

Curso de Actualización Las 5 Rutas del Bienestar: Cuidando nuestra salud mental Sesión 1

Introducción¹

Las maneras cómo aprendemos, nos sanamos, nos relacionamos, e incluso como hacemos sentido de nosotros mismos se basa en una serie de supuestos. Estos supuestos, sea explícitos o implícitos, dan forma a nuestras comprensiones sobre el mundo a diversos niveles: ontológico (qué existe y cómo lo definimos), epistemológico (cómo conocemos y validamos el conocimiento) y metodológico (cómo estructuramos la investigación y la práctica). La salud mental no es una excepción. La manera como comprendemos el bienestar, llevamos a cabo investigaciones al respecto, diagnosticamos los estados de “no - bienestar”, y prescribimos tratamientos, no son ni neutrales ni naturales. En cambio, emergen de una trayectoria histórica y filosófica específicas. Precisamente porque estos conceptos no son fijos ni inevitables, permanecen abiertos a la crítica, la reinención y el cambio.

Este Curso de Actualización no se enfocará en mejorar el diagnóstico de condiciones de salud mental ni en prescribir un plan de tratamiento individual para las diferentes patologías. En cambio, nuestro objetivo es invitar a los participantes a reflexionar sobre los supuestos que configuran nuestra comprensión del bienestar con la esperanza de abrir espacios para la reflexión, la problematización y el cambio. Comenzaremos formulando preguntas clave que suelen pasarse por alto en las discusiones actuales sobre salud mental. Desde preguntas sobre la *ontología* como por ejemplo: ¿quién es el sujeto implícito en nuestras discusiones sobre salud mental?, hasta preguntas sobre la *epistemología*, como, por ejemplo: ¿cómo definimos y buscamos conocer sobre la salud mental?, y preguntas sobre la *metodología*, por ejemplo ¿cómo estructuramos nuestras prácticas y nuestras intervenciones para promover la salud mental? Estos enfoques no comienzan en el nivel de la aplicación, el cual ya acepta los términos y los supuestos que existen en las conversaciones actuales. En cambio, nos aproximamos a estos términos y supuestos desde una perspectiva histórica que cuestiona su aparente estabilidad. En este proceso, nuestra expectativa es problematizar las bases del discurso establecido en salud mental, presentando alternativas que surgen de las maneras de ser y hacer desde subjetividades disidentes.

Enfoques predominantes sobre salud mental

¹ Texto elaborado por Santiago Blanco (BA Hons Philosophy & International Relations, University of Sydney, Australia) para Cultivar Paz.

En la actualidad, las nociones prevalentes sobre el bienestar están enmarcadas desde los ideales de autosuficiencia, agencia racional y logro personal. Por ejemplo, a menudo se asocia el bienestar con la capacidad de autorregulación emocional, independencia y productividad.

Cuando las personas comenzamos a manifestar dificultades para adherirnos a estos ideales, rápidamente somos remitidos para evaluación a profesionales de salud mental como terapeutas y psiquiatras. En este contexto, las experiencias personales se descomponen para identificar patologías o trastornos, los cuales se interpretan como el resultado de factores biológicos, psicológicos o sociales. Los tratamientos, por lo general, son intervenciones terapéuticas o soluciones farmacológicas, destinadas a restaurar al individuo a un estado funcional conforme a los estándares dominantes de bienestar. Estos enfoques a pesar de que están ampliamente aceptados descansan en una serie de supuestos que merecen un escrutinio más atento.

Ontología: Re-pensar el sujeto para re-pensar el bienestar

Aunque a menudo discutimos qué es saludable para las personas o qué deberían hacer para mejorar su salud, rara vez reflexionamos sobre qué entendemos por "personas". Damos por sentada la idea de "persona" como una categoría evidente y asumimos un concepto universal del "ser humano". Sin embargo, nuestra comprensión de la naturaleza del ser humano no es natural ni atemporal. Está influenciada por momentos filosóficos específicos que han condicionado cómo entendemos al individuo y la individualidad. Estas conceptualizaciones del ser humano dan forma a nuestras definiciones y enfoques en salud mental, influyendo tanto en las categorías de diagnóstico como en las estrategias de intervención. Por lo tanto, nuestra primera reflexión debe centrarse en la ontología dominante del sujeto.

