

REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD MENTAL EN LÍDERES DE UNA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA EN MEDELLÍN (COLOMBIA)

Social Representations of Mental Health among Leaders of a Community Organization in Medellín (Colombia)

Manuel Eduardo López García

Juan Pablo Menjura Acosta

Universidad Católica Luís Amigó, Colombia

MANUEL EDUARDO LÓPEZ GARCÍA

PSICÓLOGO. MAGÍSTER EN ESTUDIOS SOCIOESPACIALES. DOCENTE, UNIVERSIDAD CATÓLICA LUÍS AMIGÓ, MEDELLÍN (COLOMBIA). MANUEL.LOPEZAR@AMIGO.EDU.CO. [HTTPS://ORCID.ORG/0000-0001-6135-3780](https://orcid.org/0000-0001-6135-3780)

JUAN PABLO MENJURA ACOSTA

PSICÓLOGO. MAGÍSTER EN INTERVENCIONES PSICOSOCIALES. DOCENTE, UNIVERSIDAD CATÓLICA LUÍS AMIGÓ, MEDELLÍN (COLOMBIA). JUAN.MENJURAAC@AMIGO.EDU.CO. [HTTPS://ORCID.ORG/0000-0003-4891-6483](https://orcid.org/0000-0003-4891-6483)

RESUMEN

Objetivo: Este artículo presenta los hallazgos de una investigación orientada a comprender las representaciones sociales de la salud mental que poseen los líderes de una organización comunitaria en la ciudad de Medellín (Colombia). Se parte de una crítica a las visiones hegemónicas de la salud mental, centradas en enfoques individualistas, biomédicos y patologizantes, y argumenta la existencia de enfoques alternativos de salud mental, centrados en lo comunitario, para visibilizar las formas en que los actores comunitarios configuran este fenómeno desde sus contextos y prácticas cotidianas.

Método: La investigación se desarrolló desde un enfoque cualitativo con perspectiva fenomenológica, apoyado en estrategias etnográficas. Se realizó un grupo focal con 15 líderes pertenecientes a la Corporación Picacho Confuturo, empleando herramientas participativas como discusiones, afiches y ejercicios de construcción colectiva de saberes. El análisis se llevó a cabo mediante un proceso hermenéutico de contenido intertextual a partir de un sistema categorial.

Resultados: Los resultados identificaron cinco tipos de representaciones sociales: (1) teóricas o de corte académico e institucional; (2) individualistas, centradas en el autocuidado y la autorregulación; (3) colectivas, que priorizan la interdependencia y la construcción comunitaria; (4) políticas, que reivindican la salud mental como derecho y condición de dignidad; y (5) críticas o de escepticismo, que cuestionan el concepto mismo por considerarlo un instrumento de control social. Estas representaciones evidencian tensiones entre enfoques individualistas y colectivos, entre discursos institucionales y saberes populares.

Conclusiones: Se concluye que las representaciones sociales de los líderes comunitarios constituyen formas situadas de comprender y gestionar la salud mental en contextos marcados por la exclusión. La investigación destaca la necesidad de integrar los saberes comunitarios en las políticas públicas, adoptando enfoques participativos que reconozcan la diversidad de prácticas y sentidos. Se recomienda promover modelos de intervención comunitaria que superen el paradigma clínico-individual y fortalezcan la autonomía colectiva en el cuidado del bienestar psíquico y la salud mental colectiva.

PALABRAS CLAVE: psicología, psicología social, comunidad, salud mental, intervención social, representación social.

ABSTRACT

Objective: *The following article presents the views and perspectives that leaders of community organizations in the city of Medellín have on mental health. Although the issue of mental health impacts various areas of human life and development, it has traditionally been studied through an individualistic and often pathological lens, focusing mainly on internal psychological processes. In this framework, the biomedical approach—with its medicalizing, institutional and socially detached methods—has been the predominant and hegemonic model, which consequently tends to underestimate and distance itself from the community's own production of knowledge and wisdom. Based on the previous discussion about different conceptions of mental health, the main purpose of the present study was to comprehend the perspectives and actions of community leaders in the city of Medellín. This was achieved through the recognition of social representations that individuals have built on the subject, going beyond the prevailing institutional and academic discourse. Additionally, the study aims to shed light on the ways in which leading community actors organize and manage mental health within their territories, evaluating their strategies and discourses in relation to their socio-historical context.*

Method: *Community-based research on the subject of mental health requires strategies and approaches that broaden the quantitative focus centered only on the biological and inner psychological aspects, and instead delve in the exploration of feelings and senses in communities, as well as in their practices or ways of dealing with situations that generate emotional and psychological distress. The phenomenological approach and ethnographic strategies of qualitative research were considered the most appropriate for this research. The previously mentioned approach was operationalized through the conducting of focus groups and the use of interactive and participatory tools such as group discussions, the collective creation of posters and other collaborative knowledge-building activities. The data collection process was carried out through a focus group with 15 leaders from the Picacho Confuturo Corporation, who have experience in social participation, environmentalism, feminism, and social development. Participatory tools such as discussions, posters, and collective knowledge-building exercises were used. The information collected has been subjected to a hermeneutic analysis of intertextual content. Through summarization and cross-analysis, it was possible to identify codes and categories that emerged for the formulation of the results.*

Results: *The gathered information allowed for the establishment of five main social representations about mental health. First, idealistic and theoretical social representations, which are based in academic and scientific terminology, coming from the leaders' own academic background and their interactions with the institutionalized world. Second, individualistic social representations of self-care and balance*

emerge, in which mental health is understood as a process of self-regulation based on emotion control and personal well-being. This perspective can lead to an excessive sense of individual responsibility, without taking into account the structural factors that also affect mental health. Subsequently, collective or interaction-based social representations appear, in which the role of the community and relationships networks plays a major part in the construction of mental well-being. In this perspective mental health is understood as a relational process, grounded in accompaniment and mutual support within the community. Finally, dignity-based and political rights-oriented social representations emerge, in which mental health is assumed as a fundamental right linked to human dignity and social justice. The representations emphasize the need for structural conditions that guarantee access to mental health as a collective good. Moreover, a final category appears: critical and negotiation-based social representations. In this view, community leaders adopt a skeptical stance or one of rejection towards the concept of mental health itself, arguing that it has been used by the state, academia, and the private sector as a tool for social control and the categorization of individuals.

