempeñan el trabajo agrícola.

En total, se revisaron 31 investigaciones que cumplían con los criterios mencionados. Para su selección se evaluó la presencia de los conceptos claves, sus sinónimos o cualquier otro termino que representara una relación con el tema de interés tanto en el título como en el resumen. En numerosos casos, estos conceptos estaban incluidos en los resúmenes únicamente. En situaciones en que las que ninguno de los conceptos se encontraba en el título o el resumen, pero el título sugería relación la investigación, se realizaba una revisión rápida del contenido total del documento.

Una vez se incluyeron los datos de cada uno de los artículos seleccionados en la matriz bibliográfica, se realizó un análisis vertical, lo cual permitió una comprensión más integral de las categorías de estudio: Salud mental, y mujeres rurales y campesinas. Principalmente a nivel nacional, debido a que en el contexto colombiano se hallaron una gran cantidad de investigaciones, destacando la importancia de abordar estas cuestiones de manera diferencial.

En diversas investigaciones y trabajos académicos, es evidente que algunos autores (Arias, 2016; Urrego y Vélez, 2023; Álvarez y Morales, 2012; Gómez, 2019; Benítez et al., 2019) tienen la intención de dotar a sus categorías o conceptos de nuevos significados. En lugar de adherirse

estrictamente a definiciones preestablecidas sobre las categorías y conceptos de investigación, estos autores eligen permitir que las definiciones de sus categorías sean influenciadas por las experiencias únicas de las personas que participan en sus investigaciones. Como es el caso del trabajo de grado de Benítez et al. (2019), quienes definen su categoría de análisis a partir de los cambios significativos de un grupo de mujeres rurales y campesinas en su participación en el Colectivo Arco Iris y, a partir de allí, definen tres subcategorías: cambios a nivel personal, cambios a nivel social y cambios a nivel político.

En otras palabras, en lugar de imponer definiciones fijas a sus categorías desde el principio, estos autores reconocen que las interpretaciones y significados de las categorías pueden variar según las vivencias individuales de los participantes. Esto significa que las definiciones no son rígidas o universales, sino que se adaptan y moldean a partir de las experiencias y perspectivas de quienes están involucrados en el estudio. Esta aproximación puede ser especialmente valiosa en contextos en los que las categorías en cuestión son complejas y no pueden ser capturadas plenamente por definiciones estándares. Al permitir que las definiciones evolucionen desde las experiencias personales de los participantes, se puede obtener una comprensión más rica y contextualizada de las categorías en estudio.

En esa línea, se observó investigaciones que otorgan un lugar fundamental a las experiencias de las mujeres, tal como la realizada por García Carreño (2022), en el municipio de Granada, Meta. Su propósito es “comprender la descripción que hacen las mujeres lideresas de la veeduría por la dignidad de la mujer granadina, en relación con los significados que otorgan a la salud mental desde sus experiencias a través de las prácticas de liderazgo comunitario” (p. 1).

En dicha investigación se observa que las participantes desempeñan roles de liderazgo comunitario e implementan estrategias de autocuidado y cuidado de la comunidad con el fin de preservar la salud mental colectiva. Sin embargo, no están exentas de enfrentar amenazas y

desafíos que ponen a prueba su liderazgo y pueden afectar tanto salud mental como la de su comunidad. Por otro lado, la investigación subraya la importancia de abordar la salud mental en contextos rurales, reconociendo las inequidades y la injusticia social, lo que reafirma la importancia de llevar a cabo la presente investigación.

Cabe destacar que estos antecedentes contribuyeron significativamente a dar forma al enfoque de esta investigación. Durante este proceso se mantuvo apertura de ajustar los objetivos inicialmente proyectados. En un primer momento, el propósito era indagar sobre las percepciones de la salud mental de las mujeres rurales, campesinas e indígenas en Antioquia. Sin embargo, tras la revisión de los antecedentes y su problematización, se concluyó que, debido a las limitaciones de tiempos de la academia, sería más adecuado enfocarse en mujeres rurales y campesinas, excluyendo a la población indígena, pese a reconocer la importancia de explorar sus concepciones sobre la salud mental, y el gran aporte que este traería al campo de la psicología y la salud mental. Esta revisión también permitió cuestionar el enfoque inicial centrado en las percepciones, considerando que las experiencias relacionadas con la salud mental podrían ofrecer una comprensión más profunda y enriquecedora del tema de investigación.

Literatura gris

La mayoría de los antecedentes identificados corresponden a literatura gris, que abarca trabajos de grado, maestría y doctorado. En el análisis de estos trabajos, se ha observado que en cuanto a las referentes utilizados en las investigaciones, se destaca una diversidad de fuentes que datan antes del 2018, así como una contribución significativa de autoras feministas, como Marcela Lagarde, en las investigaciones en las que sus muestras correspondían únicamente a mujeres, a pesar de que las investigaciones no incluían un enfoque feminista directamente (Sánchez, 2021; Gómez, 2020).

Múltiples artículos al ser de orden cualitativo, sobresale el enfoque narrativo biográfico. Este método, según lo descrito por Ladin y Sánchez (2019), facilita la apreciación de las personas como individuos que participan activamente en diferentes situaciones y momentos, construyendo su conocimiento a través de sus interacciones. Además, se resalta la implementación de entrevistas semiestructuradas, las cuales permiten explorar y comprender de manera más completa la perspectiva de las participantes.

Las investigaciones realizadas por García (2022), Urruchi (2021), Álzate (2021), Gómez (2019), Osorio et al. (2023), Benítez et al. (2022), Sánchez (2022), Rubio y Suarez (2020), Santos (2020), López (2020), Navarrete (2021), Chica (2022), Azabal (2022), Giraldo et al. (2021), Gómez (2021) y Arenales y Gómez (2021) se centran en profundizar y comprender aspectos relacionados con la salud mental de las mujeres, aunque en algunos casos no se nombra de manera específica.

Varias de estas investigaciones recientes (Urrego, K., y Vélez, J., 2023; Osorio, et al., 2023; Santos, 2020; Chica, 2022; Giraldo et al., 2021) abordan temas que generan afectaciones en la salud mental de las mujeres, tales como violencias basadas en género, principalmente sexual, machismo, carga laboral, vulneración de los derechos sexuales y reproductivos, conflicto armado e inaccesibilidad a la tierra. Lo cual permite reconocer que, si bien las adversidades mencionadas no afectan exclusivamente a las mujeres rurales y campesinas, sí persisten de manera significativa en estos contextos, debido a la alta vulnerabilidad de estos grupos poblacionales. Del mismo modo, posibilita tener una mayor comprensión de este contexto y la población participante del presente estudio.

Artículos de resultados

En esta categoría, al igual que en la literatura gris, se observa un notable interés por comprender diversos procesos relacionados con la salud mental de la población rural, campesina e indígena. Esto incluye aspectos como el envejecimiento (Castañeda y Rebolledo, 2019), la

ansiedad (Miranda et al., 2022), depresión (Qui et al., 2018), condiciones socioeconómicas (Caruso et al., 2018) y las formas de violencias basadas en género que repercute negativamente sobre el bienestar de esta población (Álvarez y Morales, 2021). Así mismo, se encontraron otras que integran aspectos como suicidio y estrés (Quiceno et al., 2022), bienestar psicológico y percepción de calidad de vida (Guerrero y Villacres, 2021), trabajo y maternidad (Mora et al., 2022), empoderamiento, maternidad y depresión (Leight et al., 2022) y el sentido de vida, el suicidio, la ansiedad y depresión (Barrero et al., 2020).

Cabe mencionar, que si bien, la muestra de las algunas de las investigaciones (Quiceno et al., 2022; Guerrero y Villacres, 2021) no corresponde únicamente a mujeres, como se había determinado en los parámetros de búsqueda, sí está compuesta en su mayoría por mujeres y no incluye un enfoque diferencial.

Por otro lado, se evidencia una particularidad que tiene que ver con las investigaciones en población indígenas. Dentro de las cuales se destaca la realizada por Montoya et al. (2020). Por medio de esta investigación estos autores logran una comprensión amplia sobre la perspectiva de diferentes pueblos indígenas de Colombia sobre la salud mental. Esta investigación representa una valiosa contribución para comprender la importancia de adoptar un enfoque diferencial o interseccional en el estudio de la salud mental, así como de abordar este campo de manera que se respete la diversidad cultural de las poblaciones.

Referentes teórico - conceptuales

Perspectiva decolonial

Hoy en día el impacto del colonialismo no se limita únicamente a las relaciones políticas entre colonizadores y colonizados, sino que se ha implementado en la construcción de identidades y en la producción de conocimiento, particularmente en los círculos académicos influenciados por

una perspectiva eurocéntrica, la cual es una visión centrada en la cultura y los valores europeos, y a menudo relega otras perspectivas a un papel secundario (Lara, 2015).

Aquellos quienes cuentan la historia son aquellos que forman parte de la sociedad hegemónica y privilegiada. Lo que significa que, en consecuencia, el análisis de los grupos oprimidos o no privilegiados tiende a realizarse por estos grupos desde su propia experiencia (Gutiérrez, 2022). Por ello, la perspectiva decolonial se ha esforzado por emancipar de las estructuras coloniales diversas esferas que abarcan el ámbito del ser, del conocimiento y del poder (Rincon et al., 2015). Postula que, si bien una completa descolonización capaz de revertir por completo los eventos pasados es inalcanzable, es importante adoptar una mirada que identifique y reconozca aquello que durante un extenso periodo de tiempo ha permanecido en un estado de invisibilidad, esto incluye los saberes que han sido silenciados por las diferentes prácticas y estructuras colonialidades (Lara, 2015).

En esa línea, existe una urgencia de decolonizar el conocimiento dotarlo de una dimensión humanizadora, por medio del cual se reconozca la dignidad de todas las personas. Esto implicar transitar hacia formas otras de sentir, pensar y existir, permitir las relaciones de sujeto a sujeto y otorgar un reconocimiento igualitario al saber del otro (Ortiz Ocaña, 2023, citando a Levinas 2012, 2014).

Salud mental

“Antes de filosofar sobre la vida, hay que asegurar la vida misma”

Martín-Baró, 1990

La evolución de la salud mental ha dado lugar a diversas interpretaciones, con múltiples usos del término (Bedoya et al., 2020) y la ha convertido en un concepto complejo difícil de definir de manera unívoca, pero que ofrece puntos de referencia desde los cuáles se orientan comprensiones, acciones e investigaciones. Algunas de ellas son:

Comprensión histórica. Para la comprensión de la salud mental fue necesario un rastreo histórico acerca de las nociones de enfermedad mental, debido a la clásica relación salud-enfermedad a lo largo de los años. Esta revisión permitió entender que la forma en la que se ha percibido, explicado y abordado los comportamientos considerados anormales, incluyendo la enfermedad mental, han dependido de las teorías, las creencias predominantes o el clima social de cada época (Mebarak et al., 2009).

Algunas de las nociones rastreadas pasan por la cultura clásica presente en el pensamiento filosófico griego y romano, en donde se asumió la enfermedad mental como patología del alma. Seguidamente, en la Edad Media, el cristianismo introdujo la explicación de posesiones demoníacas y brujería como causal de las alteraciones psíquicas (Álvarez et al., 2004).

Posteriormente, en el siglo XVI, los pensadores Vives (1492 – 1540), Weyer (1515-1588), Huarte (1529-1588) y Paracelso (1493-1541) contribuyeron a que se produjese un cambio significativo en la comprensión de las enfermedades mentales. En particular, Weyer (1563, como se citó en Álvarez et al., 2004) tuvo un papel crucial al rechazar la caza de brujas y al tratar de darles una explicación desde la perspectiva médica.

Realizando un salto histórico, para el siglo XIX, a pesar de la detallada atención a las enfermedades mentales, la reflexión sobre la salud mental era limitada y se consideraba como un objetivo secundario en comparación con el enfoque en la enfermedad mental. No obstante, existían algunos indicios de preocupación por la misma, la cual se podía observar a través de la literatura marginal que ofrecía consejos de higiene y pautas para preservar la salud mental. Esta tradición anticipaba elementos que más tarde se vuelven centrales cuando la salud mental se convierte en un punto de referencia principal, como el enfoque de prevención y la atención a todas las etapas del desarrollo individual.

Es entre el año 1940 y 1979 que marca un punto de ruptura significativo cuando se comienza a introducir la salud mental para orientar procesos y discursos; emerge como un campo general que organiza conocimientos, prácticas e instituciones entorno a ella, como lo fue la Organización Mundial de la Salud. Y dentro del cual se situaron conceptos como la enfermedad mental y la alienación. Sin embargo, es hasta 1993 y 1995 que la salud mental tiene un mayor crecimiento (Doron, 2015).

Comprensiones actuales. Hoy en día, la comprensión de la salud mental está orientada principalmente por la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual indica que es “la capacidad de establecer relaciones, desenvolverse, afrontar desafíos y prosperar” (2022, p. 2). Además, subraya la importancia de considerar diversos factores para el bienestar de las personas, incluyendo aspectos físicos, mentales y sociales, y enfatiza en la necesidad de que exista un equilibrio entre estos tres aspectos (Organización Mundial de la Salud, 2004

En el periodo más reciente, se han llevado a cabo esfuerzos para redefinir la noción de salud mental, ampliando la tradición clásica de ausencia de enfermedad y concibiéndola como un estado integral de bienestar, desarrollo humano y calidad de vida (Restrepo, 2006, como se citó en Organización Mundial de la Salud [OMS], 1986., y Restrepo, 2005). En consecuencia, en la actualidad, los elementos mencionados representan un papel fundamental en la configuración de la salud mental.