Cuando preguntamos "¿quién es usted?", la respuesta suele ser un nombre, una profesión, creencias u otras características individuales, las cuales consideramos evidentes y verdaderas. Sin embargo, estas respuestas están construidas desde una filosofía y una perspectiva histórica específicas. La idea del sujeto moderno como una entidad autónoma e individual es una construcción reciente, originada en los desarrollos filosóficos de la Ilustración, especialmente desde el siglo XVII.

En 1637, Descartes había ingresado al terreno inestable del escepticismo radical. Después conocido como el *escepticismo cartesiano*, Descartes comenzó cuestionando la realidad del mundo externo, la existencia de otras mentes y aún la confiabilidad de sus propios sentidos. Después de todo, notaba Descartes, la evidencia para inferir la existencia de todo aquello puede haber sido fácilmente fabricada por un 'demonio engañoso' cuyo pasatiempo es engañarnos para aceptar el mundo que él nos presenta. En un primer momento, tal creatura no podría saber hacia dónde ir partiendo de estas interrogantes, ¿cómo se supone que puedo conocer algo si dudo de todo? Eventualmente, Descartes concluye: "Si bien tengo razones para dudar de todo, puedo con seguridad

asumir que yo existo porque de otra forma, yo no podría pensar sobre mi existencia en primer lugar”.

Con frecuencia pensamos en las reflexiones de Descartes como llegando a la esencia de la identidad humana. Como un arqueólogo excavando a través de las capas de la tierra, Descartes excavó a través de lo probable para llegar a la certeza: “Pienso, luego existo”. A partir de dicha afirmación, nos proporcionó una base a partir de la cual establecer una línea divisoria entre nosotros y todo lo demás que careciera de lo que parecía la cualidad única de los seres humanos.

A través de sus reflexiones, Descartes no estaba solo llegando a la esencia de la identidad humana, sino construyendo una idea de lo que significa *ser humano* en primer lugar. En otras palabras, la proposición de Descartes no reveló una verdad preexistente y universal sobre la existencia humana, en cambio, estableció la base a partir de la cual una concepción particular del ser humano emergió y se desarrolló. Al adherir la identidad humana al pensamiento individual, Descartes preparó el terreno para una metafísica en la cual el “yo” era central. Esta lógica de separación entre el yo pensante y todo lo demás fuera de él, dio apertura a una ontología del ser construida sobre la autoridad individual y la supremacía de la racionalidad humana, una ontología que se convertiría en el principio básico organizativo de la vida contemporánea... (*Pensemos en ejemplos de la vida cotidiana...*)

El punto aquí es que Descartes ofreció una noción novedosa de la persona, una nueva comprensión de la existencia del sujeto social que aportó las bases para la filosofía occidental y la organización política a través de las décadas que siguieron. Este sujeto es exactamente en lo que la mayoría de nosotros pensamos cuando pensamos en nosotros mismos: un individuo autolimitado y delimitado que se distingue del resto del mundo. Aunque es cierto que afirmamos la importancia de nuestras relaciones, con frecuencia no pensamos que estas relaciones constituyen nuestra existencia. Pensamos en nosotros mismos como un *yo cartesiano*.

La concepción occidental del ser y sus implicaciones para comprender la salud mental

La concepción occidental del ser humano fundamentalmente configura la manera como comprendemos la salud mental y como promovemos el bienestar. Actualmente la noción prevalente de bienestar está dentro de los parámetros de autosuficiencia, agencia racional y logro personal. En la mayoría de las sociedades occidentales, se considera que un estado de bienestar equivale a la habilidad de ejercer autorregulación emocional, ser independiente y funcionar de manera productiva. Cuando nos alejamos de estos ideales, se nos ve como exhibiendo síntomas de “malestar” y somos llevados al terapeuta o al psiquiatra. Entonces, nuestras experiencias afectivas y físicas son cuidadosamente diseccionadas y comparadas con las patologías correspondientes, las cuales después son tratadas de una manera farmacológica o terapéutica.

