

Atención psicosocial y salud mental en víctimas del conflicto armado en Colombia, atendidas a través del programa PAPSIVI

Psychosocial care and mental health in victims of the armed conflict in Colombia, attended through the PAPSIVI program

Atenção psicossocial e saúde mental às vítimas do conflito armado na Colômbia, atendidas por meio do programa PAPSIVI

José Alonso Andrade Salazar¹; Melissa Pérez Herrera²; Sebastián Castrillón García³

¹Psicólogo. PHD. Pensamiento complejo. Docente investigador Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia (Colombia). ORCID: 0000-0001-7916-7409

Contacto: jose.andrade@tau.usbmed.edu.co; 911psicologia@gmail.com

²Joven investigadora Psicología Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia. ORCID: 0000-0003-2047-2374

Contacto: melyssaperez66@gmail.com; melissa.perez17@tau.usbmed.edu.co

³Joven investigador programa de Psicología de la Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia ORCID: 0000-0002-0304-0732.

Contacto: Sebastian.castrillon@tau.usbmed.edu.co; Schavok97@gmail.com;

Resumen

Se encontró que para los entrevistados la reparación psicosocial en el departamento del Quindío (Colombia) es negativa en tanto no cumple con los objetivos, ruta asistencial y capacidad de acceso equitativo, lo cual limita el proceso de reparación integral y, por ende, el goce efectivo de sus derechos en el plano de la salud. Aunque la mayoría conoce el programa y sus beneficios, no están de acuerdo con el manejo que los operadores dan a las actividades, ya que, a su juicio, se guían por el cumplimiento de objetivos e indicadores de logro más que por la vocación de servicio. En la población persisten: alteraciones físicas y mentales debido al conflicto armado, procesos psicológicos que se quedan abiertos o no se abordan, inequidad en el acceso a los servicios de salud mental, y la idea de ser re-victimizados por los sistemas de salud.

Palabras clave: Conflicto armado; PAPSIVI; víctimas; violencia; secuela psicológica; trauma psicosocial.

Abstract

It was found that for the interviewees, psychosocial reparation in the department of Quindío (Colombia) is negative insofar as it does not meet the objectives, care route and equitable access capacity, which limits the comprehensive reparation process and, therefore, enjoyment effective of their rights in the health field. Although the majority knows the program and its benefits, they do not agree with the management that the operators give to the activities, since, in their opinion, they are guided by the fulfillment of objectives and indicators of achievement rather than by the vocation of service. In the population, the following persist: physical and mental alterations due to the armed conflict, psychological processes that remain open or are not addressed, inequity in access to mental health services, and the idea of being re-victimized by health systems.

Keyword. Armed conflict; PAPSIVI; victims; violence; psychological sequel; psychosocial trauma

Resumo

Constatou-se que, para os entrevistados, a reparação psicosocial no departamento de Quindío (Colômbia) é negativa na medida em que não atende aos objetivos, via de atendimento e capacidade de acesso equitativo, o que limita o processo de reparação integral e, portanto, o gozo efetivo de seus direitos na área da saúde. Embora a maioria conheça o programa e os seus benefícios, não concorda com a gestão que as operadoras dão às atividades, uma vez que, em sua opinião, se pautam pelo cumprimento de objetivos e indicadores de cumprimento e não pela vocação de serviço. Na população, persistem: alterações físicas e mentais em decorrência do conflito armado, processos psicológicos que permanecem abertos ou não são atendidos, iniquidade no acesso aos serviços de saúde mental e ideia de ser revitimizado pelos sistemas de saúde.

Palavras-chave. Conflito armado; PAPSIVI; vítimas; violência; seqüela psicológica; trauma psicosocial

OPEN ACCESS



Copyright: © 2020 Revista Kavilando.