Así mismo, se ha comenzado a reconocer que la cultura, el contexto, la fe, la religión, la espiritualidad y la ancestralidad son elementos que ejercen una profunda influencia en la manera en que tanto los individuos como las comunidades conciben y practican la salud mental (Hahn, 2009). Puesto que estos factores han dado origen a distintas formas otras de pensamiento a lo largo de la historia, tales como el vivir sabroso en las comunidades afrocolombianas (Gómez et al., 2015) y el buen vivir, presente en diversos pueblos indígenas alrededor del mundo (Montoya et al,

2020). Este último nace en las culturas ancestrales indígenas del Abya Yala y propone la adopción de una perspectiva en la que se reconozca la interconexión y dependencia entre todos los elementos de la vida.

A su vez, resalta la importancia de construir una sociedad que aprecie, resguarde y promueva la dignidad de las personas y comunidades en todos sus aspectos. Esta manera de pensamiento otro se caracteriza por la idea de vivir desde una responsabilidad complementaria y recíproca hacia la naturaleza, la comunidad, la pareja y sí mismo, lo cual se traduce en un conjunto de vivencias, saberes, sentires y prácticas que pueden variar según el pueblo originario (Huanacumi Mamani, 2010).

Esto ha llevado a una lucha de las organizaciones indígenas por establecer Estados Plurinacionales, donde se reconozca y respete la diversidad cultural, así como las exigencias para salvaguardar su derecho a la tierra y todo lo que ella proporciona, junto con los principios que ofrece el Buen Vivir, ha servido de inspiración para poblaciones menos privilegiadas, como el campesinado que reclama un buen vivir alineado con sus tradiciones y modos de vida, los cuales también están intrínsecamente ligados a la tierra (Consejo Latino Americano de Ciencia Sociales [CLACSO], 2021).

Aunque el Buen Vivir no se suscribe o se reconozca dentro de la salud mental, por el contrario, se suscribe dentro de los conceptos colonizadores. Este concepto permite entender la salud mental desde otros lugares; representa la transición hacia perspectivas más holísticas y culturalmente arraigadas. Esta asociación no pretende definir que el buen vivir sea sinónimo de salud mental, ya que eso sería una apropiación del término y no es lo que se pretende. Pero si se pretende tomar de referencia este concepto para comprender que hay otras maneras de conocer, practicar, sentir y vivir la salud mental, lo cual resignifica la salud mental y posibilita entenderla desde otros lugares.

En esa línea, es relevante destacar que, a partir del 2017, el Consejo de Derechos Humanos de la ONU aprobó la resolución Salud mental y derechos humanos. Esta resolución reafirma el derecho fundamental de “toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (p. 2). Además, subraya que “la salud mental constituye una parte esencial de dicho derecho” (Naciones Unidas, 2017, p. 2), por lo cual los países deben tomar medidas específicas para proteger la salud mental de sus ciudadanos como un derecho humano fundamental y universal, que garanticen su dignidad, equidad y respeto (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

Desde esta perspectiva salud mental no depende únicamente del sentirse bien o capaz, como sugiere la noción de salud mental establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), sino que es necesario abordar de manera integral las necesidades de cada grupo poblacional para garantizar su salud mental que, entre otras cosas, implica proporcionar condiciones dignas en términos de factores externos y condiciones materiales, como el acceso a bienes y servicios. En otras palabras, la salud mental también es un asunto político.

Desde el punto de vista normativo, muchos países de la Región de las Américas carecen de una legislación específica en materia de salud mental y de una autoridad encargada de garantizar el cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos en el ámbito de la salud mental, lo que puede indicar deficiencias en la promoción y protección de los derechos de las personas con problemas de salud mental (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

En el contexto colombiano. Según la Ley 1616 del 2013 de Colombia la salud mental se entiende como:

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y

mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (p. 1).

A partir de esta legislación, se estableció la Política Nacional de Salud Mental (2018), que propone la búsqueda del máximo bienestar y equilibrio para las personas, centrándose en su desarrollo integral y basándose en la perspectiva de capacidades y derechos humanos, a través de la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, así como de la atención integral e integrada en salud mental.

En esa misma vía, esta política incluye enfoques específicos de desarrollo basado en derechos humanos, curso de vida, psicosocial, género y diferencial. Algunos de estos enfoques han sido implementados en otros países con el objetivo de atender las necesidades específicas de su población (Confederación Salud Mental España, 2018). Este tipo de enfoques permiten un abordaje y entendimiento más integral de la salud mental en diversas poblaciones, y consideran las experiencias y condiciones particulares de los individuos.

Modelos. La salud mental es un campo interdisciplinario que abarca diversas áreas del conocimiento, como la medicina, la psiquiatría, la enfermería, la psicología, el trabajo social y la terapia ocupacional. Cada una de estas disciplinas juega un papel fundamental en la manera en que se comprende y a pesar de los aportes que ha realizado cada una a la salud mental, por sí solas no pueden dar respuesta a lo que la salud mental es en su totalidad (Bedoya et al., 2020). Esto se debe a que su complejidad involucra aspectos psicológicos, biológicos, culturales, sociales y económicos de la vida de los individuos (Libreros, 2012).

En el ámbito de la psicología, disciplina desde la cual parte el presente estudio, la definición de la salud mental tampoco se presenta de manera unívoca. Son varias las escuelas de pensamiento que han nutrido epistemológicamente los objetos de estudio de la disciplina, entre estas se la humanista-existencial, psicoanalítica y cognitiva-conductual. Así como también se

suman las contribuciones realizadas por la psicología positiva y la psicología social en su abordaje (Bedoya et al., 2020). A pesar de que varios de estas miradas coinciden en la importancia de trascender la perspectiva morbicéntrica, algunos planteamientos le reconocen el papel fundamental que desempeña en la salud de las personas.

Siguiendo las líneas anteriores, se reconocen cuatro modelos que influyen en la manera en la que se aborda y comprende la salud mental: 1. El modelo biomédico, el cual se basa en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental y tiene como principio medir y evaluar la salud mental en función de su capacidad para funcionar de manera eficiente y efectiva en comparación de lo que se considera normal (Exposito, s.f). 2. El modelo comportamental afirma que la salud mental depende de los comportamientos y pensamientos adaptativos y saludables que realizan las personas (Alzate, 2021), así la intervención se basa en ayudar a cambiar comportamientos diagnosticados como desadaptativos. Por su lado, la perspectiva cognitiva se enfoca en instruir a las personas para que identifiquen y cambien sus patrones de pensamiento disfuncionales (Restrepo y Jaramillo, 2012).

De otro lado, 3. El modelo socioeconómico que reconoce la influencia de las interacciones sociales y las condiciones de vida en la salud mental. Además, resalta que los criterios de normalidad mediante los cuales se ha definido la salud mental a menudo obedecen a los intereses de control social (Restrepo y Jaramillo, 2012). El modelo biopsicosocial que busca comprender la salud mental desde los ámbitos biológicos, psicológicos y sociales de las personas. Este ofrece una atención enfocada en tratar la enfermedad y busca preservar la salud mental de manera integral. Al mismo tiempo, investiga la influencia de estos factores en la salud mental de las personas, reconociendo que el bienestar de una persona está influenciado por una variedad de factores internos y externos (Pallares et al., 2022; Fajardo, 2006). No obstante, es importante señalar que este modelo pese a ser una crítica al modelo biomédico, conserva un enfoque centrado en tratar

la enfermedad y limita la mirada hacia otros aspectos que influyen en la salud mental de las personas.

En suma, este trabajo parte inicialmente de reconocer que salud mental es un concepto complejo y dinámico, que abarca e interconecta diversos aspectos psicológicos, personales, sociales, culturales, económicos y políticas. Por tanto, en esa perspectiva no solo se reconoce las claves que proporcionan las concepciones que se han construido a lo largo de la historia y las actuales, sino también las comprensiones alternativas que surgen de las formas otras de conocer, practicar, sentir y vivir provenientes de diversas culturas y contextos.

Experiencia

Larrosa (2006) plantea el término *experiencia* desde el ámbito educativo. No obstante, su propuesta trasciende este contexto y se convierte en un medio para pensar la vida misma y poner en palabras la experiencia vital, ya que, como él mismo plantea, la experiencia es una cuestión de posibilidades.

Su noción principal sobre la experiencia es “eso que me pasa” (2006, p. 44), que se refiere al acontecimiento, al sujeto y al pasaje. Cada uno de estos aspectos implica un significado y un principio específico. En primer lugar, el *eso* supone el principio de exterioridad, alteridad y alineación, y es el acontecimiento que ocurre externamente y no depende mí. El *me* indica el principio de subjetividad, reflexibilidad o transformación, lo cual alude al sujeto como lugar de la experiencia que permite que eso que pasa le afecte o tenga efectos sobre lo que es, piensa, siente, sabe y quiere. En otras palabras, que eso que pasa le transforme y se viva como una experiencia que, si bien es pasajera, deja una huella. Por último, la palabra *pasa* es el pasaje y la pasión, haciendo referencia al desplazamiento del individuo hacia la experiencia, y viceversa.

Esta concepción plantea que el sujeto de experiencia no es el sujeto del saber o que posee el conocimiento, sino que es el sujeto en construcción o apertura. Igualmente, invita a preguntarse

cómo se significa o resignifica la experiencia y qué nos queda de ella, y a hacer de la experiencia eso que me pasa que no pase.

Para algunas personas, el dolor que genera ciertas experiencias las obliga a olvidar, a enajenarse de la experiencia, incluso les imposibilita elaborar. En tales circunstancias, no puede llamarse experiencia, ya que se convierte en algo impropio. Transitar la experiencia implica apropiarse de lo que ella deja, entender lo que nos pasa, darle un significado y entenderla como algo real (Larrosa, 2009). Lo que da lugar al relato, el cual es “uno de los modos privilegiados como tratamos de dar sentido narrativo a eso que nos pasa” (Larrosa, 2009, p. 56).

Larrosa (2009) también pone en cuestión la “ética del relato” (p. 60), la forma en la que se explora la narración de otros y otras con relación a su experiencia. Aunque es fundamental otorgarle un valor y un sentido, también es necesario tener la capacidad de reconocer y respetar cuando el sujeto de la experiencia no le otorga el mismo valor y sentido. Se trataría entonces de evitar violentar y falsificar su relato, lo cual implica “problematizar constantemente lo que nuestra mirada tiene de vertical, de asimétrica, de colonizadora” (p. 67). Un planteamiento que pone en cuestión la forma en la que se investiga y se aborda los participantes desde el respeto hacia ellos y sus relatos.

Ser mujer

A lo largo de la historia, el concepto de mujer ha sido moldeado predominantemente por los hombres. Establecido como un concepto singular, que no da lugar a la diversidad que existe dentro de sí. Por ende, la construcción de lo que significa ser mujer ha sido sumamente influenciada por las necesidades y el control ejercido por los hombres sobre las mujeres (Chesler, 2019).

En las últimas décadas, las mujeres, tanto las que pertenecen a los movimientos feministas como las que no, han realizado considerables esfuerzos por reconstruir este concepto y,

en esa medida, resignificar su lugar en la sociedad. Simone De Beauvoir a través de su libro *El segundo sexo* (1949), cuestionó la noción de ser mujer al afirmar: “No se nace mujer, se llega a serlo”. Con esta declaración, De Beauvoir criticó los roles socialmente impuestos a las mujeres basadas en su biología. Este acontecimiento marcó un punto de inflexión en la concepción de la mujer y dio lugar a la segunda ola del feminismo, que comenzó a replantearse la condición de mujer en la sociedad (Centro de Investigación y Estudios de Género, 2019).

El hecho de que el texto escrito por De Beauvoir, en particular la afirmación mencionada, continúen siendo relevantes hoy en día, pone en cuestión tanto la necesidad de preguntarse por lo que supone ser mujer desde la propia experiencia de las mujeres, así como la cuestión de asumir una posición ante el hecho de serlo, ambas propuestas por la autora (Ruiz, 2019). En consecuencia, se puede afirmar que ser mujer está intrínsecamente vinculada a la experiencia subjetiva, lo que implica que no existe una definición universal.

Contiguo a los cuestionamientos sobre el ser mujer, han surgido teorías que definen tanto la relación como la diferencia entre sexo, género y biología (Herrero y Pérez, 2007). Si bien la distinción entre sexo y género es fundamental para la comprensión de la noción del ser mujer, se limita su conceptualización, debido a su complejidad.

Hoy en día se reconoce que la definición de ser mujer no se reduce a su biología y que los roles tradicionalmente considerados como femeninos son, en realidad, constructos sociales. El concepto de mujer va más allá de la simple clasificación biológica e involucra una interacción compleja de factores genéticos y ambientales. Esto destaca la importancia de tener en cuenta la diversidad y las múltiples dimensiones de la identidad de género, así como la influencia de los diversos factores pueden ejercer sobre sí (Barcelona School of Management, 2023).

A pesar de todo esto, el ser mujer sigue siendo influenciado por el sistema patriarcal, lo que perpetúa su asociación intrínseca con el ámbito privado, siendo más marcada en algunas

partes del mundo y contextos. Por ejemplo, en áreas rurales y contextos campesino las mujeres a menudo se ven en la obligación de asumir responsabilidades relacionadas con el cuidado, el trabajo doméstico y la maternidad, y esta concepción sigue configurando la psique de muchas de ellas. En la actualidad es evidente que muchas mujeres se ven sobrecargadas al desempeñar roles tanto en lo privado como en lo público, lo que supera sus capacidades. Esto limita su participación en el ámbito público y dificulta la resignificación de su posición en la sociedad desde una perspectiva del ámbito público (Rivera, 2011).