Conclusions: *The research revealed various ways of understanding and managing mental health from the perspective of local leaders, taking into account their social representations. These approaches range from academic and biomedical-centered views to more collective and politically grounded ones that emphasize social interaction, the defense of human rights and transformation of living conditions. A critical stance also emerged, questioning the validity and use of the concept of mental health itself. In this sense, the complexity and diversity of the social representation networks surrounding mental health in the social and community context becomes evident. The findings reflect the complexity of the existing social representations of mental health in community contexts. The tension between individual and collective discourse is evident, as well as the contrast between institutional and critical postures regarding the conceptualization of mental health. These social representations can be understood as coping strategies in the absence of governmental presence and resources in these areas. Moreover, these discourses are influenced by the well-being market and the self-management of community care. Additionally, it is observed that the definition of mental health is strongly shaped by historical and sociopolitical processes, highlighting the need for an integrated and contextual approach. The results suggest that academic and health institutions should broaden their approach to incorporate community knowledge in the development of public mental health policies. Furthermore, the research contributes to redefining the concept of mental health from a participatory and decolonized perspective, emphasizing the importance of bridging academic knowledge and community wisdom. It is suggested that intervention strategies be developed that consider the*

diverse social representations of mental health, promoting the recognition of self-managed practices and encouraging active community participation in shaping their own well-being. This entails a shift in the models used to address and intervene in mental health, moving forward from pathological and individualistic approaches toward community-centered, interconnected and social justice-based frameworks.

KEYWORDS: *social representations, psychology, social psychology, community, mental health, social intervention.*

INTRODUCCIÓN

La salud mental es un fenómeno que a pesar de transversalizar diferentes áreas en el ser humano se ha entendido tradicionalmente desde paradigmas individualistas, universalistas, patologistas e intrapsíquicos, en los que el enfoque biomédico, con su lógica medicalizadora, institucional y distante de los problemas sociales, ha sido el predominante y hegemónico (Hernández-Holguín, 2020).

Este enfoque ha actuado desconociendo o invisibilizando otras formas de comprender esta dimensión humana o ejerciendo hacia ellas formas de violencia epistémica, como la negación, la objetivación o la descalificación o, incluso, el extractivismo académico (Pérez, 2019), por lo cual, en la investigación realizada, se optó por indagar la salud mental desde la teoría de las Representaciones Sociales propuesta por Moscovici (1979), con el fin de comprender el saber en torno a la dimensión de la salud mental que poseen los y las líderes de organizaciones comunitarias, en tanto que las representaciones sociales son “una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social” (Jodellet, 1986, p. 472). Además, se utilizó el enfoque de la psicología comunitaria, que permite comprender cómo dichas representaciones no se limitan a configurar significados solo a partir de las teorías académicas, sino que son modificadas, resignificadas y producidas a partir de otras prácticas, como la interacción, la experiencia, el intercambio simbólico y la reflexión que se generan en los contextos comunitarios, (Montero, 2004; 2010).

Este enfoque es posible, dado que en las últimas décadas del siglo XX e inicios del XXI se ha producido en este campo un giro en la comprensión de la salud mental (Congreso Colombiano de Psicología, 2023), entendido este como el tránsito que, pasando de un enfoque meramente biomédico, centrado en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales, ha generado un nuevo enfoque biopsicosocial, que considera los aspectos biológicos,

psicológicos y sociales que influyen en el bienestar mental de las personas y las comunidades.

Este denominado giro del paradigma implica reconocer la diversidad y la complejidad de las experiencias inter- e intrasubjetivas en relación con las dinámicas y problemáticas sociales, así como la importancia de garantizar los derechos humanos, la satisfacción de las necesidades básicas, la participación social y el reconocimiento de la identidad; además, incluye acercarse a las diferentes prácticas, conocimientos y acciones que se desarrollan en pro del bienestar social, el buen vivir y la calidad de vida que se construyen desde diversos contextos culturales.

Desde esta mirada, el modelo tradicional hegemónico en el ámbito de la salud mental presenta limitaciones tanto en su teorización como en su aplicación, lo que ha suscitado varias críticas y reflexiones: en primer lugar, se cuestiona la descontextualización y Universalismo: el modelo hegemónico, en su pretensión de producir teorías generales, propende a no incluir los contextos culturales y simbólicos en los que se manifiestan los problemas de salud mental; esto genera la necesidad de desarrollar acciones de prevención y atención que tengan en cuenta los marcos simbólicos y culturales de la población a la que van dirigidos y el distanciamiento de una mirada sobre la salud mental universalista, descontextualizada y ahistórica (Martín - Baró, 1989).

En segundo lugar, se señala una mirada deficitaria psicopatológica: al provenir de modelos biomédicos, tiende a centrarse en deficiencias y patologías, lo cual plantea la necesidad de desarrollar procesos de comprensión que trasciendan la noción sobre los trastornos mentales como problemas netamente intrapsíquico y físico-químicos y un distanciamiento de la mirada deficitaria o patológica. Finalmente, se denuncia una jerarquización cientificista: el modelo tradicional restringe el conocimiento sobre salud mental, descalificando o excluyendo otros tipos de saberes y prácticas que no se produzcan en el ámbito científico/académico (Congreso Colombiano de Psicología, 2023), que considera el saber científico como el único válido o como algo de su exclusividad, desconociendo las maneras

populares de generación de conocimiento, crítica a la cual Montero agrega que las formas de conocimiento han sido desarrolladas por la humanidad y no son propiedad de grupos privilegiados (Montero e Hincapié, 2010, p. 21).

Esta condición hoy se ha ampliado con la llegada del espacio tecnocomunicacional virtual, que ha acercado a las comunidades no solo al saber académico institucional sobre la salud mental en forma de discursos, aplicativos y ofertas de atención de todo tipo, que como plantean Rodríguez y Senín (2022), facilitan el tratamiento de trastornos mentales y ayudan al mejoramiento de la calidad de vida de la población y, a su vez, se convierte en un espacio colectivo de producción de saber en torno al tema.

Así entonces, es pertinente comprender no solo los límites del modelo biomédico, sino también dilucidar las acciones que desde los procesos de base comunitaria se realizan para afrontar las vicisitudes de la vida cotidiana, puesto que, teniendo en cuenta que en el contexto colombiano son muchas las poblaciones que por condiciones geográficas, conflicto armado o factores económicos quedan al margen de la posibilidad de acceder a servicios institucionales de salud mental (Villa, 2012), se hace necesario avanzar en el reconocimiento de las acciones que contribuyen a mejorar la calidad de vida y el bienestar de las poblaciones para tejer puentes entre la academia y la comunidad que permitan robustecer las prácticas teóricas y metodológicas de cara al desarrollo no solo de estrategias conjuntas, sino del mejoramiento institucional de la atención de las necesidades del contexto y sus territorios.

Es a partir de esta necesidad de seguir identificando y comprendiendo las maneras como las comunidades, con algún nivel de acceso a educación, cercanía del Estado e infraestructura social y que han vivido en el marco del modelo biomédico de la salud mental, que surge la pregunta cuáles son las Representaciones Sociales de salud mental que poseen los y las líderes articulados a organizaciones y procesos comunitarios de la ciudad de Medellín. Esto implicó proponerse como objetivo categorizar las representaciones

identificadas a través de estrategias de recuperación y construcción colectiva de saberes.