La Revista Kavilando proporciona acceso abierto a todos sus contenidos bajo los términos de la [licencia creative commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) Atribución–NoComercial–SinDerivar 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Tipo de artículo:

Investigación

Recibido: enero de 2020

Revisado: abril de 2020

Aceptado: mayo de 2020

Citar así: Andrade Salazar, J. A., Pérez Herrera, M., & Castrillon Garcia, S. (2020). Atención psicosocial y salud mental en víctimas del conflicto armado en Colombia, atendidas a través del programa PAPSIVI. *Revista Kavilando*, 12(2), 326-344. Obtenido de <https://kavilando.org/revista/index.php/kavilando/issue/archive>

Introducción

El conflicto armado, político y social interno en Colombia reúne en interacción múltiple diversas coyunturas sociopolíticas, entre las que sobresalen: la resistencia bélica de las clases dominantes y castas políticas de los años 40's-50's ante la posibilidad de reformas político-económicas (Pécaut, 1985); las demandas de reivindicación y reconocimiento político de grupos populares emergentes -ante el monopolio federalista del poder- (Grisales & Insuasty, 2016); el reclamo de igualdad de oportunidades por parte de amplios sectores de la sociedad que han vivido en la extrema pobreza (Giraldo, 2014); la insuficiencia del gobierno para defender y cumplir los derechos de las personas (Villa, 2007); la emergencia de grupos de insurgencia armada desde finales de los años 40's y que, muchos de ellos, en la década de los 80's amparados por el narcotráfico instalaron en el territorio nacional una cruenta guerra contra el Estado de la cual, las comunidades campesinas fueron sus víctimas principales (Fundación Pares, 2019; Medina, 2012; Molano, 2015; Wills, 2015); la creciente desigualdad socioeconómica, aunada al aumento de las necesidades básicas insatisfechas, carencia de oportunidades laborales, privatización de la educación y abandono estatal (Oquist, 1978; Pécaut, 2018; Vásquez, 2008), entre otros aspectos, que a la fecha posibilitan el desarrollo de la barbarie a la que se han visto sometidos personas y comunidades durante más de siete décadas de guerra (Andrade et al., 2019).

En gran medida las últimas seis décadas de la historia colombiana se ha caracterizado por la presencia y mantenimiento del conflicto armado violento percibido como insuperable (Villa, 2016). Tal como lo señala Pécaut (1985, 2001) aspectos como la división desigual de la tierra y la falta de apoyo político y social dieron lugar a la barbarie mediante la lucha armada y con ello, al asesinato, intimidación, silenciamientos, reclutamientos, desapariciones, secuestros y al desplazamiento forzoso, que a través de mecanismos de represión y violencia afectaron mayormente a la población rural.

La secuela de estas atrocidades se ha instalado de forma transgeneracional en la memoria colectiva como estigma y a la postre, determina formas desajustadas de respuesta ante la crisis (horror, desconfianza, apatía política, desencantamiento, desesperanza) (Aristizábal et al., 2012; Aristizábal, 2013). Así las cosas, resulta innegable el impacto del conflicto armado en la vida individual, familiar y social de las víctimas, de allí que el desplazamiento constituya un evento trágico de ruptura física y mental que aumenta el deterioro y pérdida de las redes sociales y culturales de apoyo, lo que actúa en detrimento de su bienestar patrimonial y torna a las víctimas en población de elevada vulnerabilidad y a la vez los expone a escenario de revictimización en su trasegar por distintas ciudades y contextos.

En Colombia, según cifras de la Red Nacional de Información (RNI, 2020) y el Registro Único de Víctimas (RUV, 2020) para el año 2019 se registraron 101.499 nuevas personas declaradas en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado y 9.041.303 personas reconocidas como víctimas, de las cuales 7.300.537 cumplen los requisitos para acceder a las medidas de atención y reparación. De ellos



4.487.813 son hombres y 4.549.399 mujeres, 3.432 pertenecen a la comunidad LGBT, 246 no informa y 413 afirman ser intersexuales. Respecto a la pertenencia étnica 7.499.798 víctimas afirman no pertenecer a ninguna etnia, 1.129.116 son afrocolombianos, 384.389 indígenas, 9.304 gitanos, 6.557 palenqueros y 11.294 raizales del archipiélago de San Andrés y providencia. 312.485 víctimas están entre 0-5 años, 866.643 entre 6-11 años, 1.073.980 entre 12-17 años, 2.024.486 entre 18-28 años, 3.496.581 entre 29-60 años y 1.001.549 61-100 años. Por último, 222.033 víctimas tienen discapacidades de tipo: auditiva, física y visual, 26.368 de tipo intelectual y psicosocial. En el departamento del Quindío hay 42.041 personas víctimas de conflicto armado registradas, de las cuales 38.307 son víctimas sujetas de atención, 2.248 víctimas de sentencias y, por último, 3.734 son víctimas directas de desaparición forzada, homicidio, fallecidas y no activos para la atención. Así, cerca del 8 % de habitantes es víctima de conflicto armado, lo que revela que el departamento es mayormente receptor que expulsor, y de ese 8 % casi el 90 % son víctimas de desplazamiento forzado (Diario La Crónica del Quindío, 2020).