Feminismo decolonial. Tomando de base el feminismo decolonial, se entiende que no es posible hablar de mujer como algo establecido que posee determinadas características inamovibles, como si de un objeto se tratase. Por el contrario, las mujeres poseen identidades y experiencias que están moldeadas por diversos factores como la cultura, raza, etnia, orientación sexual, clase social y/o religión (Tiubaza, s. f). Por esta razón es fundamental reconocerles como un grupo poblacional no homogéneo, adoptando una perspectiva interseccional que permita visibilizar sus distintas realidades. En este sentido, el feminismo decolonial promueve la comprensión de las mujeres como sujetos complejos, cuya individualidad y pluralidad deben ser reconocidas y valoradas.

Campesinado y ruralidad

El campesinado y la ruralidad son tipos de población que a menudo son categorizadas de la misma manera, debido al desconocimiento de las características de cada uno. En este contexto, definirlos juntos permite trazar de manera más concreta esa delgada línea que los separa.

Ruralidad. En el contexto colombiano el Departamento Nacional de Planeación [DNP] determina que existen dos categorías de ruralidad, las cuales son la rural y la rural dispersa. La primera está conformada por aquellas personas que habitan en “municipios que tienen cabeceras de menor tamaño (menos de 25.000 habitantes) y presentan densidades poblacionales

intermedias (entre 10 hab/km² y 100 hab/km²)” (p. 12). Para el año 2014 había un total de 373 municipios con estas características y con un número equivalente al 5.402.735 de habitantes.

La rural dispersa está conformada por los sujetos que pertenecen a “aquellos municipios y áreas no municipalizadas (ANM) que tienen cabeceras pequeñas y densidad poblacional baja (menos de 50 hab/km²)” (p. 13). Hasta el 2014, 318 territorios se encontraban dentro de la categoría de “rural disperso”. Asociados a una población rural de 3.658.702 y a un área geográfica del 64,9 % del total nacional.

Campesinado. Ahora bien, se entiende que la población campesina no corresponde únicamente a un grupo poblacional perteneciente a un espacio geográfico, es ahí donde se encuentra la diferencia entre ambos grupos poblacionales, sino que está relacionada a la identidad del sujeto, a la manera en cómo se nombra y a sus dinámicas de vida (Departamento Administrativo Nacional de estadística [DANE], 2020). Es decir, que la población rural se puede identificar como campesina, pero la población campesina no tiene que ser estrictamente rural.

El Instituto Colombiano de Antropología e Historia (2020) define el campesino de la siguiente manera:

Sujeto intercultural, que se identifica como tal, involucrado vitalmente en el trabajo directo con la tierra y la naturaleza, inmerso en formas de organización social basadas en el trabajo familiar y comunitario no remunerado o en la venta de su fuerza de trabajo (p. 19).

Esta definición proporciona una mirada compleja sobre la identidad campesina. Esta perspectiva nos lleva a comprender que campesinado no solo es una categoría de connotación personal para los individuos, sino también una categoría de profundo significado político, que parte de “su relación con el Estado, su entorno, sus actividades, la naturaleza y sus decisiones

políticas, culturales e institucionales” (Instituto Colombiano de Antropología e Historia (2020, p. 21).

CAPÍTULO III



Figura 3



Figura 3. "Ale" - Realizado por Lucie in the sky with diamonds

Figura 3. "Ale" – Realizado por Lucie in the sky with diamonds

Diseño metodológico

El diseño metodológico es el apartado donde se declara la ruta que se recorre para dar respuesta a la pregunta y lograr los propósitos planteados (Galeano, 2004). En esa vía, siguiendo a la autora, se enuncia el paradigma que sostiene el enfoque; los métodos y las técnicas para recoger o producir y analizar los datos y la población con la cual se interactúa en la construcción del conocimiento, además de las consideraciones éticas que orientan la acción.

Paradigma

Ortiz (2023), retoma la noción de paradigma de Kuhn (1978) para hablar de su función en la investigación: “proporcionar “formas de respuestas” a los resultados obtenidos” (p. 48) y agrega “según las concepciones epistemológicas” (p. 49), es decir, que el paradigma aporta la base desde la cual, como investigadores, se sustenta la manera cómo se pregunta, se recorre el camino y se busca responder para generar conocimiento.

Así mismo, continúa este mismo autor, planteando que en las ciencias sociales tradicionalmente, hay tres paradigmas: explicativo-descriptivo, comprensivo – interpretativo y del cambio o transformacional, los cuales se relacionan con dos modos o enfoques de investigación: cuantitativo (el primero) y cualitativo (el segundo). Para el caso de la inquietud que recorre este ejercicio, se encontró que la forma de la pregunta y los objetivos podrían ubicarse desde el paradigma comprensivo – interpretativo, ya que este reconoce que se quiere comprender las formas otras de experimentar la salud mental de mujeres rurales y campesinas. Sin embargo, el avance en el proceso formativo, el estudio de la perspectiva decolonial y el acercamiento al hacer decolonial generaron tensiones frente a esas miradas tradicionales y coloniales que se problematizan en el planteamiento. De allí la necesidad, fundamentada desde las lecturas en Ortiz (2023) de establecer diálogo entre lo comprensivo – interpretativo y los posicionamientos otros de

las opciones decoloniales que, desde paradigmas emergentes hacen el llamado a la desobediencia epistémica.

En mi caso, como estudiante de psicología y en formación en investigación, no se trató de una obediencia a la desobediencia, fue identificar que el enfoque (como esa mirada) Ortiz (2023) posicionó la pregunta constante por cómo configurar una estrategia metodológica en la que se pudiera reconocer, conversar, configurar esas formas otras de experimentar la salud mental de algunas mujeres rurales y campesinas de Antioquia.

Por lo dicho y como memoria metodológica del proceso (Galeano, 2004), a continuación, describo la ruta, como tradicionalmente se conoce al diseño. Similar a la geografía antioqueña no es recta. Hay tramos pavimentados por la perspectiva tradicional del enfoque cualitativo y es donde se manifiesta el paradigma comprensivo-interpretativo, por ejemplo, para la conversa con las tejedoras hice uso de la entrevista. Cuando la ruta se agotó, es decir, no seguir un guion unidireccional desde la perspectiva tradicional de la entrevista y favorecer los sentipensares y la emergencia de formas otras entre las tejedoras (donde me incluí) es que tiene lugar las huellas del hacer decolonial y se configura como principio para que el contemplar, el conversar y reflexionar tuviese lugar. En los apartados que siguen, expongo con mayor detenimiento estos elementos.

“Enfoque”: altersofía y hacer decolonial

La altersofía y hacer decolonial es una propuesta de Ortiz (2023), la cual emerge a partir de la problematización a las formas modernas de investigar en el campo de las ciencias sociales y humanas. Su fundamento principal es la perspectiva decolonial, la cual se centra en la decolonización de la forma en que se interpreta el mundo y se deconstruye el pensamiento basado en las estructuras modernas/coloniales eurocéntricas y occidentalizadas.

En esa línea, la altersofía y hacer decolonial reconoce, da lugar y permite no enajenarse de las formas otras de conocer, aprender, sentir, pensar, ser y vivir de quienes históricamente han

sido más afectados por la colonización y, en consecuencia, han sido mayormente invisibilizados y silenciados. Razón por la cual, se busca una forma de hacer que permita una relación de sujeto a sujeto (Ortiz, 2023), en otras palabras, más humanizadora. Así pues, este enfoque contrasta con las formas tradicionales de la investigación, en donde se crean relaciones de sujeto a objeto y lo más importante es la extracción de conocimiento.

Otra de sus características, es la concepción acerca del conocimiento como algo situado y contextualizado, lo que significa que está intrínsecamente conectado con las dinámicas socioculturales específicas de cada grupo o comunidad, por ende, se reconocen las diferentes formas del lenguaje, permitiendo que este configure otros sentidos. Esto implica, tanto las concepciones del mundo, como las experiencias y sensibilidades particulares de quienes lo poseen (Ortiz, 2023, citando a Grosfoguel, 2013).

Bajo lo mencionado y reconociendo que este proceso se orientó hacia la comprensión de las formas otras en que mujeres rurales y campesinas de Antioquia experimentan su salud mental, centrándose en sus saberes y prácticas es que se asume que este enfoque como clave orientadora en el proceso de construcción del conocimiento (Ortiz, 2023).

Así mismo, en tanto se orienta hacia las ideas de Larrosa (2006, 2009), fueron elementos significativos que dieron cuenta de la experiencia y que posibilitó el reconocimiento de la incidencia de diversos factores externos en la salud mental de las mujeres rurales y campesinas, tales como: el familiar, social, cultural, económico y político, partiendo de su forma de sentir-pensar frente a la realidad.

Con lo dicho, la opción por la altersofía y hacer decolonial no es deliberada. Esta parte de la necesidad de dar lugar a las sabidurías y conocimientos de las mujeres en relación a un tema colonizado como lo es la salud mental. De acuerdo con esto, resulta importante agregar que este estudio, si bien se apoyó en un sistema de conocimientos establecidos en el ámbito académico y la

salud mental, tensiono cada uno de estos pilares. A su vez, permitió transitar con sentido este trabajo de grado bajo los vínculos contruidos con las mujeres participantes.

“³Población”: Tejedoras

Las participantes de este proceso fueron mujeres rurales y campesinas. Para su invitación al proceso se establecieron criterios de inclusión y exclusión basados en la edad (mayores de 18 años), residentes del departamento de Antioquia y en áreas rurales designadas por el Departamento Nacional de Planeación. Además, independientemente de su autoidentificación étnica, se incluyeron a aquellas que se identificaran como campesinas y vivieran en áreas rurales.

En términos tradicionales de investigación, se reconoció que era necesario un muestreo por conveniencia (Hernández, 2021), con la participación voluntaria de amigas, familiares y mujeres conocidas en distintos procesos que se encontraban en el rango de edad se ubicó entre los 21 y 61 años. Cada una de ellas eran mujeres con las que en algún momento se compartieron vivencias y experiencias desde la complicidad, las cuales influyeron significativamente en las preguntas que dieron origen a este estudio.

“Método” Acciones/huellas decoloniales

El marco de este estudio las acciones/huellas, las cuales fundamentan la altersofía y el hacer decolonial, fueron los medios/puentes para configurar las formas otras del sentir, pensar, conocer, aprender, saber, ser, hacer y vivir (Ortiz, 2023). A su vez, proporcionaron un conjunto de

³ En todo este apartado las comillas tienen una intención. El hacer decolonial no es “otra forma de investigar” La investigación, desde la perspectiva de Ortiz (2023) es colonizadora en su mirada de un conocimiento en el lugar del experto y eurocentralizada. El hacer decolonial, en tanto, es una forma “otra” de conocer qué parte, precisamente, de decolonizar el lenguaje y, por ello, no busca intercambiar las categorías tradicionales de la investigación (población, método, técnica, plan de análisis) por otros (huellas, hacer decolonial, contemplar, etc.) No obstante, en términos del proceso formativo y la apuesta de este ejercicio de trabajo de grado, se hace la claridad. Para profundizar este tema invito a revisar la propuesta del autor citado.

principios orientadores para lograr la comprensión de las formas otras de experimentar la salud mental de algunas mujeres rurales y campesinas de Antioquia.

Por otro lado, reconociendo la intención de la altersofía y hacer decolonial de problematizar y distanciarse de los métodos, técnicas e instrumentos tradicionales (Ortiz, 2023) pero regresando a lo planteado que la desobediencia no es un principio de obediencia (tampoco) fue necesario revisar el cómo ir registrando las huellas que se transitan desde el hacer decolonial, eso observado/escuchado/sentido/configurado en cada uno de los encuentros con las mujeres. Necesidad que parte de la colonización que sigue estando presente en las formas tradicionales de conocer, así como en los tiempos y parámetros para la presentación de los resultados de investigación. En ese sentido y en la relación inicial con lo comprensivo interpretativo más el hacer el hacer decolonial se construyó una estrategia híbrida (ver figura 1) que permitió lograr el proceso de construcción de conocimiento en los tiempos de la academia sin dejar de transitar el propósito de la altersofía y hacer decolonial de configurar nuevos horizontes de sentido.

Figura 4

Estrategia metodológica

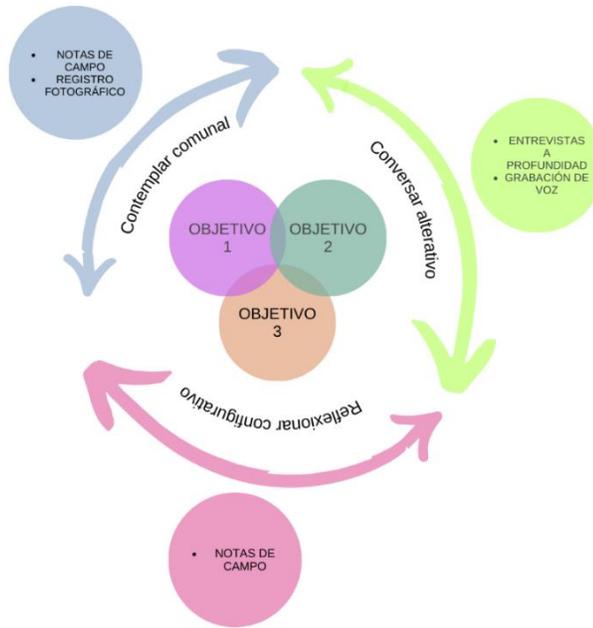


Figura 4. Elaboración propia

En las líneas que siguen, se despliega con mayor detalle la estrategia metodológica.