La búsqueda por comprender las prácticas y significados que construyen las comunidades sobre algunos aspectos de su realidad se remonta al surgimiento de la disciplina antropológica y tiene su correlato en la psicología durante la crisis de la relevancia social (Íñiguez-Rueda, 2017), que suscita una pregunta por la pertinencia del saber psicológico ante las necesidades de las comunidades.

Los movimientos sociopolíticos en los años 60 en EE.UU., como el de la Salud Mental Comunitaria, la desinstitucionalización del tratamiento de las enfermedades mentales, los programas de guerra a la pobreza y el antisegregacionismo, fueron respuestas a esta situación (Montero, 2004); ya en Latinoamérica, la misma autora identifica el surgimiento de un movimiento de redefinición de la práctica psicológica que estuviese más cercano a las realidades y necesidades de las comunidades (p. 20).

A partir de esto, se han realizado ejercicios investigativos que buscan poner en diálogo el conocimiento académico y el saber popular de las comunidades como una posibilidad para ampliar la comprensión y la identificación de estrategias en torno a la salud mental. La investigación *Salud mental y transformaciones del mundo de la vida en un escenario de violencia política y social*, realizada por Cardona et al. (2012), establece relaciones entre la violencia política y la salud mental en las comunidades, e identifica cómo la primera genera rupturas en las redes de apoyo comunitarias, lo que, a su vez, desidealiza la noción de bienestar y produce marcas subjetivas de temor, soledad y rabia, entre otras (Cardona et al., 2012).

De igual manera, en su trabajo *Grupalidad curadora. Prácticas cotidianas, comunitarias y descoloniales*, Parra (2023) explora las maneras como comunidades afro e indígenas de Colombia utilizan sus saberes y tradiciones para hacer frente a las problemáticas y traumas que les ha dejado el conflicto armado colombiano. La movilización social, los saberes botánicos ancestrales y las tradiciones luctuosas, todas prácticas grupales, aparecen como estrategias de gestión, cura, diría la autora, de la salud mental comunitaria.

En esta misma línea, en el artículo *Saberes locales campesinos sobre el alimento: aportes a la soberanía y la salud mental comunitaria* Arias (2015) plantea que los tejidos sociales que soportan los saberes y conocimientos locales son recursos que aportan a la salud mental comunitaria, y que, de igual manera, es fundamental cuestionar los enfoques técnicos tradicionales en salud mental y reorientar su intervención hacia las dinámicas relacionales que ocurren en los espacios cotidianos y comunitarios.

Desde la teoría de la Representación Social de Moscovici, la investigación *Representaciones sociales de los términos salud mental y enfermedad mental en una institución de educación superior en Colombia*, realizada por Herrera (2022), identificó en la población de una comunidad educativa convergencias expresivas en torno al bienestar físico, mental y emocional y sobre la definición de enfermedad mental que se enmarcaban en concepciones de afectación y desequilibrio, demostrando la utilidad de la teoría de las Representaciones Sociales para la lectura de la relación entre la dimensión de la salud mental y los saberes comunitarios.

En síntesis, a partir de la revisión realizada, podríamos afirmar que la salud mental colectiva es una propuesta consolidada en Brasil, defendida en España y emergente/marginal en Colombia, que se presenta como alternativa para la comprensión, la atención y el cuidado de las problemáticas asociadas a la vida de relación, generadora de sufrimiento. Aunque es de subrayar el peligro en el que se encuentra ante la hegemonía de una epistemología del mundo que ha impuesto un modelo geopolítico de verdad y ha negado la posibilidad de que, desde otros saberes y otros territorios (periféricos), se discuta sobre aquello ya ordenado por las nosologías y los protocolos clínicos, así como sobre el ordenamiento mismo (Hernández-Holguín et al., 2023).

DISEÑO METODOLÓGICO

La investigación con comunidades en torno a la salud mental requiere enfoques y estrategias que amplíen las miradas cuantitativas y problemáticas centradas en las concepciones bio y psi y se adentren

en la exploración de los sentidos y sentires de las comunidades, así como en sus prácticas o sus maneras de abordar situaciones que les generan malestar emocional y psicológico.

El enfoque fenomenológico de la investigación cualitativa (Sandoval-Casilimas, 1997) se consideró el más apropiado para dicha tarea; se utilizó el grupo focal como herramienta de levantamiento de información; para el cual se diseñó una guía de desarrollo con actividades participativas y de construcción colectiva de saberes que posibilitaran la expresión y recolección de las representaciones sociales de los líderes comunitarios en torno a la salud mental, tales como la socialización en fichas, la técnica de la silueta humana o cartografía corporal (García Chacón et al., 2002) y el debate grupal. A través de estas herramientas se operativizaron preguntas en torno a cómo conciben la salud mental, qué estrategias desarrollan y qué recursos sociales o institucionales conocen.

El grupo focal se llevó a cabo con la organización Corporación para el Desarrollo Picacho Confuturo de la Comuna 6 de Medellín (Colombia), la cual ya había sido seleccionada en un grupo focal de una fase anterior de la investigación como la más adecuada para el objetivo de esta fase, dado que sus integrantes en su mayoría no contaban con formación profesional en ciencias sociales, generando así una muestra aleatoria no intencionada (Flick, 2015). El grupo focal realizado contó con 15 participantes, hombres y mujeres, con edades entre 25 y 70 años de edad, líderes de dicha organización, obteniendo allí un acercamiento a sus Representaciones Sociales de salud mental.

Los criterios de inclusión para este estudio fueron la trayectoria de la organización, en términos del tiempo que lleva desempeñándose, las características de sus procesos de índole social y comunitaria de base, orientados a diferentes temas, como el arte, la participación política y el desarrollo local con poblaciones como la juventud, la niñez y las madres comunitarias. Sin embargo, el principal criterio de inclusión fue el hecho de contar con un número significativo de líderes de grupos de base que no tuvieran formación

profesional en ciencias sociales, lo que posibilitaba el acercamiento a sus saberes.

La información recolectada a través de afiches, carteleras, respuestas a preguntas y audiograbaciones de ambos grupos focales fue transcrita de manera manual a un archivo excel y sometida a un ejercicio de categorización y análisis hermenéutico de contenido intertextual, a través de síntesis y cruce analítico, que posibilitó la identificación de categorías emergentes (Flick, 2015), que se consolidaron en cinco Representaciones Sociales de salud mental en la población estudiada.

HALLAZGOS

En la mirada de los y las líderes que se articulan a procesos de organizaciones y grupos comunitarios se pueden identificar al menos cinco Representaciones Sociales en torno a la noción de salud mental, que van desde Representaciones Sociales teóricas, idealistas o etéreas, Representaciones Sociales ligadas al saber biomédico o a discursos sobre salud o equilibrio individual, pasando por algunas colectivas o de interacción social hasta Representaciones Sociales con fundamentación política, de exigencia de la salud mental como un derecho, como parte de la dignidad humana, hasta finalizar con posturas que abordan el concepto de manera crítica o escéptica.