Como consecuencia directa de la violencia, los trastornos mentales emergen a modo de correlato del alto impacto del evento traumático a lo que se suman, factores sociales propios del desplazamiento (humillaciones, aumento de necesidades, desempleos, señalamiento social, abandono estatal, miedos, etc.) que pueden detonar, mantener o agravar los síntomas mórbidos ya presentes en lo físico y mental. Así la exposición a la violencia genera en las víctimas alteraciones en el sueño, desórdenes alimenticios, trastornos del estado del ánimo (depresión, ansiedad, angustia, estrés), además de efectos culturales relacionados con el abandono de sus amistades, costumbres, y del estilo de vida propio de sus comunidades de origen que alteran drásticamente el sentido de unión, apoyo, familia y comunidad (Camargo & Castro, 2014).

Asimismo, acontecimientos como el asesinato, desaparición forzada, torturas, secuestros, acoso, amenazas, persecuciones, entre otras formas de violencia, producen una huella psicológica dolorosa en las personas que pueden aparecer a corto, mediano y largo plazo en todos los miembros de la familia. De ello se afirma que las víctimas del conflicto armado generan síntomas como ansiedad insomnio, tristeza y estado de alerta exagerado que constituyen reacciones esperadas a situaciones extremas, que también pueden considerarse factores de riesgo para desencadenar una patología o trastorno mental (Aristizábal et al., 2012; Centro de Memoria Histórica - CMH, 2011; Giraldo, 2014; Posada et al., 2009).

En respuesta al aumento de víctimas y la vulnerabilidad biopsicosocial asociada, el Estado crea a través del Decreto 4800 (Ministerio de Salud y Protección social - MSPS, 2011) el Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI) (MSPS, 2011) que permite a los diferentes profesionales abordar los impactos psicosociales y daños en la salud física y mental de las víctimas, en los ámbitos individual, familiar y comunitario. Esto con el fin de mitigar su sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades (Bejarano, 2017). Así, se propone que la atención psicosocial de las víctimas en el marco de la reparación cuente con



cuatro fases: focalización y contacto, caracterización, atención y cierre, describiendo estas como el primer contacto con la víctima a través de visitas domiciliarias y así mismo brindando información del PAPSIVI, contando también con los primeros auxilios emocionales, evaluando las necesidades ya sea de atención física o mental; asimismo, la caracterización consta de identificar los daños e impactos sufridos en el ámbito individual, familiar y comunitario en el desarrollo de un plan mediante las capacidades y recursos propios que puedan fortalecerse para mitigar el daño en el plan de atención.

Lo ideal es que dicha atención se trabaje de acuerdo con la caracterización psicosocial y el plan de atención elaborado, y que este sea realizado por equipos interdisciplinarios preparados y con experiencia en atención psicosocial y comunitaria con víctimas o población vulnerable. Como proceso final, se busca evaluar el proceso de atención psicosocial mediante la participación de las víctimas, sus familias y organizaciones.

Método

Diseño de la investigación: esta es una investigación cualitativa con análisis de contenido abordado desde el modelo hermenéutico. Se empleó el análisis narrativo para comprender los relatos de trece personas víctimas del conflicto armado, residentes en el departamento del Quindío asentadas en la ciudad de Armenia. Como técnica de recolección de la información se acudió a la entrevista semiestructurada.

Descripción de la muestra y de los escenarios:

Se entrevistó a 13 personas víctimas de actos de lesa humanidad en el marco de conflicto armado colombiano, cuyo origen territorial, étnico y experiencial es diverso. Estas personas fueron mayores de edad residentes en el departamento del Quindío en la última década. El perfil variado implica que hayan denunciado o no el acto de lesa humanidad, que sean víctimas directas o indirectas, de ambos géneros, de escolaridad diversa completa o incompleta, estrato socioeconómico vario y víctimas de violencia. La muestra fue de tipo no representativa, además de no-probabilística; el muestreo tipo bola de nieve.