“Técnicas” Huella 1: Contemplantar comunal

El contemplantar comunal orientó hacia la apreciación de lo observado, escuchado, sentido y experimentado en el proceso del hacer decolonial. Además, permitió una comprensión más profunda de los sentipensares expresados por las participantes. En algunos casos, esta acción/huella posibilitó la inmersión en los contextos y la vida cotidiana de las mujeres, lo que enriqueció aún más la comprensión en función de cada uno de los objetivos.

Ahora bien, esta acción/huella se llevó a cabo mediante la elaboración de notas de campo en cada encuentro con las mujeres. Inicialmente se realizaron en una libreta, ya que se consideraba que la computadora podía representar una barrera entre participante-investigadora. Posteriormente, se transcribieron a formatos fichas digitales. Esto dio como resultado un total de seis fichas (ver anexo 2). Por medio de esta estrategia se logró plasmar y documentar elementos importantes de lo observado/escuchado/configurado. Lo que complementó notablemente la información recogida para el posterior tejido y análisis de la información.

“Técnicas” Huella 2: Conversar alterativo

Al ser el lenguaje de gran importancia en la altersofía y hacer decolonial, el conversar alterativo es un medio para resignificar la comunicación, la conversación y el encuentro. Esta acción/huella se caracteriza por ser un dialogo intercultural, respetuoso, solidario y no jerarquizante, que permite las preguntas, la expresión de emociones, las opiniones, las valoraciones, la espontaneidad e incluso los silencios. En ese sentido, el conversar alterativo implica un ejercicio de la conciencia plena de la perspectiva decolonial, puesto que sin esta no sería posible el reconocimiento del conocimiento alterativo (Ortiz Ocaña, 2023).

Cabe destacar, así como la altersofía y hacer decolonial le permite a quienes conversan expresar los saberes, sentires y pensares; a su vez habilitan a la investigadora a exteriorizar los propios. Todo esto dio lugar, no solo a un espacio en el que todas pudimos compartir experiencias/vivencias con confianza, sino también a rememorar e integrar a la conversación experiencias/vivencias compartidas en otros espacios.

Por otro lado, con el fin de lograr un conversar alterativo que condujera al logro de los objetivos, y en relación con las claves comprensivo-interpretativo, se adoptaron ciertos principios de la entrevista a profundidad, conocida por su dinamismo y espontaneidad. Esta técnica es reconocida por su capacidad para orientar a los participantes a expresarse desde su experiencia, compartir historias y narrarse a sí mismos a través de temas o tópicos de interés (Piovani, 2018).

En ese sentido, para la entrevista se establecieron siete puntadas/tópicos/temas de interés, cada uno acompañado de una serie de preguntas/evocadores, es decir, lo que en términos tradicionales es el instrumento o guía de conversa (ver tabla 1). Cabe agregar, que dichas puntadas/tópicos/temas de interés se establecieron a partir de los elementos claves que proporcionaron tanto los antecedentes como los referentes teóricos y conceptuales, es decir las categorías, que se consideraron podían conducir al logro de los objetivos.

Si bien la guía de conversa proponía una estructura base, tal como lo propone la lógica tradicional; el conversar alterativo desde el hacer decolonial permitió que en la práctica la mayoría de las conversaciones fluyeran de manera orgánica, guiadas por la confianza existente entre investigadora-participantes, la cual las movilizaban a compartir situaciones íntimas, abordar diversos aspectos de sus vidas y a hablar acerca de situaciones que involucraban a otras mujeres rurales y campesinas. Dando pistas valiosas para la comprensión de las formas otras de experimentar la salud mental de las mujeres rurales y campesinas.

Por otro lado, teniendo en cuenta que el conocimiento es algo situado, como sugiere Ortiz (2023), se tuvo en cuenta diferentes características, tales como la edad, identidad, contexto, condiciones socioeconómicas, recorrido de vida, roles desempeñados y formación política para la configuración de la conversación. Es decir, teniendo en cuenta estos aspectos se decidió en qué temas profundizar con cada una de las mujeres.

Por último, esta herramienta orientó el uso del criterio de saturación (Piovani, 2018), el cual ayudó a determinar cuándo se hubo recopilado suficiente información para comprender plenamente los diferentes temas de interés, permitiendo establecer el punto de cierre para la recopilación de información.

Tabla 1

Guía de conversa

Puntada/tópico/tema de interés	Pregunta/evocador
Saberes sobre salud	Conversemos sobre salud, ¿a qué le suena esa palabra?, ¿con qué la relaciona? y ¿considera que la salud

es algo integral, es decir, tiene que ver con diversos aspectos de la vida de las personas?

Nota: considerando que puede emerger el tema de la atención en salud, se aprovecha esto para identificar qué factores externos inciden sobre su salud mental. No obstante, se procura que la conversación no quede marcada por dicha perspectiva.

Saberes sobre salud mental, bienestar, estar bien o buen vivir

En relación a lo que me acaba de mencionar, ¿qué considera que es la salud mental? (esta pregunta se realiza para conocer si se tiene la noción de salud mental. En caso de que no sea así, se pregunta por el bienestar, estar bien o buen vivir) ¿de qué depende su salud mental/bienestar/estar bien/buen vivir?

Nota: a partir de esto se configura la manera en la que se realizan las siguientes preguntas.

Prácticas para resguardar la salud mental

Podría contarme, ¿qué suele hacer en un día normal? Dentro de ese día a día, ¿qué momento saca para hacer algo por usted misma? y ¿qué es lo que hace?

Además, de ello ¿hay otras prácticas que considera podrían favorecer su salud mental/bienestar/estar bien/buen vivir? ¿cuáles? y ¿qué hace falta para que eso sea posible?

Relaciones

Aspectos para configurar en la conversación:

- Relación consigo misma
-

-
- Relaciones familiares
 - Relación de pareja
 - Relaciones sociales

Me gustaría que me compartiera, si se siente en confianza, cómo es la relación con usted misma.

Por otro lado, considerando su entorno de pareja, familiar y social, ¿Qué aspectos permiten el fortalecimiento el bienestar de todas/os? o por el contrario ¿Que consideran les afectan de manera negativa?

Ser mujer

Hasta acá hemos compartido (se recapitula y se comparte lo que se ha sentido, escuchado y observado). Quisiera compartirme ¿cómo te has sentido con respecto a ello? ¿qué sensaciones te genera hablar sobre estos temas?

Para abordar otro elemento fundamental en esta conversación, es necesario agregar que esto de lo que estamos conversando, lo estamos hablando dos mujeres y de este tema han hablado muchos hombres. Es decir, han sido los hombres quienes a lo largo del tiempo han dicho lo que sentimos, pensamos, sabemos y necesitamos en relación a la salud mental.

Por eso, hoy es importante para mí comprender desde la voz de las mujeres como la han experimentado, pero, además, quisiera saber si considera que ¿ser mujer

incide en la forma en la que se experimenta la salud mental? Es decir, ¿Qué diferencia hay en la forma en que los hombres y las mujeres viven su salud mental? como, por ejemplo, ser madre que es una condición propia de las mujeres, ¿puede incidir en la salud mental?

Condiciones externas

Hemos conversado sobre (se realiza un breve recordatorio acorde a lo compartido por las mujeres)

Nota: lo conversado hasta este momento, se toma de base para abordar los siguientes aspectos:

- Factores sociales
- Factores económicos.
- Factores culturales.
- Factores políticos.

Factores sociales y económicos

Ahora, me gustaría saber, ¿cree que las condiciones sociales y económicas en las que usted vive en este momento son suficientes para gozar de una buena salud mental/bienestar/estar bien/buen vivir?

Por otro lado, ¿cree que las condiciones sociales y económicas en las que viven las mujeres rurales y campesinas que le rodean son suficientes para tener salud mental/bienestar/estar bien/buen vivir?

Factores culturales

Me gustaría conocer cuál es su perspectiva acerca de lo que es la cultura. Teniendo en cuenta eso que me dice ¿cuáles cree que han sido los aspectos culturales que

	han incidido de forma positiva y negativa en su salud mental/bienestar/estar bien/buen vivir?
Factores políticos	Según su caminar y formación política, ¿qué factores políticos considera que inciden sobre la salud mental de las mujeres rurales y campesinas de Antioquia? Además, ¿cómo ha incidido la participación política en su bienestar?

Tabla 1. *Elaboración propia*

“Técnicas” Huella 3: Reflexionar configurativo

El reflexionar configurativo implicó configurar lo observado, escuchado, sentido y pensado durante el proceso de contemplar comunal y conversar alterativo. Esta acción/huella que se destaca como una práctica integral, compleja y sistémica que no solo considera los eventos, situaciones y acontecimientos, sino también sus relaciones e interconexiones, lo que también permitió hilar las experiencias de las participantes, considerando tanto las similitudes como las diferencias de sus vivencias/experiencias. Teniendo cuenta esto el reflexionar configurativo, al igual que el contemplar comunal, se concreta en las notas de campo (ver anexo 2).

Plan de análisis

Siguiendo el hilo de la relación entre lo tradicional y lo emergente de este diseño. Para analizar los datos de esta investigación, coherente con la clave comprensiva-interpretativa que sigue una ruta inductiva (Galeano, 2018). El plan de análisis toma las claves de la Teoría Fundamentada, una metodología que se desarrolla simultáneamente con la recopilación de la información, donde el proceso de análisis está estrechamente vinculado a la creación de un

conjunto de ideas teóricas coherentes basadas en la información proporcionada (Schattini y Cortazzo, 2015, citando a Glaser, 1992). A este proceso, como lo descrito, se complementa lo la clave emergente del reflexionar configurativo de Ortiz (2023), con el propósito de establecer una estrategia que oriente el análisis de la información recolectada sin dejar de lado los nuevos horizontes de sentido que proporcionan las formas otras de conocer, aprender, sentir, pensar, ser y vivir.

En ese orden de ideas, la ruta fue:

1. Las conversaciones alterativas se registraron a través de las notas de campo y grabación de voz.
2. Se transcribió correspondiente de cada una de ellas.
3. Se diseñó una matriz para la clasificación del proceso de categorización abierta y axial (Strauss y Corbin, 2022).
4. Se realizó lectura de cada ficha y entrevista.
5. Se segmentó, codificó y, posterior, clasificó acorde con las categorías previas. (saberes sobre salud mental, prácticas para resguardar la salud mental y factores externos que inciden sobre la salud mental) e identificando tendencias.
6. Tras el proceso de análisis, se escribió los resultados, realizó la discusión y conclusiones buscando dar respuesta a la pregunta y el logro de los objetivos planteados.

Consideraciones éticas

En el presente apartado, se abordan las consideraciones éticas en la investigación, destacando que tiene que ver tanto con la incidencia en el cuidado de los datos, las participantes y los resultados, como con la postura política de la investigadora y la percepción de la disciplina de la psicología en su conjunto.

Uno de los principios de esta investigación fue el respeto hacia las mujeres participantes.

En ese sentido

El respeto como primera consideración significa que el investigador comprende la autonomía, dinámica y sentires de las mujeres participantes de este estudio, trayendo así mismo el beneficio por el desarrollo de la misma, y evitando cualquier acto que ponga en riesgo la integridad de cada una de las personas (Sánchez, 2022, p. 53).

Con base en los referentes teóricos, la noción de experiencia de Larrosa (2006; 2009), que orientó este ejercicio, reconoce la necesidad de adquirir una “ética del relato” (p. 60), que otorga el reconocimiento y respeto necesario a las voces de las mujeres. Esta ética implica evitar cualquier forma de violencia o falsificación a los relatos, lo que a su vez instó a cuestionar de manera constante los aspectos verticales, asimétricos y colonizadores presentes en la mirada de la investigadora.

Por otro lado, su fundamento en la altersofía y hacer decolonial (Ortiz, 2023) alimentado por la propuesta de Larrosa (2006, 2009) de reconocer que poseer y vivir el saber derivado de la experiencia requiere el cultivo del encuentro, tanto consigo mismo como con los demás, orientó a la creación de espacios apartados de las lógicas de extracción del conocimiento, en donde las mujeres se sintieran en la confianza de compartir sus sentires, pensamientos y vivencias.

De acuerdo con lo establecido en el Código Deontológico y Bioético del Psicólogo (2006), los psicólogos se encuentran comprometidos a seguir una serie de principios éticos y responsabilidades en el ámbito de la investigación psicológica. Estas responsabilidades abarcan diversos aspectos críticos de la investigación, incluyendo la metodología empleada, el manejo adecuado de la información obtenida y, principalmente, el respeto absoluto a la dignidad, la autonomía y el bienestar en general de los individuos que participan en los estudios. De esta manera se promueve tanto el avance del conocimiento como la protección y cuidado de los derechos fundamentales de quienes integran la investigación.

Antes de iniciar la investigación, se implementó un proceso para garantizar que las mujeres participantes estuvieran plenamente informadas de sus derechos como parte del estudio. Para ello, se les proporcionó un documento de consentimiento informado que detallaba claramente estos derechos, así como el propósito y la metodología de la investigación. Este documento se les leyó en su totalidad, asegurando la claridad de su contenido. A través de este proceso, los participantes tuvieron la oportunidad de aceptar o rechazar voluntariamente formar parte del estudio.