Queremos llamar la atención sobre los estándares y procesos anteriores no con una intención de censura, sino como una invitación a que reflexionemos sobre los supuestos subyacentes que los condicionan. Los ideales que definen el bienestar, el diagnóstico del malestar y los tratamientos correspondientes, están basados en una visión del ser humano como un individuo autónomo y auto-contenido, cuyo bienestar depende principalmente de la regulación interna y la autorealización. El proceso de diagnóstico y tratamiento aborda a la persona de manera atomizada, precisamente porque los supuestos subyacentes consideran al individuo como un ser limitado y separado. Lo importante entonces es problematizar que nuestra comprensión de la salud mental tiene raíces en una concepción ontológica particular del ser que emergió de un momento específico del desarrollo de la filosofía en el Siglo XVII.

¿Por qué esto es importante?: La ontología de los pueblos originarios y los desafíos para Occidente

Rastrear el origen de las concepciones occidentales sobre la ontología del ser y su impacto en nuestra comprensión del bienestar y la salud mental nos permite cuestionar estabilidad de estos conceptos. Al situar la noción del ser humano individualizado en su contexto histórico, se revela que no es la única forma posible de entender la naturaleza humana, su existencia y su bienestar.

Siglos y en realidad milenios antes de la aparición del yo cartesiano, las comunidades de pueblos originarios alrededor del mundo habían construido su propia comprensión sobre la naturaleza de la existencia humana. Aunque con variaciones significativas en la constelación de posiciones ontológicas entre los pueblos originarios, un aspecto común es comprender a *la persona* como definida esencialmente por sus relaciones y parentescos con la naturaleza, con otros y con el mundo espiritual. En sus investigaciones sobre comunidades de pueblos originarios en Colombia por ejemplo, Mary Novoa y Kasokaku Busitana, advierten que en estas comunidades “las flores, el agua, los animales y los espíritus se entienden inextricablemente conectados en un estado de armonía y equilibrio” (Novoa & Mestre, 2021, p. 23). En este contexto y representando un contraste importante con el yo imbuido de una manera central en la ontología de Descartes, las concepciones ontológicas de los pueblos originarios son inherentemente relacionales: el ser no está aislado, contenido y delimitado de manera atomizada y en cambio es un ser relacional que se extiende más allá de su propia existencia individual. Este *ser* no deriva una satisfacción casual de sus relaciones de parentesco, con la naturaleza o con el mundo espiritual, sino que está constituido a través de estas relaciones.

Algo crucial es que, así como una particular comprensión del bienestar y la salud mental subyace a la concepción occidental del ser, las concepciones de pueblos originarios dan pie a comprensiones alternativas de lo que significa el bienestar. En el

marco de la ontología de los pueblos originarios la persona no se comprende como una entidad aislada sino inherentemente conectada a la tierra, a la comunidad y a la espiritualidad, por lo tanto el bienestar se comprende como la posibilidad de conservar el balance y la armonía dentro de estas relaciones. En cambio el malestar ocurre cuando se interrumpen estas relaciones, cuando se degrada el medio ambiente, cuando se quiebran los vínculos comunitarios o hay una desconexión con el mundo espiritual. Por lo tanto, la sanación involucra no solamente las emociones del individuo o sus estados cognitivos, sino restaurar el balance con una red más amplia de relaciones que sostienen a la persona. De manera consistente con este estilo de pensamiento, se comprende la salud como un fenómeno inter-relacionado en lugar de intrapersonal. La comprensión de la salud es integrativa porque se basa en una comprensión relacional del ser. Para ilustrar la forma estas diferentes concepciones sobre el ser impactan nuestras diferentes comprensiones del bienestar, consideremos el siguiente estudio de caso que compara la concepción occidental y Māori sobre la familia.