Aspectos éticos: a cada uno de los participantes se le aplicó un consentimiento informado previo a la entrevista, avalado por el comité de bioética de la Universidad de San Buenaventura Medellín. En el consentimiento se especifican: el Tratamiento incógnito de los datos, la no identificación en las publicaciones, el respeto por la dignidad y confidencialidad de la información, el no recibir pago alguno y la posibilidad de abandonar la entrevista sin dar explicaciones cuando lo considere necesario.

De acuerdo con los lineamientos inscritos en la Resolución 008430 del Ministerio de Salud Colombiano (República de Colombia - Ministerio de Salud, 1993), la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en la presente investigación se consideraron aspectos como los mencionados en el artículo 6 del capítulo II, con respecto al consentimiento informado, para el cual se contó con la autorización expresa de los sujetos participantes, con la aprobación del proyecto,

por parte del Comité de Ética de la institución responsable de la investigación.

Técnica cualitativa de elección: se aplicó a los participantes una entrevista semiestructurada diseñada para esta investigación, no obstante, por motivos de seguridad asociados a la pandemia, las entrevistas se realizaron vía virtual previa firma del consentimiento informado, mismo que fue enviado escaneado y con firma para la verificación de las condiciones bioéticas de la investigación; dichas entrevistas se grabaron en audio digital, y después fueron transcritas textualmente en MS Word.

Procedimiento:

En la investigación se siguieron los siguientes pasos: definición del problema de investigación; búsqueda y selección de casos y escenarios de análisis; acceso al campo y definición del marco temporal de estudio; diseño de trabajo a seguir y selección de las estrategias metodológicas; aspectos bioéticos; acopio de datos-información de las entrevistas; sistematización y análisis de contenido de las narrativas; comprensión del sentido relacional del problema; y, redacción del informe final de investigación; devolución de los hallazgos a través de evento de socialización de resultados.

Las narrativas de las trece entrevistas se consolidaron en una matriz de contenido intertextual, de ellas se extrajo la percepción de las víctimas del conflicto armado colombiano acerca de la atención psicosocial y la salud integral recibida (PAPSIVI), además, de identificar en estos discursos, las relaciones y sentidos emergentes en torno al problema de investigación.

Fiabilidad y validez: la entrevista semiestructurada se validó a juicio de dos expertos en el tema. La validez de la información teórica se dio con base en el uso de fuentes confiables y bases de datos.

Resultados y Discusión

De las cuatro fases planteadas en el marco del PAPSIVI como necesarias para la reparación integral e integrada, es dable señalar que estas se cumplen medianamente ya que, la focalización y contacto, no se da en pleno, en parte por problemas en las visitas -dada la complejidad de las zonas donde se asientan las comunidades-, lo cual limita el acceso a la orientación sobre el programa y con ello, el primer encuentro en el que se le aplicaría a la persona los primeros auxilios psicológicos, y a cambio de ello, prima el desconocimiento del programa y sumado a esto, la dificultad de acceder al operador que garantice el cumplimiento del derecho. Dicho aspecto aumenta la impresión de existencia de trabas institucionales, lo cual, es percibido por las personas como una deficiencia en vías de exclusión, señalamiento e impedimentos respecto a la atención en salud mental y física. Esto se identifica como un impedimento cercano a la revictimización por vía institucional. Para las personas la acción del Estado es incipiente y en torno a ello señalan:

"No son acciones completas ni eficaces para el tema de recuperación de las víctimas, ya que cada una de las rutas, programas o proyectos que sean dirigidas para las víctimas del conflicto en especial para la



recuperación mental debe ser por largo tiempo, rutas y proyectos implementados para una recuperación de la víctima” (Entrevistado 1, 2020). “cómo le digo el dinero no lo cura, sin embargo, nos ha tocado más duro porque el Estado no me ha brindado ayuda económica, aunque nunca me he acostado con hambre o algo así, eso hace falta” (Entrevistado 6, 2020); “a cada rato llaman y hagan lo uno y lo otro y queda en veremos y nada no pasa. El Estado no avanza desde hace tres años, ni un techo ni nada y si uno llama allá lo dejan en espera y de ahí no pasa” (Entrevistado 9, 2020).