En esa línea, considerando que las acciones/huellas decoloniales podían dar lugar a que se desencadenaran respuestas emocionales desafiantes para las cuales las personas pueden carecer de las herramientas adecuadas, fue fundamental asegurar que la investigadora poseía conocimientos en primeros auxilios psicológicos y pudiera garantizar una atención adecuada en estos casos.

Después, se considerarán dos aspectos importantes: en primer lugar, se implementó un seguimiento mediante llamadas o mensajes posteriores para asegurar que los participantes recibieran la atención y el cuidado necesario ante posibles riesgos asociados con su participación.

En segundo lugar, se llevó a cabo un proceso de validación de los relatos proporcionados por las mujeres para garantizar el respeto hacia ellas.

Finalmente, en coherencia con los principios de la altersofía y el hacer decolonial, que reconocen la participación activa de las mujeres como colaboradoras esenciales en esta investigación al aportar sus conocimientos y experiencias, se llevará a cabo la devolución de los resultados a cada una de ellas, una vez que se haya completado la entrega a la comunidad académica. Esta práctica se realiza en reconocimiento al papel central de los participantes y como un acto de respeto hacia su contribución, permitiéndoles acceder a los hallazgos y conclusiones derivadas de su involucramiento en el estudio.

CAPÍTULO IV



Figura 5



Figura 5. Archivo personal

Figura 5. Archivo personal

Resultados y discusión

La presente investigación se planteó comprender las formas otras en que las mujeres rurales y campesinas de Antioquia experimentan su salud mental, en relación con sus saberes, prácticas e incidencia de diferentes factores externos. Para alcanzar este objetivo, se desarrolló una propuesta metodológica fundamentada en las acciones/huellas decoloniales propuestas por Ortiz (2023), la cual fue transversal a cada uno de los objetivos específicos y en donde se implementaron seis conversaciones alterativas, una de ellas con dos mujeres, para un total de siete mujeres entrevistadas. Dentro de las principales características de las tejedoras se encuentran:

Tabla 2

Características principales de las tejedoras

Edad	Labor/Ocupación	Lugar	Rural	Campesina
57	Empleada del servicio domestico	Corregimiento de San Cristóbal, Medellín	X	
21	Empleada de transporte escolar Tecnóloga en cosmetología	Corregimiento de San Cristóbal, Medellín	X	
52	Cuidado del hogar y la familia Agricultora	Corregimiento de San Cristóbal, Medellín	X	X
41	Cuidado del hogar y la familia Empleada del servicio doméstico	Corregimiento de San Cristóbal, Medellín	X	

29	Cuidado del hogar y la familia Agricultora	Barbosa, Antioquia	X	X
61	Lideresa del territorio de Santa Bárbara	Santa Bárbara, Antioquia	X	
61	Lideresa del territorio de Santa Bárbara Docente jubilada	Santa Bárbara, Antioquia	X	

Tabla 3. Elaboración propia

Mencionar estas características o particularidades específicas resulta fundamental, dado que esta investigación concibe el conocimiento como algo situado y contextualizado. De esta manera permite comprender los resultados y hallazgos desde un lugar.

A continuación, se presentan y se discuten dichos hallazgos y resultados más significativos correspondientes a cada una de las categorías, en consonancia con los objetivos específicos establecidos. Es importante destacar que cada uno de estas categorías conversan entre sí, lo que refleja un tejido entre las mismas.

Saberes sobre salud mental

Esta investigación comprende la salud mental como un concepto complejo y dinámico, que abarca e interconecta diversos aspectos psicológicos, personales, sociales, culturales, económicos y políticos. Por tanto, se reconocen las claves que proporcionan las concepciones que se han construido a lo largo de la historia y las actuales, así como las concepciones alternativas que surgen de las formas otras de conocer, practicar, sentir y vivir provenientes de diversas

culturas, contextos y condiciones, tales como el género. Razón por la cual, a continuación, se describen y se discuten los hallazgos relacionados con los saberes de las tejedoras sobre este tema, reconociendo la importancia de nutrir el ámbito académico con nociones, representaciones y significantes que parten desde la experiencia vital de los individuos.

Para comenzar, es importante mencionar que las conversaciones realizadas para el logro de esta categoría, se orientaron inicialmente hacia las nociones sobre la salud en general y que naturalmente se orientaron hacia la salud mental. En razón de ello, las mujeres indican que la salud se vincula estrechamente con un estado de bienestar que abarca tanto lo físico como lo mental y se ve influenciado por diversos aspectos de la vida. Es importante destacar que este bienestar no se limita únicamente al individuo, sino que también se extiende al bienestar del núcleo familia, dejando en evidencia la importancia de este aspecto para las mujeres.

En esa línea, otra de las participantes, describe la salud mental como el hecho de que "Si la mente está sana, el cuerpo está sano, las acciones son sanas y las relaciones son sanas. O sea, estaríamos viviendo equilibradamente. No tener salud mental es ausencia de paz interior, de tranquilidad, es un desequilibrio" (E6P7, comunicación personal, 21 de marzo del 2024), subrayando la necesidad de mantener equilibrio entre diversos aspectos y coincidiendo con la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2004) que en síntesis indica que para lograr una buena salud debe haber un equilibrio entre los aspectos físicos, mentales y sociales.

Dentro de los hallazgos más significativos se devela la salud como un componente fundamental para las mujeres. Expresiones como "La salud lo es todo, si uno tiene salud tiene todo" (E3, comunicación personal, 18 de marzo del 2024) ilustran claramente esta afirmación. Esto acompañado de definiciones que estuvieron moldeadas en gran medida por sus propias

experiencias, reflejando tanto su estado de salud, en ocasiones desfavorable, como las oportunidades que acarreaban tener una buena salud.

En esa línea, se identifica que la salud física y la salud mental mantienen una relación simbiótica para las mujeres (ver figura 2), ya que manifiestan que las afectaciones a su salud física y mental, como cefalea, lesión de cadera, estados como el estrés, alteraciones en el sueño, depresión y ansiedad, no solo les generan dificultades para desenvolverse en su día a día, sino que también les impiden disfrutar de actividades que les genera bienestar. Así mismo, se reconoce que las condiciones adversas de salud física pueden incidir en la salud mental, y viceversa, lo que destaca aún más dicha relación entre ambos aspectos. Dinámica que se puede manifestar en la somatización.

Figura 6

Relación simbiótica entre salud mental y salud física

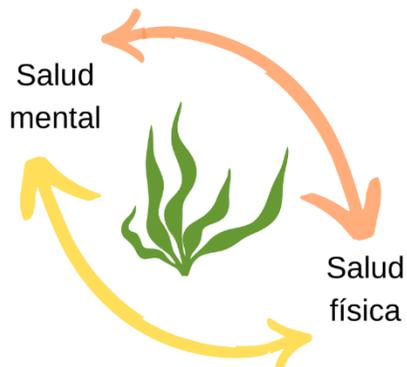


Figura 6. Elaboración propia.

Por lo tanto, si para las mujeres la salud representa un bienestar integral que requiere que lo físico y lo mental estén bien, resulta importante reafirmar que gozar de una buena salud mental va más allá de simplemente sentirse bien individualmente; también implica asegurar el acceso a servicios de salud adecuados que se enfoquen no solo en el tratamiento de la enfermedad, sino

también en la prevención y la atención a cada una de las etapas vitales, teniendo en cuenta las necesidades particulares.

Sin embargo, muchas mujeres rurales y campesinas perciben que los servicios que proporcionan las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) no cubren estas necesidades particulares, lo que genera una percepción de ineficiencia hacia estos servicios (Corporación Vamos Mujer, 2022) y revela la urgente necesidad de mejorar las condiciones de salud de la población rural y campesinas. Las cuales, como se mencionó con anterioridad, se esperan puedan mejorar a partir del Acto Legislativo 1 del 2023, por medio del cual se reconoce al campesinado como beneficiario de protección constitucional especial (Congreso de Colombia, 2023, acto legislativo 001). De lo contrario, se seguirá viendo reflejada la urgente necesidad de generar transformaciones de orden político, económico y social para superar esta problemática.

Esto devela a la necesidad de hablar de la salud mental no solo como un concepto que nos habla de un estado individual, sino como derecho fundamental que engloba una amplia gama de derechos interrelacionados. Esto implica abordar tanto las necesidades particulares de todos los individuos, como transforma los sistemas y estructuras que perpetúan la desigualdad e injusticia. Desde una perspectiva decolonial (Ortiz, 2023), esta consideración cobra aún más relevancia, ya que impacta en la forma en que se entiende y se relaciona con la realidad circundante.

Por otro lado, un resultado menos frecuente fue la relación hecha por una de las participantes entre salud mental y la enfermedad mental que experimentó. En su percepción, recurre a explicaciones mágico-religiosas, las cuales están influenciadas por sus creencias, tal como se observa en el siguiente segmento:

La salud mental tiene que ver con las depresiones que le dan a uno o que uno comete muchos errores por eso, porque se intenta suicidar, todo eso, porque esta como enfermo de la mente a veces. Uno no puede culpar a nadie, porque uno no

sabe qué tiene esa persona (...) Yo me he intentado suicidar. Estábamos recién bajados de la otra finca y hubo un problema familiar que hizo que a mí se me cerrara el mundo. Mucha gente dice que el diablo lo tienta y demás que sí, porque yo creía que era lo mejor que podía hacer. Ya cuando uno reacciona y da una cuenta que no es la salida (...) Si uno atenta contra la vida no es que este lucido, uno tiene que tener algo que lo esté cuñando a hacerlo. Con Dios en la cabeza uno no hace eso y cuando uno está deprimido esa es la primera razón. El enemigo está ahí mirado qué paso en falso da uno (E3, comunicación personal, 18 de marzo del 2024)

Esto, en relación con los referentes de esta investigación, pone en cuestión la influencia que sigue teniendo la religión en la percepción de la enfermedad mental y el papel de la sociedad en seguir reproduciendo dichas perspectivas. Lo que podría representar un retroceso en los avances hacia una comprensión de la enfermedad mental como causal de diversos factores que puede ser biológicos, psicológicos, sociales y/o económicos. Esta observación, lejos de estar atravesada por una percepción colonizadora, sugiere la importancia de reconocer la enfermedad mental como parte de la condición humana. Lo cual se puede ver afectado por las creencias promulgadas por la religión de que los comportamientos anormales o salidos del orden social, corresponden a actos pecaminosos, posesiones o maleficios. Lo que subraya la necesidad de que la religión tenga un papel más responsable en la forma en que se entiende la enfermedad mental.

Hasta este punto, se puede observar algunos saberes sobre salud mental presentes en las mujeres rurales y campesinas atravesados por sus propias formas de experimentar su salud en general. Estas nociones, representaciones y significantes no solo nos permiten comprender la forma en que la experimentan, sino que también son fundamentales para construir un entendimiento más profundo sobre cómo se pueden crear las condiciones políticas, económicas,

culturales y sociales necesarias para que estas mujeres alcancen una salud mental adecuada. Sin embargo, esta es solo una parte del panorama, ya que estos saberes también están estrechamente ligados a las prácticas que las mujeres emplean para resguardar su salud mental y bienestar. A continuación, exploraremos en detalle estas prácticas.

Prácticas para resguardar la salud mental

Al hablar en este apartado de prácticas que resguardan la salud mental, se hace referencia a esas diversas actividades, acciones, rutinas y comportamientos que les permite a las mujeres rurales y campesinas proteger, amparar, preservar o abrigar su salud mental/bienestar/estar bien. Estas prácticas pueden manifestarse a través de huellas significativas o aspectos que se han vuelto determinantes en sus vidas, mientras que otras son prácticas recurrentes o esporádicas. Además, algunas acciones están relacionadas con su entorno externo, especialmente en términos de sus interacciones con los demás.

En primer lugar, surge la noción de soledad, tal como ellas lo nombran. Esta se interpreta como una forma de autonomía que se manifiesta en su elección de no contraer matrimonio ni tener hijos. En algunos casos, optando en su lugar por trabajar para alcanzar una autonomía económica y tener un espacio propio. Este aspecto se percibe como una fuente de satisfacción y bienestar, como se evidencia en el siguiente testimonio:

La soledad es buena y es también maluca. A mí no me peso no haber tenido familia. Vuelvo y digo: la soledad es muy dura, pero también es buena, porque usted no le tiene que dar cuentas a nadie, usted disfruta sus cosas sola, se acuesta a dormir sola. Yo disfruto de mi espacio, mi casa. Usted llega, pone el bolso a este lado, se estira en la cama, tira los zapatos y estoy tranquila y feliz. Si yo tuviera pareja e hijos, no podría hacer eso. (...) Yo doy gracias a Dios de que yo salí a

trabajar y me independicé. Porque uno trabajando consigue plata, vive cosas y aprende muchas cosas (E1, comunicación personal, 17 de marzo del 2024)

Durante la conversación, surgió una reflexión sobre la idea predominante de que la plenitud y completud femenina depende de otros, y que la soledad es percibida como un costo inevitable si se opta por otro camino. En este sentido, se anima a rechazar esta narrativa y a identificarse más como mujeres autónomas que como mujeres solitarias.

De acuerdo a esto, la autonomía se asocia con formas otras de experimentar la salud mental, que tienen que ver con la posibilidad de disfrutarse, reconocerse, estar con ellas mismas y ser conscientes de sus capacidades. Así mismo, se evidencia que la autonomía económica no solo les permite adquirir bienes, como un espacio propio, sino que también les confiere la capacidad de tomar decisiones sobre sus vidas, una facultad que muchas mujeres rurales y campesinas no poseen, principalmente aquellas que se encuentran casadas.