Estudio de caso: La Cosmovisión Māori y la familia

La familia en la cultura Māori² denota un sistema extendido de parentescos en lugar de la familia nuclear, y esto tiene muchas implicaciones para la salud³. Tradicionalmente los niños son cuidados tanto por los ancianos como por sus propios padres. Este sistema permite a los padres unirse a la fuerza laboral y reconocer al mismo tiempo las grandes habilidades y la tolerancia de los mayores en el cuidado de los niños. Esta práctica cultural fue criticada por los trabajadores de la salud que venían a Nueva Zelanda desde un pensamiento occidental quienes argumentaban que la familia nuclear era la única situación confiable para un menor de edad. Hoy en día hay menos estabilidad de la familia nuclear y el Departamento de Asuntos Māori en asociación con el Departamento de Bienestar Social ha lanzado un programa conocido como Matua Whāngai que motiva a los mayores a hacerse cargo de niños Māori que no han sido reclamados por sus padres⁴.

La contribución de la familia a la salud se extiende en otra dimensión. El sentido de identidad que es una pieza fundamental en la salud mental deriva para muchos de nosotros de los talentos individuales, las habilidades, o las ocupaciones; sin embargo, desde el punto de vista Māori la identidad deriva principalmente de las características de la familia. Una pregunta comúnmente formulada en la sociedad occidental para averiguar por la identidad de una persona es “¿usted qué hace, en qué se ocupa?”, en cambio en la sociedad Māori que la pregunta principal sería “¿dónde nació usted?” o “¿quién es su gente / su familia?”. De un lado la identidad es reconocida desde las vocaciones, de otro lado de las afiliaciones tribales.

² Māori es el pueblo originario de Nueva Zelanda

³ Esta sección está basada en Durie, M. (1985)

⁴ Para más información sobre Whāngai: <<https://teara.govt.nz/en/whangai-customary-fostering-and-adoption>>

Este enfoque orientado a la familia, con su tendencia a fomentar una identidad de grupo (en lugar de individual), contrasta con el enfoque occidental frente a la madurez y a la buena salud. Mientras en Occidente un estilo de vida independiente con frecuencia se piensa como señal de una buena salud mental, desde la perspectiva Māori insistir en una vida independiente equivale a estar en un frágil estado de salud. Mientras en Occidente se promueve la independencia de los padres, la eliminación de las brechas generacionales y la autoafirmación, en la cosmovisión Māori la insistencia de un individuo en su independencia es vista como una señal de inmadurez, mientras que la inhabilidad de depender de la familia se considera como innecesariamente defensivo. Estas visiones explican que muchos enfoques terapéuticos y de consejería dentro del campo de la salud mental han tenido poca credibilidad a los ojos del pueblo Māori.

Recapitulando

Un conjunto de presunciones ontológicas subyace en todo lo que hacemos. Nuestras conversaciones sobre la salud mental son un ejemplo primordial de esta afirmación. Estamos tan enfocados en medir lo que ayuda o perjudica a la persona, que muy pocas veces nos preguntamos: “¿quién es la persona?”. Lo que hemos intentado hacer hasta aquí, es presentar a ustedes estas cuestiones, problematizarlas, e invitarnos a preguntar “¿quién soy yo? y ¿quién piensa usted que seamos *nosotros*?” Para hablar verdaderamente sobre salud mental en una perspectiva alternativa, primero necesitamos comprender al sujeto de la salud mental de una manera diferente. Esto no es fácil especialmente porque la mayoría de nosotros nos vemos a nosotros mismos como seres individuales. Sin embargo, aquí hemos argumentado que continuamente debemos recordarnos que la perspectiva ortodoxa sobre salud mental no es natural sino que hay alternativas y que genuinamente podemos buscar estas alternativas.