Por su parte, la caracterización social se cumple en gran medida, porque se realiza como parte del procedimiento asistencial y se estima a modo de criterio obligatorio para el acceso al programa, empero no se realiza en todos los casos la caracterización enfocada en acercarse a la condición psicológica de la víctima dado que, el proceso anterior se incumple o no se realiza completamente ya que, no se efectúa la visita inicial, no se concreta la agenda o no se realizan todos los procedimientos proyectados en la visita. Lo anterior, aumenta la vivencia de abandono o de injusticia cuando de reparación se trata, por ejemplo, algunos señalan:

“(…) las víctimas en si no hemos tenido apoyo, el que es vivo aprende a vivir o viene de otra parte y se hizo pasar por víctimas o por y saco subsidio, pero las verdaderas no (...) pasamos de capacitación a capacitación; a uno le da mucha tristeza porque bueno, yo no chillo, porque que gano con eso (...) no solo decirle a uno vea usted haga las cosas así si no enseñarle a cómo funciona las cosas” (Entrevistada 6, 2020)

En este tenor, la atención es uno de los tópicos más controversiales, puesto que, si se obstaculiza la caracterización psicosocial y esto dificulta la elaboración del plan de atención lo cual, es consecuencia de la falta de la focalización de los problemas biopsicosociales, las personas entienden con esto que, no existen verdaderas garantías de asistencia encaminadas al abordaje y superación de las secuelas dolorosas que deja el conflicto armado. En este sentido, aspectos como la atención escasa y limitada (consultas cortas entre 15 y 20 minutos) no permite profundizar en aspectos relevantes del trauma, lo que abre heridas emocionales que se reactualizan e intensifican debido a nuevas vulnerabilidades; hay que agregar además, periodos de tiempo largo entre citas psicológicas (motivados casi siempre, por la elevada demanda del profesional o del servicio), de tal forma que no existe la percepción de atención diferencial cuando se trata de víctimas del conflicto armado, ejemplo de ello es visible en el siguiente testimonio: “Dicen que las personas víctimas tienen una prioridad, pero es falso, como le cuento, mi madre sufre del corazón y a pesar de que es una persona de la tercera edad, no cuentan con el apoyo médico” (Entrevistado 1, 2020)

En cuanto el cierre del proceso encaminado a generar un proceso eficiente intervención que suscite empoderamiento de la condición humana afectada por la guerra, se puede afirmar que dicho ítem no se cumple porque las víctimas consideran que no existen garantías de un proceso de restauración biopsicosocial justo, dignificante y conciso en el que el trauma y sus secuelas físicas y emocionales sean

tramitadas adecuada y oportunamente. Por esta razón, las víctimas sienten que los procesos se quedan incompletos o “a medias”, sin atención interdisciplinaria ni su participación en la evaluación del proceso y del programa. Parte de estos problemas se identifican a través de la siguiente narrativa

“siempre se he dicho que es un programa muy importante para las víctimas siempre y cuando, este se sepa implementar con las víctimas; y que el PAPSIVI manejado por los operadores es algo perverso para las víctimas, ya que es una acción con año al pasar de psicólogo en psicólogo; debe terminarse el proceso con un solo profesional. Para nosotros las víctimas es demasiado deprimente que llegue una persona psicóloga contar toda nuestra línea de tiempo, contar toda nuestra historia, comenzar a hacer un proceso y a los 2 o 3 meses, cambian ese psicólogo, nos traen otro y nuevamente debemos empezar desde cero a contar nuevamente la historia. Lo más triste, es que muchos de estos profesionales llegan solo para que las víctimas les firmen la asistencia, toman una foto y pare de contar. Lo más perverso es como lo piensan implementar ahora en el departamento que dicen que lo harán de una forma virtual, cuando decimos que no es la forma para abordar a las víctimas” (Entrevistada 10, 2020)

Este comentario guarda relación con los efectos de la pandemia por Covid-19 en la atención psicosocial a las víctimas, puesto que, si antes de la pandemia el PAPSIVI se percibía como ineficiente, la idea de atención virtual a poblaciones con insuficiencias en su capacidad de acceso a mediaciones virtuales instala una barrera o impedimento que limita el goce efectivo del derecho a la salud y difuminan en este aspecto, el ideal de reparación integral. Es importante señalar que aun con estos inconvenientes, también existen miradas de aprobación al programa en lo que toca al desahogo que este produce y a la posibilidad de contar sus problemas de forma catártica y en un espacio en el que pueden sentirse seguros,