Cabe agregar que muchas mujeres en zonas rurales y campesinas se casan en contra de su voluntad o por la presión del entorno social y familiar, lo que conlleva a una vida marcada por la frustración, según mencionó una de las participantes. Por otro lado, son las arraigadas creencias del matrimonio como un compromiso de por vida y la falta de acceso a recursos económicos propios que las obligan a permanecer en dichos matrimonios, con frecuencia atravesados por violencias basadas en género.

En contra parte, se identifica, según otros relatos, que la vida en pareja puede ser una fuente de bienestar cuando se fundamenta en el amor, el respeto, la confianza y la comunicación. Este último aspecto, particularmente relacionado con la gestión del hogar y la distribución de labores. En esa vía, también surgieron reflexiones entre las mujeres jóvenes acerca de las relaciones románticas, la prioridad que se le dan a estas y la importancia de cultivar una mayor

autodeterminación y autonomía, distanciándose de la idea de dependencia al masculino, prevalente en los entornos rurales y campesinos.

Esto nos lleva a tensionar la experiencia de ser mujer en los entornos rurales y campesinos, donde se evidencia que persiste la invisibilidad, el dominio masculino y el control sobre los cuerpos femeninos, con consecuencias significativas sobre su salud mental. Esta situación no solo perpetúa la desigualdad económica, social y política, sino que también invalida sus emociones, vivencias y perspectivas en diversos ámbitos de la vida. Sin embargo, no todo es desalentador, ya que se reconocen tanto los esfuerzos colectivos en varios territorios rurales y campesinos de Colombia, que a partir de la juntanza femenina buscan transformar esa realidad, tal como se evidencia en algunas de los antecedentes (Benítez et al., 2022; Gamba, 2021; Garcia, 2022; Gómez, 2019; Sánchez, 2022; Sánchez, 2022; y Parada, 2019), así como los esfuerzos y resistencias individuales de las participantes de esta investigación.

Retomando la importancia del trabajo como un elemento fundamental para el bienestar de las mujeres, se vislumbra que para las mujeres simplemente tener empleo no es suficiente para garantizar su tranquilidad y estabilidad. Es necesario que este trabajo le proporcione condiciones laborales adecuadas, un salario digno y un ambiente que valore y reconozca su contribución. Esto concuerda con los hallazgos de la investigación realizada por Álzate (2021), donde se indaga por la salud mental y el estar bien a un grupo de población rural, develando la importancia del trabajo en ella como una forma de asegurar la subsistencia.

Un elemento adicional destaca el hombre adulto, donde para estar bien es “primordial la salud, segundo trabajito, que tenga el diario para subsistir” (Adulto, E.4), aludiendo la importancia de un trabajo o una ocupación, “estar bien, es que usted se sienta bien con lo que le están pagando porque si usted trabaja y le están pagando menos, no se siente bien”. Y lo que se deriva del trabajo, la

compensación económica, también es considerada importante para un bienestar, “Es estar bien, en todo momento, económicamente, aliviados, sin deudas, psicológicamente” (Adulta mayor, E.3) (p. 42).

En el contexto de las mujeres campesinas, se reconoce que pocas veces el trabajo agrícola, se traduce en estabilidad económica debido a la baja remuneración asociada con estas labores. A pesar de esta realidad, este trabajo proporciona a las mujeres un profundo sentido de bienestar, que a menudo conlleva una carga simbólica relacionada con los vínculos y las memorias familiares, el arraigo a la tierra, el amor a los animales, el cuidado por la vida y la armonía con la naturaleza, nutriendo aspectos esenciales de su identidad y conexión con su entorno. Así lo menciona una de las participantes:

Trabajar la tierra me da mucha alegría, porque me trae muchos recuerdos de cuando era niña. Pero le duele mucho a uno ver que mucha gente ya no valora. Porque las personas del campo trabajan muy duro, y vaya a ver, un manojo de cebolla, ya ahora lo están pesando de 20 kilos y los pagan a \$5.000. No es justo. El trabajo más mal pagado es el del campesino y es el que trabaja más duro. A uno del campo no es que lo valoren mucho. Pero yo si me siento orgullosa, yo no cambiaría el campo por la ciudad (E3, comunicación personal, 18 de marzo del 2024).

Añade:

La tierra lo es todo. Mi mamá nos enseñó mucho a valorar la tierra, entonces uno le da gracias a Dios por haber nacido en el campo. Aunque lo discriminen a uno mucho, pero yo me siento muy feliz de ser campesina, ser mujer guerrera. Aunque me duele mucho que ahora los jóvenes nadie quiere cultivar la tierra, nadie valora lo que los antiguos hicieron con la tierra (...) La tierra es bendita. Usted siembra

cualquier matica y eso le produce comida (E3, comunicación personal, 18 de marzo del 2024).

En esa línea, se destaca el papel fundamental del trabajo agrícola en garantizar la disponibilidad de alimentos y medicina, al tiempo que se reconoce como una forma de resistencia frente a las condiciones socioeconómicas precarias. Además, para las mujeres, la actividad de cultivar y cosechar la tierra también se experimenta como terapéutica y se percibe como un privilegio que produce un profundo sentido de gratitud. Como lo expreso una de las participantes:

Para mí es muy terapéutico cultivar plantas medicinales, que lo hice por mucho tiempo. Eso me motivaba mucho a madrugar. A veces me despertaba a las cinco de la mañana, porque sabía que a esa hora las plantas estaban comenzando a abrir. Yo me despertaba a cosechar, era mi momento sola (E5, comunicación personal, 27 de marzo del 2024).

Añade:

A mí, por ejemplo, ya no me queda mucho tiempo de trabajar la tierra, porque estoy más en el tema de cuidado de mi hijo, de la casa y cocinar. Lo que siempre intento hacer es ir yo misma a cosechar las verduras, porque para mí es un regalo y un privilegio cocinar diariamente con comida orgánica. Para mí ese es el momento más bonito del día (E5, comunicación personal, 27 de marzo del 2024)

El caso de esta tejedora se resalta como una forma otra de experimentar la salud mental, la cual se alinea con los principios del Buen Vivir (Huanacumi Mamani, 2010), mencionado con anterioridad. Esta mujer comparte un proyecto agroecológico con su pareja y durante más de una década, han cultivado una relación con la tierra fundamentada en el respeto, el amor y la gratitud. La tierra se ha convertido, por elección, en parte integral de su identidad y la de su familia, nutriendo su bienestar en diversos aspectos de su día a día.

Asimismo, dentro de esa relación que las mujeres han establecido con la tierra, también se encuentra el bienestar que les proporciona habitarla. Resaltando el silencio, la apacibilidad y la oportunidad para la contemplación y la pausa como características principales de dicho espacio.

Otro hallazgo importante reconoce la familia y la amistad, siendo más recurrente esta última, como un factor crucial para el resguardo de la salud mental de las mujeres, al ser la fuente de escucha y apoyo en circunstancias adversas. De igual manera, se destaca el valor del espacio de la conversación en el marco de esta investigación como una oportunidad para “desahogarse”, según lo indicaron ciertas participantes. Esto subraya la importancia que las mujeres atribuyen a estas relaciones interpersonales y a la posibilidad de compartir sus experiencias y emociones. Aspecto que resulta insuficiente cuando se presenta situaciones de desborde emocional y sienten no contar con las herramientas suficientes para afrontarlas. No obstante, la ayuda profesional resulta inaccesible, debido a los altos costos de la atención particular y la ineficiencia que ofrece las instituciones de salud en cuanto al servicio de psicología.

En esa línea, en el caso de las mujeres lideresas, que además cuentan con un recorrido en participación política, acompañamiento a víctimas de violencias basadas en género y procesos organizativos de mujeres. Se identificó que las implicaciones de hacer parte de dichos procesos pueden afectar la salud mental, como se ilustra en este relato:

Por tanta carga en atención a violencias en tantos procesos, siento que me he desgastado. He visto mucho hacia afuera. Como que a uno también le hace falta esa compañía de una psicóloga, de una amiga para uno poder revitalizar el espíritu, tener los descansos, aprender a tener los tiempos para cada cosa (E6P6. Comunicación personal, 21 de marzo del 2024).

Sin embargo, la participación en estos procesos también representa una forma otra de experimentar la salud mental, dado que provee de herramientas a las mujeres para afrontar su día

a día, resignificar su relacionamiento en diversos ámbitos y con otras mujeres y, además, les permite transformar su autopercepción y su relación consigo mismas. Así lo menciona una de las participantes: “Aprendimos a vernos distintas, a mirarnos, a pensarnos a reconocernos. Esto ha sido un espejo grandísimo. Yo vuelvo y repito, el programa de Alihadas⁴ es una estrategia de mirarnos a nosotras mismas y mirar a las otras” (E6P7, comunicación personal, 21 de marzo del 2024). Lo que se alinea con los hallazgos de uno de los antecedentes (Benítez et al., 2022) quienes indican que la participación de las mujeres en el colectivo Arco Iris del corregimiento de San Sebastián de Palmitas, Medellín, represento un proceso de transformaciones en reconocimiento de sí mismas y un camino hacia su empoderamiento y autonomía.

Retomando el tema de la religión, esta práctica emerge como un elemento protector de la salud mental para las mujeres rurales y campesinas. Una de las tejedoras menciona que desde hace algunos años ha encontrado refugio en el grupo de oración de su comunidad, lo que le ha brindado un sentido renovado de vida. Asimismo, se destaca el papel de la iglesia local en la creación de espacios que fortalecen el tejido comunitario. Tanto hombres como mujeres encuentran en estos encuentros momentos de ocio que contribuyen positivamente a su bienestar, como lo describe una de las participantes: 'Uno regresa de esos retiros renovado' (E1, comunicación personal, 17 de marzo de 2024).

Finalmente, las mujeres manifestaron llevar a cabo otras prácticas que favorecen su salud mental en lo cotidiano, las cuales se visualizan en esta figura:

Figura 7

Prácticas cotidianas que favorecen la salud mental de las mujeres

⁴ Ali-hadas es una propuesta formativa para mujeres, en el que, a través de metodologías feministas y vivenciales, se comparten herramientas psicosociales y jurídicas, que mejoraran las capacidades de las participantes para apoyar y orientar a mujeres víctimas de violencias en sus territorios (Vamos Mujer, s.f)



Figura 7. Elaboración propia

Estas acciones, en su aparente simplicidad, encierran un significado más profundo, son acciones que hacen fisura dentro de la cotidianidad de las mujeres rurales y campesinas, representando formas de resistencia ante las condiciones adversas.

En conclusión, al analizar esta categoría, emergen diversas prácticas por medio de las cuales las mujeres rurales y campesinas participantes de esta investigación resguardan su salud mental. Entre estas prácticas se encuentran la autonomía, tanto para la toma de decisiones como la económica; la relación con la tierra en diversas dimensiones; las dinámicas familiares y de amistad que promueven el apoyo y la escucha; el liderazgo territorial; la participación política y en procesos organizativos de mujeres; las prácticas religiosas que representan una red de apoyo y la posibilidad de ocio; por último, las rutinas que representan prácticas que proporcionan bienestar en lo cotidiano.

Algunas de estas prácticas revelan lo que verdaderamente es importante para las mujeres, ya que reflejan sus necesidades. Otras representan formas de resistencia, aunque idealmente no deberían serlo, ya que las mujeres deberían tener las condiciones necesarias para desarrollarse

plenamente en lugar de simplemente resistir. Esto subraya la necesidad de abordar las condiciones en las que viven las mujeres en el siguiente apartado.

Factores externos que inciden sobre la salud mental

Si bien inevitablemente ya se han abordado diversos factores familiares, sociales, económicos, culturales y políticos que inciden sobre la salud mental de las mujeres rurales y campesinas en los anteriores apartados, resulta importante profundizar en otros aspectos identificados.

Inicialmente, desde el punto de vista de las mujeres, se destaca que la salud mental también depende del entorno en el que se habite y se puede ver afectada por problemáticas sociales, como la educación deficiente, el sistema de salud precario, la falta de institucionalidad efectiva, la contaminación del ambiente, la violencia y la presencia de actores armados, estas últimas principalmente, generan un ambiente de inseguridad y miedo que deterioran la salud mental.

Por otro lado, se enfatiza en la importancia del acceso a los servicios públicos, el alimento, la estabilidad económica, los servicios de atención, la tenencia de la tierra y otros derechos fundamentales para poder gozar de una buena salud mental. Reafirmando, en línea con los referentes, que la salud mental es integral y no es aislada de las condiciones materiales y del entorno en el que se desenvuelven las mujeres rurales y campesinas.

En otra instancia, al realizar la pregunta de si las condiciones socioeconómicas en las que viven las mujeres rurales y campesinas son suficientes para que gocen de una buena salud mental, una de las participantes menciona:

No son suficientes, no han sido suficientes y no sabemos cuánto tiempo transcurrirá para que sea así. (...) Yo conocí una mujer que cuidaba una finca, con las manos que le echaban sangre de lavar ropa. El patrón, un hombre joven, la

tenía que ver cepillándole las patas al caballo. luego una cosa y la otra, mantenía rendida (E6P7, comunicación personal, 21 de marzo del 2024).