Epistemología - la construcción del conocimiento

Para avanzar desde la ontología hacia los supuestos epistémicos que subyacen al discurso de salud mental, debemos comenzar por examinar cómo es que el conocimiento sobre salud mental se construye y se valida. El marco epistémico dominante prioriza el conocimiento objetivo, y los datos empíricos derivados de estudios clínicos y diagnósticos estandarizados como los que se encuentran en DSM (Manual para el diagnóstico y estadística de los desórdenes mentales) o ICD (Clasificación Internacional de las Enfermedades). Esta perspectiva asume que las condiciones de salud mental son entidades medibles y discretas que se comprenden a través de métodos cuantitativos y luego son tratadas con intervenciones focalizadas.

El pensamiento de los pueblos originarios difiere de esta aproximación occidental en varios aspectos, por ejemplo, la perspectiva Māori enfatiza la visión holística del mundo donde el conocimiento no se divide en categorías independientes, sino se comprende como relacionado y contextual. El conocimiento se enfoca en la interconexión de los individuos con su medio ambiente, con su comunidad y con los ancestros. Desde esta

perspectiva, no se comprende la salud mental desde los síntomas o las patologías, en cambio se comprende desde una aproximación más amplia e integrativa que reconoce la importancia de las relaciones, del contexto cultural y del bienestar colectivo.

El pluralismo epistémico desafía las tendencias reduccionistas e individualistas de los modelos de salud mental en Occidente. Abrazando una comprensión más relacional y contextual del conocimiento, las perspectivas de los pueblos originarios proveen una lente amplia a través de la cual la salud mental puede ser vista como dinámica, como una experiencia fluida y forjada por fuerzas históricas, sociales y culturales. En contraste con la búsqueda de verdades objetiva y universales, estos marcos culturales reconocen muchas formas de conocer y ser que son valiosos en sí mismas.

La praxis transformadora

Una vez hemos reflexionado sobre la ontología y la epistemología, ahora podemos avanzar hacia la metodología para indagar por las formas sobre las cuales se estructuran y llevan a la práctica las intervenciones sobre salud mental. En este proceso nos inspiramos en la Pedagogía del Oprimido de Paulo Freire (1996) para explorar la manera en que se pueden desestabilizar las tradicionales jerarquías en los métodos del cuidado de la salud mental.

Queremos dejar claro desde esta sesión introductoria que nuestra intención en este curso no es posicionarnos como portadores de un conocimiento incuestionable que les vamos a transferir/ depositar (Freire, 1996). Por eso mismo nuestra intención no es que ustedes absorban pasivamente este conocimiento para luego pasarlo a alguien más. Por el contrario, lo que deseamos es invitar a cada persona en este curso a verse a sí misma como colaborador en un proceso dialéctico de co-construcción de interrogantes y de conocimiento. Esta invitación se desarrolla en tres dimensiones:

1. Replanteamos cómo nos vemos a nosotros mismos en el proceso de aprendizaje

Animamos a cada participante a reconocerse como portador y buscador de conocimiento. Por un lado, estamos moldeados por profundas reservas de experiencia —nuestras historias, culturas, comunidades y trayectorias personales— que nos fundamentan en un conocimiento vivido y encarnado. Por otro lado, al no poder acceder a las realidades vividas de los demás, siempre nos encontramos en una posición de aprendizaje. Al afirmar ambos roles en nosotros mismos, desplazamos la dualidad tradicional de estudiante/profesor, endémica en los entornos educativos, y emergemos como sujetos que ven en sí mismos y en los demás la capacidad de enseñar y aprender.