Representaciones Sociales teóricas o idealistas

Estas Representaciones Sociales se apoyan en algunos términos provenientes del saber académico o científico en torno a la salud mental, pero con poca conexión práctica; se usan términos como *problemática multifactorial*, *necesidades básicas insatisfechas*, *desarrollo personal y gestión emocional*, los cuales evidencian algún acercamiento a las teorías que se han generado al respecto desde diversas disciplinas o desde el saber biomédico institucional.

Igualmente, se evidencia una concepción idealista, en tanto no posee un asidero real, se propone como una condición ideal o algo por alcanzar: “La salud mental como problemática multifac-

torial, *la cual no solo incide en aspectos individuales sino económicos, sociales, culturales, estructurales, históricos y políticos, entre otros*” (Grupo focal, comunicación personal, 2023).

Esta concepción teórica-idealista puede implicar una falta de conexión con la realidad social y las necesidades concretas de las personas y las comunidades, al dejar en manos del discurso institucional o académico la definición y comprensión de esta dimensión humana, así como una dificultad para identificar las acciones o prácticas individuales o colectivas autogestionadas y evaluar los resultados y el impacto de estas acciones en la salud mental. Esta representación social en torno a la salud mental aparece con un sentido de aspiración y utopía, propio de la visión prospectiva de los y las líderes comunitarios, con énfasis en una visión de la salud mental como problemática multifactorial, pero sin una aplicación clara en contextos reales.

Representaciones Sociales individualistas, de autocuidado y equilibrio

En estas Representaciones Sociales parece primar una idea de salud mental como algo que depende de las acciones individuales y de una autolectura del estado emocional y las situaciones en las que se ve involucrado el sujeto, es decir, una concepción de la salud mental como la resultante de un proceso de autocuidado que debe generar un bienestar total, una situación o estado de plenitud, producto de un ejercicio de autoconocimiento y autogestión no solo física sino también emocional:

Cuidado personal hacia uno mismo, manejar nuestras emociones desde el sentir hasta el pensar, generar tranquilidad, estar bien con uno mismo y sobrellevar los problemas para tener una vida tranquila y serena. Siendo uno mismo, sin ningún estereotipo ni ninguna inseguridad. Cuidado personal en todos los factores, no solo físicamente, sino aprender a conocernos a nosotros mismos, las emociones, y saber manejarlas. (Grupo focal, comunicación personal, 2023)

Estas concepciones pueden implicar una responsabilización excesiva del individuo sobre su propio bienestar, sin tener en cuenta o invisibilizando los factores sociales, económicos y políticos que influyen en su salud mental, así como una tendencia a patologizar o medicalizar las situaciones de malestar o sufrimiento.

Esta representación puede ser reflejo de las tendencias actuales de autodiagnóstico vía redes o de búsqueda del saber sobre lo psicológico en el espacio virtual o como una resultante del discurso neoliberal individualista tecnogestionado de la subjetividad que hace carrera en la contemporaneidad o, en específico, en relación con los discursos de higienismo de la salud física y mental.

Representaciones Sociales colectivas o de interacción

La noción de lo colectivo, del otro, de la interacción, la intersubjetividad, “El juntarse, ¿que necesita el otro?, ser cuidado y cuidarse, reconociendo eso que pongo junto a los otros” (Grupo focal, comunicación personal, 2023) es lo que destaca en estas Representaciones Sociales, en las que se usan términos como *interdependencia*, *colaboración* y *reciprocidad*; una visión de la salud mental como algo que surge, se construye o se gestiona en las interacciones colectivas, en el reconocimiento de la existencia del otro: “La concebimos como la posibilidad de acompañarnos desde lo que se es, se sabe, se hace, con el propósito de dignificar la vida individual y colectiva” (Grupo focal, comunicación personal, 2023).

En estas concepciones adquiere importancia el contexto, el encuentro, la reflexión y la construcción con el otro/a que no pierde de vista el pasado o el origen y el bienestar como un producto colectivo: “Equilibrio y responsabilidad con uno mismo, con el otro, el entorno y las subjetividades. Construcciones constantes para alcanzar un bienestar. Moverse del lugar sin olvidar raíces” (Grupo focal, comunicación personal, 2023).

Esta Representación Social de la salud mental parece provenir de la formación sociopolítica que los y las líderes poseen; implica una valoración y reconocimiento de nociones como diversidad, participación, diálogo y solidaridad, como elementos fundamentales

para la salud mental, así como una búsqueda de estrategias comunitarias, culturales y educativas para promoverla y protegerla. En las prácticas y discursos de líderes comunitarios es común encontrar la alusión a la generación de procesos de manera colectiva o interactiva, ya que esta noción se halla en la esencia de su quehacer y se extiende a todos los ámbitos de su vida, incluso los personales o familiares, donde la gestión de la vida se realiza o busca realizarse siempre con otros, y hoy por hoy, con el entorno o en equilibrio con el medio ambiente, lo que genera una línea de conexión entre la salud mental y el cuidado del medio ambiente.

Representaciones Sociales políticas - de derecho - de dignidad

Dentro de estas Representaciones se encuentran términos como “entornos amorosos, paz, arte, cultura, educación, equidad, igualdad, dignidad, respeto, expresión, solidaridad, diversidad y libertad” (Grupo focal, comunicación personal, 2023), que están orientadas a generar procesos transformadores sobre aquellas situaciones o contextos que presentan vulneración de derechos, falta de garantías sociales, acceso a oportunidades y dificultades económicas, condiciones sociales muy cercanas a los ámbitos de trabajo de los y las líderes comunitarios; dichas acciones se realizan desde la organización grupal, comunitaria o colectiva para alzar la voz en lo público como una manera de reivindicar la dignidad, la igualdad, la calidad de vida, entre otros, como factores que contribuyen a la salud mental: “La concebimos como la posibilidad de acompañarnos desde lo que se es, se sabe, se hace, con el propósito de dignificar la vida individual y colectiva” (Grupo focal, comunicación personal, 2023). Así entonces, el bienestar social, la calidad de vida y la salud mental se entienden como conceptos que se entrecruzan y se extienden más allá de lo individual, pasando por lo colectivo, lo económico, lo barrial, sobre el reconocimiento, la participación y, en última instancia, lo político.

La concepción política de la salud mental como derecho-dignidad puede implicar una visión crítica y transformadora de las condiciones de vida que generan exclusión, violencia, pobreza y des-

igualdad, así como una movilización social y política para reivindicar la salud mental como un derecho humano y un componente de la dignidad que parte de una concepción estructural de la salud mental que la concibe como un derecho fundamental y no solo un estado personal; mirada que también podría provenir de la formación sociopolítica de los y las líderes, pero esta vez con un sentido más práctico y político.