Situación que pone en cuestión las desigualdades en los entornos rurales y campesinos, así como la explotación laboral a la que se enfrentan muchas mujeres. Además, destaca la falta de avances significativos en las condiciones socioeconómicas precarias y la persistencia del sistema de patronazgo, donde el poder y el dominio prevalecen sobre el bienestar de las trabajadoras, llegando incluso a provocar situaciones de violencia. Esto lleva a la reflexión sobre el rol del Estado en la protección de los derechos de estas mujeres y sus necesidades urgentes de intervención y apoyo.

En esa línea, una de las participantes señala la necesidad de hablar de justicia social y de género en este contexto, destacando que simplemente garantizar la justicia social no es suficiente, si no se tienen en cuenta las necesidades específicas de las mujeres. Esto debe implicar tomar en cuenta las normas sociales arraigadas que perpetúan la desigualdad de género y el limitado acceso de las mujeres a recursos y oportunidades.

Así mismo, destaca la importancia de la participación políticas de las mujeres de las mujeres rurales y campesinas para abrir camino de incidencia en espacios de toma de decisiones que afectan sus derechos. No obstante, reconoce que esta se ve limitada por múltiples factores, dentro de los que se encuentra la carga social que trae consigo, así como la acumulación de trabajo productivo y reproductivo. Este último, principalmente, ya ha sido discutido como uno de los mayores obstáculos para el acceso a ámbitos sociales, como la participación y ha llevado a múltiples discusiones por la carga desproporcionada del trabajo doméstico y el desequilibrio en las labores del cuidado (García, 2021).

En esa línea, otro hallazgo significativo nos lleva a tensionar de nuevo condición de género en las mujeres rurales y campesinas y a identificar la incidencia de dicha condición sobre su salud

mental. En primer lugar, surge de manera recurrente la cuestión de cómo el cuidado de los demás afecta la capacidad de estas mujeres para cuidar de sí mismas adecuadamente, lo cual tiene consecuencias directas en su salud mental. Realidad que experimentan algunas mujeres que participan en el estudio.

Gozar de buena salud consta de cuidar mucho del cuerpo tanto de manera física como mental. La verdad es que nosotras las mujeres rurales casi no tenemos tiempo de cuidarnos de la manera que deberíamos hacerlo. Por eso es que hay veces nos deterioramos tan rápido, porque no sacamos tiempo para el ejercicio, no comemos bien. Siempre estamos pendientes de que le hace falta aquel y que le falta al otro (E4, comunicación persona, 18 de marzo del 2024).

Según Lagarde (1997), la construcción social y cultural del género ha asignado a las mujeres la labor vital de ser cuidadoras de los otros, donde se les atribuye la responsabilidad de “dar la vida, protegerla, cuidarla, reproducirla y mantener a personas concretas en las mejores condiciones posibles” (p. 20). Sin embargo, no hay cabida para el cuidado y el reconocimiento propio. Esta perspectiva continúa marcando el qué son y el quiénes son en función de los demás. Aspecto que, de acuerdo a las participantes, sigue siendo inherentes a las mujeres rurales y campesinas, principalmente a aquellas que son madres

Del mismo modo, las mujeres reconocen la complejidad de la forma en que experimentan su salud mental, donde la sensibilidad se entrelaza con una notable fortaleza ante las diversas situaciones de la vida. Como lo expresó una de las participantes: "Ser mujer influye mucho en lo psicológico, porque somos muy lunares, muy intuitivas, nos tomamos muchas cosas muy personales (...) nos hace ser los seres tan únicos que somos. Es ese mismo desborde que nos hace soportar un dolor como parir" (E5, comunicación personal, 19 de marzo del 2024). Aspecto que, si bien no fue profundizado, permite observar que hay aspectos intrínsecos a la experiencia de las

mujeres. Reafirmando la importancia de la perspectiva interseccional a la hora de abordar la salud mental.

Para finalizar, esta variedad de factores sociales, culturales, económicos y políticos que inciden la salud mental de las mujeres rurales y campesinas de Antioquia identificados, permiten comprender una parte de la forma en la que experimenta su salud mental y la complejidad de dicha realidad. Es importante destacar que la amplitud de estos factores va más allá de los mencionados, como se ha evidenciado en los antecedentes. Por ello, es esencial reconocer que estas son solo pinceladas de una imagen mucho más amplia y diversa de cómo las mujeres experimentan su salud mental en relación a los factores externos.

Conclusiones

Los saberes sobre la salud mental, las prácticas que resguardan la salud mental y la incidencia de los factores externos sobre la salud mental abordados durante este proceso investigativo configuran la complejidad de las formas otras de experimentar la salud mental de un grupo de mujeres rurales y campesinas de tres territorios de Antioquia: Santa Bárbara, Barbosa y corregimiento de San Cristóbal, Medellín.

Este ejercicio permitió comprender que los saberes sobre la salud mental pueden ser moldeados tanto por las experiencias individuales como por el entorno que las rodea. Se destaca que, para muchas mujeres, la salud, tanto mental como física, se manifiesta como un elemento fundamental que se nutre mutuamente. Por otra parte, las prácticas que resguardan la salud mental se develan como propias de su subjetividad, de la manera en la que se viven a sí mismas y viven su realidad. Un ejemplo de ello, es la forma en que las mujeres campesinas se relacionan con la tierra y el papel central que esta tiene en sus vidas. Finalmente, se entrelazan estos saberes y prácticas con la incidencia de factores sociales, culturales, económicos y políticos, dando cuenta de un panorama más amplio sobre la realidad de las mujeres y sus condiciones particulares, permitiendo reconocer entorno a qué giran sus necesidades.

Cada uno de los elementos que se reconocieron, describieron, identificaron, tensionaron, interiorizaron, sintieron y tejieron a lo largo de este proceso son el producto de un compartir de sentires, pensares, saberes y accionares, los cuales están atravesados por las luchas, trayectorias vitales, posicionamientos y condiciones de vida particulares de cada una de estas mujeres. Es por esto que representan solo una parte de un contexto demasiado vasto y heterogéneo, por lo cual no pueden ser generalizables a todas las mujeres.

En esa vía, se hace necesario entonces que estos trabajos puedan ser replicables, permitiendo plantear los mismos interrogantes a distintos grupos de mujeres rurales y

campesinas. Tal vez a aquellas cuyas características y condiciones de vida difieran significativamente de aquellas que hicieron parte de este trabajo investigativo. Por ejemplo, podrían incluirse a mujeres campesinas que residan en áreas geográficamente más alejadas de las zonas urbanas. Esto con el fin de seguir emprendiendo el camino de comprensión de sus realidades particulares y ampliar la perspectiva frente a los temas de interés.

Como reflexión final, este estudio ha puesto de manifiesto que la salud mental y el bienestar son componentes fundamentales que están atravesados por diversos aspectos de la vida, y son asuntos intrínsecamente políticos. Por tanto, es imperativo comenzar a reconocerlos como derechos fundamentales que abarcan una amplia gama de derechos interrelacionados y que para ser garantizados, se requieren unas transformaciones de orden político, económico y social. Además, se destaca que su abordaje facilita que las mujeres en distintos contextos puedan expresar sus sentimientos y dar inicio a un proceso de autoreconocimiento, autocuidado, autodeterminación y autonomía. En esencia, la salud mental se presenta como un puente hacia una comprensión más profunda de la existencia de las mujeres y como un punto de partida para resignificar diversos aspectos de sus vidas.

Anexos

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Manuela Vanegas Gómez, en calidad de investigadora y estudiante de la Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO Seccional Antioquia – Chocó, me encuentro realizando este trabajo de grado denominado “Colcha de retazos: experiencias en salud mental de mujeres rurales y campesinas de Antioquia con perspectiva decolonial” con el propósito de adquirir el título profesional en Psicología.

Este proyecto de investigación aplicada se propone explorar las realidades únicas de las mujeres rurales y campesinas, con el objetivo de comprender, desde una perspectiva decolonial, sus experiencias en el ámbito de la salud mental. Busca valorar y dar lugar a sus perspectivas y formas otras de pensamiento, reconociéndolas como contribuciones significativas al campo de la salud mental.

Así, los objetivos de la investigación aplicada son:

Objetivo general

Comprender las formas otras de experimentar la salud mental de las mujeres rurales y campesinas de Antioquia.

Objetivos específicos

1. Describir los saberes que tienen las mujeres rurales y campesinas acerca de la salud mental.
2. Reconocer las prácticas que resguardan la salud mental de las mujeres rurales y campesinas.
3. Identificar la incidencia de factores familiares, sociales, culturales, económicos y políticas sobre la forma de experimentar la salud mental de las mujeres rurales y campesinas.

En tanto es una propuesta aplicada, la investigación se lleva a cabo por medio de un encuentro con cada una de las participantes y se aplicara las siguientes acciones/huellas:

1. Contemplar comunal: apreciación de lo observado/vivido/escuchado. Su registro se llevará a cabo mediante la realización de fichas de notas de campo y toma de fotografías.
2. Conversar alterativo: estas conversaciones se apoyan en los principios de las entrevistas a profundidad, en la cual se hace uso de tópicos/preguntas orientadoras y se hace uso de la grabación de voz para su registro.

3. Reflexionar configurativo: medio para configurar lo observado/escuchado/pensado/sentido en cada uno de los encuentros con las mujeres. Materializado también a través de las fichas de notas de campo.

Es necesario que pueda tener en cuenta que participar en esta investigación no le generará perjuicios a nivel de su integridad, toda vez que sus datos serán custodiados por la psicóloga en formación. Así mismo, al participar en el encuentro es posible que algunos temas propuestos puedan evocar emociones no esperadas. Por ello, le informamos que la persona que lleva a cabo esta investigación tiene formación en primeros auxilios psicológicos, medio de acompañamiento que le permitirá contar con un espacio seguro en caso tal de que emerjan sentires que puedan desbordarle. Así mismo, se procurará su comodidad y tranquilidad durante todo el proceso u posterior en caso tal de que lo considere necesario o que usted así lo necesite.

Adicionalmente, durante todo el proceso de la investigación aplicada se tendrán las siguientes consideraciones éticas:

- **Secreto Profesional:** la investigación garantiza el anonimato de los participantes, debido a la importancia y respeto a la dignidad y valor del individuo, además, el respeto por el derecho a la privacidad. Los investigadores se comprometen a no informar en su publicación ninguno de los nombres de los participantes ni otra información que permitiese su identificación.
- **Derecho a la no-participación:** los participantes, al estar informados de la investigación y el procedimiento, tienen plena libertad para abstenerse de responder total o parcialmente las preguntas que le sean formuladas y a prescindir de su colaboración cuando a bien lo consideren.
- **Derecho a la información:** los participantes podrán solicitar la información que consideren necesaria con relación a los propósitos, procedimientos, instrumentos de recopilación de datos y la proyección y/o socialización de la investigación, cuando lo estimen conveniente.

Con respecto al uso de datos personales necesarios para la investigación, se utilizará un consentimiento informado que expone lo siguiente: “Al firmar este consentimiento, aprueba la aplicación y utilización de las técnicas antes descritas en el marco del proyecto, además la

publicación de registro fotográfico, sonoro u audiovisual cuando sea necesario. Para la publicación de los resultados no se utilizarán nombres, en cambio, se enumerarán a los participantes. Se le pedirá que por favor nos suministre algunos datos personales, los cuales no serán divulgados, ni serán usados con fines diferentes a los del estudio del proyecto de investigación aquí mencionado”
Consentimiento informado Uniminuto, año 2024.

Por favor comunicarse con los siguientes contactos en caso de necesitar más información:

Manuela Vanegas Gómez

Psicóloga en formación

CC 1.020.482.076

350 2864871

CONSENTIMIENTO

Fecha: _____ **Teléfono:** _____

Correo electrónico: _____

Nombre de participante: _____

Autoriza la participación en la realización de las técnicas y la aplicación de sus respectivos instrumentos:

Sí ____ No ____

Firma: _____

Cédula No.: _____

Firma del investigador principal _____

Cédula No.: _____

En constancia de la presentación y explicación del consentimiento a los participantes, firman los testigos:

Nombre de testigo 1 _____

Firma: _____

Cédula No.: _____

Anexo 2

Formato registro contemplar comunal

DIARIO DE CAMPO ENTREVISTA – PARTICIPANTE		
FECHA		
LUGAR		
HORA DE OBSERVACIÓN		
OBJETIVO DE LA OBSERVACIÓN		
PROPÓSITO		
DATOS RELEVANTES DE LA PARTICIPANTE	EDAD	
	OCUPACIÓN	
OBSERVACIÓN		INTERPRETACIÓN

Referencias bibliográficas

- Álvarez, J. M., Ramón, E., y Frangois, S. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Editorial Síntesis.
- Alzate Arbeláez, V. M. (2021). *Representaciones sociales sobre la salud mental y el profesional de psicología en un contexto rural de Rionegro* [Trabajo de grado, Universidad de Antioquia]. Repositorio Institucional Universidad de Antioquia <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/19789>
- Arenales Cáceres, D., y Gómez Mejía, L. F. (2021). *Psicología, ruralidad y salud mental en Colombia: una revisión de alcance*. [Trabajo de grado, Pontificia Universidad Javeriana]. Repositorio Institucional Javeriano. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/54070>
- Arias, B. A. (2016). Saberes locales campesinos sobre el alimento: aportes a la soberanía y la salud mental comunitaria. *Revista de la Universidad Industrial de Santander, Salud*, 48, (2), 232-239. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016008>
- Benítez, M. F., Gómez, C., y López Rueda, M. P. (2022). *Juntas florecemos: cambios en las mujeres dados por la participación en el colectivo Arco Iris del corregimiento de San Sebastián de Palmitas, Medellín*. [Trabajo de grado, Universidad de Antioquia]. Repositorio Institucional Universidad de Antioquia. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/30268>
- Barcelona School of Management. (2023). ¿Podemos hablar de un concepto de mujer? <https://www.bsm.upf.edu/es/noticias/podemos-hablar-de-un-concepto-de-mujer>
- Barrero, J. A. C., Polanco, J. G. C., & Patiño, D. P. S. (2020). Sentido de vida, depresión y ansiedad en población rural de Cundinamarca, Colombia. *Revista de ciencias sociales*, 26(4), 206-216
- Bedoya, D. M., Buitrago, D. C., Restrepo, M. V., y Vanegas, A. (2020). *Salud mental: de un ejercicio conceptual a un modelo de formación*. Corporación Universitaria Minuto de Dios.