2. Abrazamos la centralidad del diálogo

Aceptarnos como educadores y educandos transforma fundamentalmente el proceso de aprendizaje. De hecho, si comenzamos a alejarnos de las estructuras jerárquicas de enseñanza para reconocer el valor de cada voz, la búsqueda del conocimiento se convierte en un proyecto compartido y relacional basado en el diálogo. En este modelo, el aprendizaje no consiste en adquirir verdades fijas, sino en co-construir y co-interrogar el significado mediante encuentros dialécticos. Es a través de este encuentro —donde se ofrecen, se cuestionan y se reinventan ideas— que surge una comprensión más profunda, no como algo que ‘se posee’, sino como algo en constante movimiento.

3. Ampliamos las dimensiones del diálogo

Este diálogo, que creemos que sustenta la búsqueda del conocimiento, no solo ocurre entre personas, sino también entre ideas, marcos conceptuales y visiones del mundo. En este Curso de Actualización, invitamos a participar en encuentros dialécticos no solo entre las y los docentes inscritos, sino también a entrar en diálogo con distintos enfoques y marcos ontoepistémicos para comprender la salud mental y el bienestar. Concretamente, en el Curso vamos a entablar conversaciones entre dos modelos influyentes sobre el Bienestar y la Salud Mental: Las 5 Rutas del Bienestar (estrategia anclada en investigaciones sobre salud mental en Inglaterra, Australia) Te Whare Tapa Whā (modelo teórico que emerge de la cosmovisión Māori y que utiliza la metáfora de “Casa de Encuentro” para explorar las dimensiones de la salud mental). Sobre estos dos modelos trataremos en profundidad en las Sesiones 2 y 3.

Conclusión: Nuestro enfoque

Desde Cultivar Paz en este Curso de Actualización, vamos a orientar nuestras conversaciones para evidenciar los contrastes entre las diferentes aproximaciones sobre la salud mental, es decir, discutiremos cómo vemos a la persona (al ser humano), qué consideramos que es el conocimiento y cómo nos imaginamos las intervenciones sobre la salud mental. Esto nos va a permitir regresar a las discusiones previas ofreciendo un enfoque consistente entre lo ontoepistémico y lo metodológico. Aspiramos a que nuestros participantes puedan ver claramente cómo se enfoca en el marco dominante la salud mental y en cambio qué es lo que estamos proponiendo. Nos moveremos desde lo más abstracto como la ontología del ser, hasta lo concreto en lo metodológico y en las intervenciones sobre salud mental. Cada una de estas dimensiones son consistentes teóricamente una con otra, y están alineadas (ver Tabla 1) y aspiramos a que dicha consistencia sea el terreno sobre el cual construimos cada una de las sesiones en este Curso.

Tabla 1: Dimensiones y enfoques sobre bienestar y salud mental

Dimensiones de la Salud Mental	Enfoques Occidentales sobre la Salud Mental	Enfoques en cosmovisiones de pueblos originarios sobre salud mental
Ontología del Ser	Individualizado (Atomizado) y Autodeterminado	Relacional y mutuamente constitutiva
Epistemología	Universal – Positivista	Local – Plural
Praxis transformadora	Modelos bancario, terapéutico, farmacológico	Dialógica e intersubjetiva

Fuente: Santiago Blanco para Cultivar Paz

Referencias

Durie, M.H. (1985). A Maori perspective of health. *Social Science & Medicine*, 20, 483–486. doi:10.1016/0277- 9536(85)90363-6

Rochford, T. Whare Tapa Wha: A Māori Model of a Unified Theory of Health. *The Journal of Primary Prevention* 25, 41–57 (2004).
<https://doi.org/10.1023/B:JOPP.0000039938.39574.9e>

Story, B 2014, 'Alone inside: solitary confinement and the ontology of the individual in modern life', *Geographica Helvetica* vol. 69, no. 5, pp. 355-364, viewed January 14, 2023, 10.5194/gh-69-355-2014

Novoa, M & Mestre Izquierdo, K. B 2021, 'La justicia propia de los pueblos indígenas en Colombia. Conceptualización y ejercicios prácticos', *Saber, Ciencia y Libertad*, vol.16, no.2, pp. 21–43. doi: 10.18041/2382-3240/saber.2021v16n2.7747.