Representaciones Sociales críticas, de escepticismo o rechazo del concepto

Finalmente, emergen Representaciones Sociales que consideran la salud mental como un concepto popularizado e instrumentalizado al servicio de los entes estatales, la empresa privada y la misma academia, que lo usan solo en función de sus intereses particulares; utilizan términos como *escepticismo y rechazo*, amparados en la idea de que “la salud mental no existe o no es posible” (Grupo focal, comunicación personal, 2023); posturas críticas o de rechazo que cuestionan no solo la posibilidad de una salud mental sino, la manera como este término o esta noción ha sido usada en función de un control social: “La salud mental es para nosotras un cuestionamiento infinito, constante, un término que se utiliza mayormente para clasificar a la gente, justificar accionares (sic) y muchas veces perpetuar violencias. *¿Hay formas buenas y malas de existir y pilotear (sic) el mundo?*” (Grupo focal, comunicación personal, 2023).

La concepción crítica de la salud mental como una estrategia de dominación y control social o un mecanismo de clasificación social puede estar evidenciando una resistencia por los usos y los abusos del término, tanto por el mundo institucional del sector salud como por la academia e, incluso, el mercado, así como una propuesta de otras formas de nombrar, comprender y abordar el bienestar y el malestar de las personas y las colectividades.

En síntesis, emergen Representaciones Sociales de la salud mental idealistas, como acciones colectivas de interacción con fundamentación política; otras fundamentadas en ideas de estabilidad, equilibrio, bienestar individual y, finalmente, posturas de rechazo

o crítica al concepto mismo y a la praxis con origen en discursos sociopolíticos. En la siguiente tabla se presenta una síntesis de las cinco representaciones sociales identificadas:

Tabla. Síntesis de las Representaciones Sociales en torno a salud mental en líderes

Representación Social	Análisis	Narrativas o códigos implícitos
1. Representaciones Sociales teóricas - idealistas o etéreas	Concepción de la salud mental basada en términos académicos y multidimensionales, pero con poca conexión práctica. Predomina una perspectiva idealizada que no identifica del todo las acciones tangibles para la promoción del bienestar.	Aspiración y utopía
2. Representaciones Sociales de equilibrio - individualistas	Se considera la salud mental un tema de autocuidado y autorregulación, centrándose en la responsabilidad individual, lo que podría desplazar la influencia de factores externos. La salud mental es vista como un estado de plenitud que cada persona debe alcanzar, minimizando el impacto de contextos sociales.	Autocontrol, autorregulación y resiliencia individual
3. Representaciones Sociales colectivas - de interacción	La salud mental es concebida como un proceso colectivo que considera la interrelación de las personas y su contexto. Visión relevante para entornos comunitarios y psicosociales que promueven el bienestar a través de la construcción colectiva y el apoyo mutuo. Enfatiza en la interdependencia y el papel del entorno.	Interdependencia, colaboración y reciprocidad
4. Representaciones Sociales políticas - de derecho - de dignidad	Se plantea la salud mental como un derecho fundamental, no solo un estado personal. Se resalta una perspectiva crítica que demanda condiciones de vida dignas y señala la salud mental como derecho colectivo. Alta pertinencia en contextos de vulneración de derechos promueve una salud mental que incluye el reconocimiento de factores estructurales.	Dignidad, justicia y equidad
5. Representaciones Sociales críticas del concepto	Cuestiona la salud mental como control social, señalando sus usos para justificar prácticas institucionales y de exclusión. Pertinente en contextos de cuestionamiento del discurso hegemónico de salud mental. Cuestiona su utilidad práctica y pone en duda su neutralidad.	Escepticismo y rechazo

Fuente: elaboración propia con apoyo en IA Chat GPT a través de prompt. (OpenAI, 2024).

DISCUSIÓN

Los hallazgos permiten identificar en los y las líderes comunitarios una serie de representaciones sociales en torno a la noción de salud mental, que pudieron ser agrupadas en cinco categorías, que dan cuenta de la manera como los y las líderes comunitarios conciben dicha noción.

Desde la teoría de las representaciones sociales, los hallazgos identificados en los líderes comunitarios sobre la salud mental expresan cómo el saber común se construye en procesos de interacción situados, en los que el sentido emerge a través de la constante tensión entre la apropiación/cuestionamiento de los discursos hegemónicos y populares.

Tal como lo señala Moscovici (1979), las representaciones sociales constituyen procesos de familiarización (objetivación y anclaje) que permiten traducir los conocimientos científicos que se perciben como ajenos y extraños a saberes cotidianos y conocidos, lo cual se observa mayormente en la representación social de los líderes denominada teórica-idealista, ya que usa nociones académicas para ajustarlas a las experiencias o ideales personales.

La representación individualista de autocuidado refleja la internalización de discursos neoliberales de autorresponsabilidad, autogestión, etc., en la lógica de que el sujeto es responsable y gestor único de su bienestar, invisibilizando factores estructurales, materiales o históricos. En contraste, las representaciones colectivas resaltan la dimensión intersubjetiva, configurando una concepción de salud mental en la que el cuidado mutuo y la reciprocidad son centrales, entendiéndola como un proceso estrictamente relacional.

La perspectiva política introduce un carácter transformador, al concebir la salud mental como derecho y dignidad, vinculándola a la justicia social, lo que sugiere que las representaciones pueden funcionar también como formas de resistencia y exigencia frente a la ausencia estatal. Finalmente, las posturas críticas o negacionistas muestran el potencial cuestionador de estas construcciones, al denunciar la instrumentalización del concepto por parte de

instituciones y mercados, revelando la tensión entre hegemonía y resistencia. Así, las representaciones sociales aquí analizadas no solo organizan la comprensión de la salud mental, sino que constituyen estrategias simbólicas y prácticas de afrontamiento ante condiciones de desigualdad y exclusión.

Por otra parte, definir la salud mental ha sido una preocupación constante de la ciencia y la academia, hasta el punto que, como se menciona al inicio, se ha abrogado el derecho a definirla; sin embargo, en tanto dimensión de lo humano, como experiencia vital relacionada con el bienestar, la dignidad, el equilibrio, el vínculo social, la perspectiva de futuro, la normalidad, el autorreconocimiento, la salud física y la capacidad de obrar y amar, han surgido todo tipo de comprensiones y definiciones, que “Como fenómeno de interés científico, académico y social, la salud mental no requiere una definición exclusiva y única” (Gómez et al., 2021, p. 5). Sin embargo, en la práctica, las formas de comprenderla suelen estar condicionadas por los discursos dominantes de cada época, por lo tanto, se hace necesario visibilizar otras maneras de abordarla, entre ellas se encuentran las nociones populares asociadas al surgimiento de paradigmas sociocríticos o complejos de producción del saber; estas representaciones sociales evidencian una discursividad, que, si bien no es autónoma ni autogestionada, pues se nutre de los saberes académicos e institucionales, sí constituye una forma diferente de pensar y tramitar la salud mental.