Caruso, B., Cooper, H., Haardorfer, R., Yount, K., Routray, P., y Torontel, B. (2018). The association between women's sanitation experiences and mental health: A cross-sectional study in Rural, Odisha India. *SSM – Pulation Health*, (5), 257-266.

Castañeda, P. y Rebolledo, M. (2019). Percepción de mujeres mayores rurales respecto de su proceso de envejecimiento. *Revista Pensamiento y Acción Interdisciplinaria*, 5(2), 39-54.
<http://doi.org/10.29035/pai.5.2.39>

Centro de Investigación y Estudios de Género. (2019). Balance y perspectivas del libro El segundo sexo a 70 años de su aparición. <https://www.gaceta.unam.mx/balance-y-perspectivas-del-libro-el-segundo-sexo-a-70-anos-de-su-aparicion/#:~:text=El%20Segundo%20sexo%20es%20un,la%20condici%C3%B3n%20de%20las%20mujeres>

Chesler, P. (2019). *Mujeres y Locura*. Continta me tienes.

Chica, E, Y, L. (2022). *Autonomía reproductiva: desigualdad en el acceso al aborto seguro ya métodos anticonceptivos para las mujeres rurales en Colombia*. [Trabajo de Grado, Universidad de Antioquia]. Repositorio digital Universidad de Antioquia.
<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/32269>

Colegio Colombiano de Psicólogos. (2009). Deontología y bioética del ejercicio de psicología en Colombia. Javergraf

Conelly, F, M., y Clandimin, D, J. (1995). Relatos de experiencia e investigación narrativa.

Confederación Salud Mental de España. (2019). Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental 2018.

De Carvalho, J., y Flórez, J. (2014). *Encuentro de saberes: proyecto para decolonizar el conocimiento universitario eurocéntrico*. Nómadas.

Departamento Administrativo Nacional de estadísticas. (2020). Mujeres rurales en Colombia.

<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/sep-2020-%20mujeres-rurales.pdf>

Doron, C. (2015). L'émergence du concept de «santé mentale» dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique. *Pratiques en santé mentale*, 61, 3-

16. <https://doi.org/10.3917/psm.151.0003>

Exposito, P. (s.f). El modelo biomédico de la salud mental en psiquiatría. [Tesis de maestría en filosofía teórica y práctica, Universidad Nacional de Educación a Distancia].

Fajardo, A, M. (2006). Modelo biopsicosocial, cultural y espiritual: aplicación en un programa de enfermería. *Revista colombiana de enfermería*, 1(1).

Federeci, S. (2010). *Calibán y la bruja*. Traficantes De Sueños.

Gamba, E. M. M. (2021). Mujeres rurales constructoras de paz territorial en del departamento del Putumayo en Colombia. *Eirene Estudios de Paz y Conflictos*, 4(6), 69-92.

García, L, M. (2021). Ciudadanía, una posibilidad de reconstruir el cuidado como un acto político.

[Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio UNAL.

<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/81520>

García, J, V. (2022). *Caminares del llano: significados de salud mental y prácticas de liderazgo comunitario de las mujeres de la veeduría por la dignidad de la mujer granadina del municipio de Granada, Meta-Colombia*. [Tesis de maestría, Universidad del Bosque].

Repositorio Universidad del Bosque.

<https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/11175>

Giraldo, M. A., Monsalve, D., y Osorio, S. X. (2021). *Procesos resilientes en las mujeres víctimas del conflicto armado en el corregimiento de Nutibara del Municipio de Frontino Antioquia*.

- [Trabajo de grado, Universidad de Antioquia]. Repositorio digital universidad de Antioquia.
<https://dspace.tdea.edu.co/handle/tdea/2305>
- Gómez, D. (2021). *Mujeres rurales, ruralidades y ocio: cartografías participativas para otras comprensiones*. [Trabajo de maestría]. Repositorio Institucional Universidad de Manizales.
<https://ridum.umanizales.edu.co/handle/20.500.12746/5689>
- Gómez, L, A. (2019). *Identidad, representación social y construcción de territorio en las mujeres de la vereda El Porvenir de El Carmen de Viboral, Antioquia*. [Trabajo de Grado, Universidad de Antioquia]. Repositorio digital UdeA.
<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/16390>
- Gutiérrez, J. (2018). *Locura y sociedad: alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana 1870 – 1968*. [Trabajo doctoral, Universidad Nacional de Colombia, Medellín]. <https://doi.org/10.15446/achsc.v47n1.83212>
- Hernandez, O. (2020). Aproximación a los distintos tipos de maestro no probabilístico que existen. *Revista cubana de medicina general*, 37(3).
- Huanacuni, F. (2010). *Buen vivir / Vivir bien: Filosofías, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas*. Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas (CAOI).
- Lagarde, M. (1997). *Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres*. Puntos de encuentro.
- Larrosa, J. (2006). Sobre la experiencia I. *Revista educación y pedagogía*, (18), 43-51.
- Leight, J., Pedehombga, A., Ganaba, R., y Gelli, A. (2022). Women's empowerment, maternal depression, and stress: Evidence from rural Burkina Faso. *SSM – Mental health*.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.10016>
- Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. 21 de enero del 2013

- Libreros, L. (2012). El proceso salud enfermedad y transdisciplinariedad. *Revista cubana de salud pública*, 38(4), 622-628.
- López, J, C. (2020). *La noción de felicidad: una mirada desde las representaciones sociales de la maternidad como mujeres madres de la comunidad indígena y campesina del centro poblado de Catambuco, Pasto*. [Trabajo de maestría, Universidad Nacional Abierta y a Distancia]. Repositorio UAD. <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/36686>
- Martín Baró, I. (1990). Guerra y salud mental. *Revista de psicología de El Salvador*, 35(9), 71-88.
- Mebarak, M., Castro, A., Salamanca, M, P., y Quintero, M, F. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *psicología desde el caribe. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*. (23), 83-112
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>
- Miranda, P, B. Ferreira, B. Torreglosa, M. D. Santos, J, C. Azevedo Gomes, F, A. (2021). Sintomas de ansiedade entre mulheres rurais e fatores associados. *Pesquisa*, 25(4), 1-8.
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0415>
- Montoya, E, M., Lopez, J, M., Marulanda, S, C., Valencia, M, C., Montero, O, D., y Hernandez, D. M. (2020). Aproximación a la concepción de la salud mental para los pueblos indígenas de Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3), 1157-1166
- Mora, G., Esparza, E. S., Marín, C. L., y Calderón, J. D. (2022). Conflictos en la Conciliación Trabajo y Maternidad en Contexto Rural. *Géneros*, 11(3), 322-352.
- Montenegro Martínez, M., Balasch Domínguez, M., Causa Bofill, A., Rodríguez Giralt, I. (2007). *Psicología social de los problemas sociales*. Fundación per a la Universitat Oberta de Catalunya.

Muñoz, C., Cardona, D., Restrepo, D., y Calvo, A. (2022). Salud mental positiva: entre el bienestar y el desarrollo de capacidades. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-30802022000200151&script=sci_arttext

Murillo, G, J. (2011). *Narrativas de experiencia en educación*. Narrativas, Autobiografías y Educación.

Naciones Unidas. (2018). La salud mental es un derecho humano.

<https://www.ohchr.org/es/stories/2018/05/mental-health-human-right>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial de la salud Mental: Transformar la salud mental para todos.

Organización Mundial de la Salud. (2004). Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica: Informe compendiado. *Ginebra: Organización Mundial de la Salud*, 14-25

Ortiz, A. (2023). *Investigación cualitativa y decolonial: paradigmas, enfoques y metodologías*. Edu.

Osorio, L, M., Tabares, M., y Meneses, C. (2023). *Afectación en el Desarrollo Psicosocial de Mujeres Víctimas del Maltrato Psicológico en la vereda el Yuyal del Municipio de Belmira-Antioquia*. [Trabajo de Grado, Tecnológico de Antioquia]. Repositorio TdeA.

<https://repositorio.tdea.edu.co/handle/tdea/3484>

Ospina, M, A. (2006). “Con notable daño del buen servicio”: Sobre la locura femenina en la primera mitad del siglo XX en Bogotá. *Antípoda*, (2), 303-314.

Parada, P, A. (2019). *Mujeres rurales: acceso a tierra y asociatividad campesina en Cundinamarca, Colombia*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio UNAL.

<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/77242>

Pallares Campo, L., Ortiz Corredor, M, I., y Beltrán Díaz, S, M. (2022). *Modelo biomédico y modelo biopsicosocial: diferencias y similitudes en la salud*. [Tesis de grado, Universidad

Cooperativa de Colombia]. Repositorio UCC.

<https://repository.ucc.edu.co/items/e2dd60be-5ece-4d43-8af3-44c570675191>

Qiu, P., Caine, E., Hou, F., Cerulli, C., y Wittink, M. (2018). Depression as seen through the eyes of rural Chinese women: Implications for help-seeking and the future of mental health care in China. *Journal of affective disorders*, (227), 38-47.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.016>

Quiceno, J. M., Gómez, A., Herrera, S. F., Vélez, A. M., Vinaccia, S. & Bahamón, M. J. (2022).

Riesgo suicida y estrategias de afrontamiento al estrés en población campesina

colombiana. *Psicogente*, 25(48), 1-19. <https://doi.org/10.17081/psico.25.48.5509>

Resolución 4886 de 2018 [Ministerio de Salud Colombia]. Por la cual se adopta la política Nacional de Salud Mental. 15 de noviembre del 2018.

Restrepo DA, Jaramillo JC. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2012, 30(2), 202-211.

Restrepo Espinosa, M, H. (2006). Promoción de la salud mental: un marco para la formación y para la acción. *Revista de ciencia y salud*, (4), 186-93.

Rivera, M, R. (2011). *Cuadernos sobre economía desde las mujeres. N° 1: Economía del cuidado: Las mujeres y la redistribución del trabajo doméstico*. Vamos Mujer.

Ruiz, M, J., y Jimenez, I. (2003). Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica. *FRENIA*, 3(1)

Salaverry, O. (2012). *La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental*. *Rev Perú Med Exp Salud Publica*, 29(1),143-48

Sánchez, A, D. (2022). *Empoderamiento personal y colectivo de la mujer campesina a través de la participación equitativa en el corregimiento de Barragán, municipio de Tuluá, Valle*. *Empoderamiento mujer campesina de Barragán, Valle*. [Trabajo de grado, Universidad

Antonio Nariño]. Repositorio Universidad Antonio Nariño.

<http://repositorio.uan.edu.co/handle/123456789/6021>

Sanchez, D, T. (2022). Mujeres cultivadoras de vida: una apuesta con enfoque de género para el empoderamiento social de la Red de mujeres que transforman el campo, de la vereda Guapante del municipio de Guarne. [Trabajo de grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. Repositorio Institucional UNIMINUTO.

<https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/16436>

Santos, L. (2020). *Análisis de la mujer rural: la violencia machista y las asociaciones rurales y feministas*. [Trabajo de Grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio UVA.

<https://uvadoc.uva.es/handle/10324/42600>

Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2022). La importancia de la perspectiva de género en la salud mental. <https://www.scjn.gob.mx/informate/la-importancia-de-la-perspectiva-de-genero-en-la-salud-mental>

Symington, A. (2004). Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. *Derechos de las mujeres y cambio económico*, (9), 1-8.

Torres, M, J. (2021). *Enfermedad Mental o enfermedad de amor: la histeria en Antioquia 1903-1950*. [Trabajo de grado, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio UPB.

<https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/9812>

Universidad Externado de Colombia. (2023). Acto Legislativo 1 de 2023 “Por medio del cual se reconoce al campesinado como sujeto de especial protección constitucional”.

<https://medioambiente.uexternado.edu.co/acto-legislativo-1-de-2023-por-medio-del-cual-se-reconoce-al-campesinado-como-sujeto-de-especial-proteccion-constitucional/>

Urruchi. (2021). *Políticas que duelen. Impacto de las esterilizaciones forzadas en la salud mental de mujeres de la provincia de Chumbivilcas*. [Tesis de maestría, FLACSO Argentina].

Argumentos. <https://mail.revistaargumentos.iep.org.pe/index.php/arg/article/view/108>

Urrego, K., y Vélez, J. (2023). *Afectaciones de la violencia sexual y modos de resiliencia de mujeres rurales de la vereda Pavón, del municipio de Urrao-Antioquia*. [Trabajo de grado,

Tecnológico de Antioquia]. Repositorio digital TdeA.

<https://dspace.tdea.edu.co/handle/tdea/3525>

Vamos Mujer. (s.f). Vamos Mujer. <https://vamosmujer.org.co/sitio/mision-y-vision/>

Villar, C (Directora). (2023). *Ana Rosa* (Película). Perrenque Media Lab.