De igual manera, estas Representaciones Sociales pueden estar evidenciando el histórico distanciamiento entre las formas de gestión de las comunidades y el saber institucional y académico en torno a la salud mental, una extensión de la denominada crisis de relevancia de las ciencias sociales y, en particular, de la psicología social en la segunda mitad del siglo XX, en la que “se planteaba la necesidad de dar un vuelco sustancial a las prácticas científicas” (Íñiguez-Rueda, 2017, p. 223), o un reflejo actual de esta en la institucionalidad del sector salud en el contexto colombiano, lo cual refuerza la necesidad de crear puentes, intercambios, maneras conjuntas, que no rechacen, reivindiquen esencialicen o hegemonicen

ninguna de las dos posturas, un camino desde la crítica y la descalificación de los modelos individualistas hacia construcciones de salud mental más colectivas y contextualizadas.

En este sentido, cabe preguntarse si estas Representaciones Sociales son un producto o están relacionadas con el contexto y las dinámicas de un territorio que presenta bajas condiciones de desarrollo socioeconómico, poca presencia estatal, cuyos habitantes poseen en promedio bajo grado de escolaridad, están inmersos en procesos estructurales de violencia con presencia de grupos armados y delincuenciales, bajas oportunidades de movilidad social, se encuentran alienados por los discursos de mercado y entretenimiento y han vivido situaciones de crisis social como la pandemia de COVID-19, que han agudizado estas problemáticas históricas y llevan a algunos sectores poblacionales, como el juvenil, a adoptar estrategias de rechazo o resistencia que van desde “la adaptación pasiva a la situación, pasando por la implementación de estrategias de supervivencia, hasta la resistencia crítica y proactiva que trató de aportar soluciones” (López y Quintero, 2023, p. 159).

En estos contextos, es comprensible que los discursos y las acciones realizadas desde modelos biomédicos e institucionales no se ajusten siempre a las necesidades y características del entorno y que incluso se enfrenten a dificultades como “insuficiente perspectiva de salud pública; la limitada participación activa de las personas usuarias y sus familias tanto en los planes individualizados de atención como en la formulación de políticas” (Juliá-Sanchis, 2020, p. 85) y que, por tanto, vivan procesos de rechazo, tergiversación o resignificación por parte de las comunidades y se generen otras miradas, un ejercicio heurístico de creación espontánea de estrategias autogestionadas que no se quedan en lo psicológico, lo psicopatológico o en lo institucional, si bien desde estos ámbitos se han intentado, como ya se ha dicho, acercamientos, giros o ampliaciones de enfoque de diversa índole, complejidad y heterogeneidad (Muñoz, 2023, p. 33); de lo que se trata es de la gestión de la vida, del intento constante de transformar el territorio y sus prácticas, de movilizar

la cultura, en la que la salud mental implica mejorar las condiciones objetivas de vida y afrontar las vicisitudes del entorno.

De otro lado, las Representaciones Sociales individualistas de salud mental que poseen los y las líderes pueden ser un efecto del uso tecnomercantilizado de la ciencia que hace carrera en los medios virtuales; si bien la población investigada no pertenece directamente a las generaciones digitales (Feixa et al., 2016), sí tienen un acercamiento a sus usos y discursos, o, dicho de otra manera, a la mercantilización del saber científico traducido, empaquetado y convertido en productos, hábitos y estilos de vida, es decir, en una serie de premisas ideológicas que se centran en la estabilidad, el equilibrio y el bienestar individual autogestionado, que a la vez que dice facilitar la vida del sujeto, en tanto le brinda opciones, pautas, tips, objetos para alcanzar el bienestar y la felicidad, todo mediado por el dinero, también le culpabiliza por no hacer lo suficiente para lograr su bienestar y felicidad (Lipovetsky, 2007).

Estas representaciones individualistas pueden entenderse como un producto del constructo saber-poder médico-capitalista que propone una normalización y un control, en este caso, de la salud mental, con una lógica de adaptación, rendimiento y mercado, que desde la seducción discursiva implementada a través de la publicidad produce subjetividades integradas al orden social funcional y determina lo que considera normal o patológico; una tecnología disciplinaria, biopolítica (Foucault, 1999; 2009) que no regula ya desde la hospitalización, el encerramiento o el castigo del cuerpo, sino desde la seducción imaginaria y la inoculación del discurso, así como desde la implementación de formas panópticas de autocontrol social.

Llama la atención la representación social de crítica o rechazo al concepto mismo de salud mental y a su praxis, lo cual podría considerarse como un efecto del desgaste o bajo alcance del modelo, de su rigidez institucional, su baja presencia en los territorios y su difícil acceso, así como de su incapacidad para ver otras aristas o dimensiones de la salud mental que van generando en los líderes

una pérdida de credibilidad y confianza, que se traduce en posturas apáticas o escepticasistas.

Esta representación se puede dividir en dos posturas, siendo la primera una crítica frontal, de oposición y rechazo a los discursos y acciones institucionales, en particular las estatales, acaso una forma de desesperanza aprendida (Seligman, 1975; García Lourdes, 2022) o de fatalismo (Martín - Baró, 1987) causado por sucesivas experiencias frustrantes ante la inoperancia institucional, que genera aislamiento y negacionismo, pero que con la formación socio-política que poseen los y las líderes adquiere un carácter crítico y de distanciamiento de la institucionalidad.

La segunda postura hace énfasis en la idea de la salud mental como un imposible, tanto social como individual, pues entiende la realidad y al sujeto y como algo estructuralmente en conflicto, inacabado, imperfecto y predeterminado para no alcanzar el completo bienestar, lo cual genera una constante insatisfacción con su existencia y su entorno cultural (Freud, 2001); una organización social en la que el sujeto está sometido a un orden que lo mantiene en una lógica de autoexplotación y rendimiento que le genera una sensación constante de cansancio (Han, 2012), o debiera decirse de cansancios, en plural, pues esta condición se extiende no solo a lo físico, sino a lo emocional, a lo actitudinal e, incluso, a lo social, “cansancios por positividad o negatividad, por autoexigencia personal o explotación exterior, por flexibilidad o disciplinamiento social” (Fernández, 2022, p. 125), y a su vez demanda de él una autonomía vital, y es, por tanto, a cada sujeto a quien le corresponde hacerse cargo de su existencia.

Otra reflexión posible en torno a estas representaciones sociales de los y las líderes tiene que ver con el marco teórico comprensivo desde el cual se analizan. Si bien el marco de análisis elegido es la teoría de las representaciones sociales de Moscovici, desarrollada por Jodelet (1986), se parte de la concepción de que las comunidades producen sentido y saber; por ello se optó por ampliar la lectura de los hallazgos obtenidos desde enfoques teóricos que permiten explorar otras aristas de estas construcciones simbólicas de los y las

líderes comunitarias, como es el caso de las nociones de estrategia y táctica (Certeau, 1996), en las que la segunda hace alusión a las prácticas sociales de resistencia, de resignificación o reapropiación de las estrategias, es decir, de los espacios y discursos impuestos desde la institucionalidad; las tácticas poseen un carácter temporal, adaptable y a la vez difuso, en tanto son creaciones espontáneas de los individuos o grupos que reaccionan ante la rigidez y el control establecido desde los espacios y discursos de poder. A su vez, esta concepción de los pensamientos y discursividades de los y las líderes comunitarios como tácticas puede entrecruzarse con la representación social crítica o esceptica de la salud mental, en la que estos no se sienten acogidos por los discursos institucionales, en tanto la táctica “es una acción determinada por la ausencia de un lugar propio” (Certeau, 1996, p. 43).

De igual manera, las representaciones sociales aportadas por las y los líderes comunitarios podrían comprenderse desde la noción de grupalidad curadora (Parra-Valencia, 2023), la cual “se expresa en prácticas comunitarias, cotidianas y descoloniales, con potencial multidimensional terapéutico, emancipador y cosmológico-espiritual” (Parra-Valencia, 2022, p. 15). En esta concepción, las Representaciones Sociales de los y las líderes en torno a la salud mental, se erigen como la esencia discursiva de creación con la otra/el otro, “como espacio y temporalidad alternativa a la visión moderna/colonial de la intervención psicosocial convencional” posibilitando, de esta manera, la emergencia de discursos, formas y prácticas de gestión novedosas y autogestionadas, que incluyen otros elementos, más allá de lo terapéutico, como lo emancipatorio, lo cosmológico-espiritual y lo tradicional, con algunas formas de articulación con lo científico y lo político; en suma, las comunidades configuran formas ampliadas de concepción y gestión de la salud mental, en respuesta al silencio y distanciamiento institucional, tanto académico como del sector salud y estatal.

Otro tanto aporta a esta reflexión la noción de conocimiento situado, de Haraway (1995), en la que la autora cuestiona la existencia e imposición de conocimientos, modelos comprensivos e

interventivos universales y, a su vez, objetivos y neutrales, amplificando el cuestionamiento a la ciencia tradicional que se realiza desde el paradigma sociocrítico, esta vez desde un enfoque postmoderno y tomando como referencia los movimientos feministas.

El conocimiento situado se inscribe siempre en relaciones de poder y en la capacidad y uso de recursos, lo que ha posibilitado la emergencia de un saber situado hegemónico que históricamente ha posicionado la idea de una forma única de conocimiento, validada, reconocida y que solo está al alcance de aquellos sujetos e instituciones que lo dominan o que se arrogan el derecho de hacerlo; una naturaleza y una ciencia inventadas y universales, negando en las comunidades la posibilidad de construcción de un saber propio y autoagenciado.

Desde esta perspectiva, en la que el conocimiento situado alude a la capacidad de agenciamiento de los sujetos y comunidades, y si bien su discurso se acerca mayormente a la postura del investigador, incitándolo a la construcción de una nueva mirada que valide el saber que se construye desde su experiencia y contexto mismos, las representaciones sociales de las y los líderes comunitarios se pueden leer como formas de resistencia, como un saber crítico que construye y da significado a la experiencia, “no para negar los significados y los cuerpos, sino para vivir en significados y en cuerpos que tengan una oportunidad en el futuro” (Haraway, 1995, p. 322); algo que el saber y la intervención institucional no siempre garantizan, lo que empuja a estos y estas líderes a desarrollar sus propias visiones del mundo y, en este caso, de salud mental, y por ende, de las maneras de agenciarla. Sin embargo, esta dinámica no debe leerse desde la idea de un grado de conciencia crítica en los y las líderes, sino desde acciones espontáneas que se van decantando en saberes, actitudes y acciones más o menos conscientes, lo cual hace parte, según la autora, de la condición fluctuante del saber situado.

En síntesis, las representaciones sociales sobre la salud mental pueden ser entendidas como reproducciones de discursos médicos, científicos o institucionales, que son apropiadas por diferentes grupos sociales para traducirlos a su lenguaje cotidiano y dotarlos de

sentido dentro de sus prácticas y valores. Sin embargo, esta apropiación no implica pasividad, sino una forma activa de integrar el saber experto en marcos de referencia propios, generando significados que responden a las necesidades y vivencias del grupo (Navarro y Restrepo, 2013).

En contraste, estas representaciones también son objeto de disputa y resignificación. Desde la psicología social crítica, autores como Martín-Baró y Montero han señalado que los grupos sociales, especialmente aquellos históricamente marginados, no solo reproducen discursos hegemónicos, sino que los cuestionan y transforman a partir de sus experiencias de opresión, resistencia y agencia. Así, en términos de salud mental, la patologización y estigmatización de ciertos comportamientos puede ser desafiada por narrativas que reivindican el sufrimiento psíquico como respuesta legítima a condiciones estructurales de violencia, exclusión o desigualdad (Correa-Urquiza, 2018).

En este sentido, las representaciones sociales no son estáticas ni homogéneas, sino espacios de tensión donde se negocia, se asume, se recrea o se confronta el significado de la salud mental, abriendo posibilidades para una comprensión más situada, plural y emancipadora.

CONCLUSIONES

Esta investigación evidenció varias formas diferentes de entender y abordar la salud mental desde la perspectiva de líderes comunitarios comprendidas como Representaciones Sociales. Estas formas van desde las más teóricas o individuales, que se basan en conceptos académicos o biomédicos, hasta las más colectivas o políticas, que se enfocan en la interacción social, la reivindicación de derechos y la transformación de las condiciones de vida. También se evidenció una postura crítica que cuestiona la validez y el uso del concepto de salud mental. En este sentido, se identifica la diversidad y complejidad de las Representaciones Sociales sobre la salud mental en el contexto social y comunitario.

Estas representaciones sociales pueden comprenderse tanto como formas de nombrar la salud mental como estrategias o respuestas de los y las líderes comunitarios ante el distanciamiento estatal, como un producto de las dinámicas del contexto sociohistórico del territorio, como posturas de alienación en el discurso tecnocomunicacional o del mercado del bienestar, o como formas espontáneas y autogestionadas de gestionar la vida.

Las representaciones sociales de la salud mental que poseen los y las líderes pueden comprenderse también como tácticas o prácticas sociales de resistencia ante los discursos institucionales hegemónicos, como formas descoloniales de grupalidad curadora en las que las comunidades configuran formas de gestión de la salud mental o como una forma de conocimiento situado, es decir, una visión del mundo autovalidad.

Estas Representaciones Sociales deben entenderse como procesos no opuestos, sino simultáneos, de tránsito hacia formas más integrales de comprensión y gestión de la salud mental. Posiblemente, esto sea un indicador de que las comunidades han aprendido a comprender la salud mental más allá de las instituciones de salud, no solo como algo que se les otorga o se encuentra por fuera de sus capacidades, y que además trasciende la individualidad, la corporalidad, la enfermedad, y que ellos mismos poseen o pueden desarrollar no solo concepciones de salud mental sino estrategias de gestión y afrontamiento.

REFERENCIAS

- Arias, B. A. (2016). Saberes locales campesinos sobre el alimento: aportes a la soberanía y la salud mental comunitaria. *Rev Univ Ind Santander Salud*, 46(2), 232-239. doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n22016008>
- Cardona, H., Sepúlveda, S., Angarita, A. y Parada, A. (2012). Salud mental y transformaciones del mundo de la vida en un escenario de violencia política y social. *Psychologia*, 6(1), Article 1. <https://doi.org/10.21500/19002386.1170>

- Certeau, M. de (1996). *La invención de lo cotidiano: Artes de hacer. I*. Universidad Iberoamericana.
- Congreso Colombiano de Psicología (dir.). (2023, 21 de febrero). *¿Qué es la Salud Mental?* [Video recording]. <https://www.youtube.com/watch?v=Oj3M9vU0z3Q>
- Correa-Urquiza, M. (2018). La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 567-585. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265058333021>
- Feixa, C., Fernández-Planells, A. y Figueras-Maz, M. (2016). Generación Hashtag. Los movimientos juveniles en la era de la web social*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 107-120. <https://doi.org/10.11600/1692715x.1416301115>
- Fernández, A. (2022). Las sociedades del cansancio: Definiciones, experiencias y reflexiones durante la pandemia. *Espiral* (Guadalajara), 29(85), 121-156.
- Flick, U. (2015). *El diseño de investigación cualitativa* (T. del Amo y C. Blanco, trads.). Morata.
- Freud, S. (2001). *Obras completas: La versión castellana: Vol. XXI*. El porvenir de una ilusión, el malestar en la cultura y otras obras. Amorrortu editores.
- Foucault, M. (1999). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2009). *El nacimiento de la Biopolítica. Curso del College de France (1978-1979)*. Akal. [chrome-extension://efaidnbnmn-ni-bpcajpcglclefindmkaj/https://monoskop.org/images/d/d2/Foucault_Michel_El_nacimiento_de_la_biopolitica.pdf](https://monoskop.org/images/d/d2/Foucault_Michel_El_nacimiento_de_la_biopolitica.pdf)
- García, B., Trujillo, A., Velásquez, Á. y González, S. (2002). *Técnicas Interactivas para la Investigación Social Cualitativa*. FUNLAM. https://www.researchgate.net/publication/351820988_Tecnicas_Interactivas_para_la_Investigacion_Social_Cualitativa
- García, A. (2022). *La desesperanza aprendida y el rendimiento académico autopercebido en la educación secundaria de jóvenes y adultos, del Valle de Uco, Mendoza 2022* [Pontificia Universidad Católica Argentina]. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/15350/1/desesperanza-aprendida-rendimiento.pdf>

- Gómez, M., Arango, I. C. J., Osorio, J. F. G. y Martínez, C. S. (2021). Conceptualizaciones de salud mental y Covid-19: Reflexiones situadas para Colombia. *Psicoespacios*, 15(26), Article 26. <https://doi.org/10.25057/21452776.1389>
- Han, B.- C. (2012). *La sociedad del cansancio* (1ª. ed., 6. Impr.). Herder.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, Cyborgs y mujeres*. Cátedra.
- Hernández-Holguín, D. M. (2020). Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3), 929-942. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.01322018>
- Herrera Bríñez, L. L. (2022). Representaciones sociales de los términos salud mental y enfermedad mental en una institución de educación superior en Colombia. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 15(2), 85-96. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.15208>
- Herrera, L. L. (2022). Representaciones sociales de los términos salud mental y enfermedad mental en una institución de educación superior en Colombia. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 15(2), 85-96. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.15208>
- Íñiguez-Rueda, L. (2017). La psicología social como crítica: Continuo, estabilidad y efervescencias tres décadas después de la “crisis”. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 37(2), Article 2. <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v37i2.822>
- Jodelet, D. (1986). Las representaciones sociales fenómenos concepto y teoría. En S. Moscovici. *Psicología Social*, Vol. II. Paidós.
- Juliá-Sanchis, R. (2020). Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 81-86. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.014>
- Lipovetsky, G. (2007). *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Anagrama.
- López, M. y Quintero, S. M. (2023). Salud mental, condiciones psicosociales y resistencias de la juventud de Medellín durante la pandemia y la cuarentena del Covid- 19. *Poiésis*, 44, Article 44. <https://doi.org/10.21501/16920945.4402>

- Martín - Baró, I. (1987). El latino indolente: Carácter ideológico del fatalismo latinoamericano. En M. Montero, *Psicología política latinoamericana* (p. 407). Panapo.
- Martín - Baró, I. (1989). *Sistema Grupo y poder: Psicología social desde Centroamérica II*. UCA Editores.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. Paidós.
- Montero, M. e Hincapié Gómez, Á. E. (Eds.). (2010). *Sujetos políticos y acción comunitaria: Claves para una praxis de la psicología social y de la clínica social-comunitaria en América Latina*. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público* (2ª ed.). Huemul.
- Muñoz, A. R. (2023). *Actividades de participación comunitaria en salud mental: Una revisión sistemática exploratoria*. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/197505>
- Navarro, O. y Ochoa, D. (2013). Representaciones Sociales: perspectivas teóricas y metodológicas. *CES Psicología*, 6 (1), i-iv. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539419001>
- Parra-Valencia, L. (2022). Grupalidad curadora: descolonialidad en prácticas cotidianas campesinas-afroindígenas. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 22(3), Article 3. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2992>
- Parra-Valencia, L. (2023). *Grupalidad curadora: Prácticas cotidianas, comunitarias y descoloniales*. Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. <https://doi.org/10.16925/9789587604108>
- Pérez, M. (2019). Violencia epistémica: Reflexiones entre lo invisible y lo ignorable. *El lugar sin límites. Revista de Estudios y Políticas de Género*, 1(1), Article 1.
- Rodríguez, L. y Senín, M. (2022). Aplicaciones móviles en español para evaluación e intervención en Salud Mental: Una revisión sistemática. *Ansiedad y Estrés*, 28 (2022), 47-54. <https://doi.org/10.5093/anyes2022a5>
- Sandoval-Casilimas, C. (1997). *Investigación cualitativa. Especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social*. Icfes.

- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. W. H. Freeman; trade distributor, Scribner.
- Villa, J. (2012). La acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales: ¿podemos pasar de la moda a la precisión teórica, epistemológica y metodológica? *El Agora USB*, 12(2), 349-365.