(...) si señora, personalmente y como representante del PAPSIVI en el municipio me parece que atiende y valora, en la reparación colectiva y reparación individual de parte, del gobierno, son las personas o psicólogas que vienen a orientarnos, de grupos al margen de la ley y de todo tipo de violencia, para los que sabemos aprovechar el PAPSIVI dentro de la ley” (Entrevistado 11, 2020); “cuentan que vienen y le preguntan a usted que como fue la salida, cómo va el proceso de uno, si lo pudo superar, no pues muy bueno porque lo escuchan y se entera uno de cosas que no sabía, le sirve a uno muchísimo. aunque uno dice que los psicólogos son para locos y es que uno necesita desahogarse” (Entrevistado 12, 2020); “Laura nos ha estado explicando sobre eso, el programa que trata de muchos consejos y apoyo de algunas situaciones que le comuniquen a ella, y pues me parece muy bueno porque muchas veces uno se siente estresado por las situaciones duras y uno tiene un apoyo ahí (Entrevistado 8, 2020).

Con todo y lo anterior, las posiciones a favor y en contra, especialmente aquellas que reiteran el desencanto con este programa y la forma en que se maneja, aumentan el inconformismo con la reparación estatal y las garantías de seguridad en salud interinstitucional brindadas a las víctimas del conflicto armado, aspecto en que coinciden diversas investigaciones (Escudero & Cabrera, 2015;

Mogollón, 2004; Mogollón et al., 2003; Moreno, 2010). Hay que agregar, además, que las dificultades para tramitar los contenidos dolorosos de las experiencias de la guerra, dada la precariedad del sistema de asistencia, y su escaso o nulo trámite en lo psicológico, incrementan la nocividad del trauma, mismo que a causa de ello, permanece abierto y desata un mayor dolor emocional.

Grosso modo, dichos problemas aumentan en la población la idea de que el sistema los revictimiza al no brindarles el espacio pertinente para la restitución de sus derechos. El problema puntual percibido tiene que ver con el hecho de no sentir que reciben la atención en salud mental y física acorde a sus necesidades, lo cual, aumenta su vulnerabilidad biopsicosocial y torna negativa la percepción del sistema de salud y del Estado. Estudios revelan que en las víctimas del conflicto armado se ha encontrado como principal impacto psicológico: trastornos de estrés postraumático, del estado de ánimo, de ansiedad y depresión, además de actitudes desaprobatorias respecto a la función reparatoria de las instituciones estatales (Cáceres et al., 2002; Escudero & Cabrera, 2015; Moreno et al., 2009).

Así las cosas, la presencia de daño psicológico, incluso una década después de las situaciones de violencia, evidencian el menoscabo prolongado y real en términos de salud mental (Velasquez, 2008; Andrade, 2011; Andrade & Parra, 2013; Camargo & Castro, 2014). Conviene añadir que los hechos victimizantes prevalentes en las personas entrevistadas son: "homicidio, desplazamiento forzado, tortura, desaparición forzada, violencia sexual y reclutamiento de menores" (Entrevistado 10, 2020); igualmente señalan: "desplazamiento forzado en el ámbito familiar en el año 2008 o 2006 no me acuerdo bien, nos tocó dejar toda la finca para poder librar a un reclutamiento, antes obligaban a la gente que los siguiera y querían que se fueran con ellos o sino los mataban, y nos tocó dejar todo por allá" (Entrevistado 8, 2020); a los que se agrega: ejecución extrajudicial, desaparición forzada, masacres. Dicho esto, el conflicto armado afecta la estabilidad y continuidad de la familia, atomizando a sus miembros y generando en aquellos que sobreviven, secuelas biopsicosociales permanentes que los afectan de forma continua. Asimismo, señalan que en su huida dejaron todo atrás -enceres, tierras, remanentes- abandonando su tierra, territorio y comunidad: "Ahhhh pues cuando salimos de por allá era porque nos querían quitar a el hijo más grande mío, nos tocó dejar todo, la finca y dejar todo abandonado ahí para poderlo liberar a él" (Entrevistado 2, 2020).

El aumento del daño psicológico percibido guarda relación también con las dificultades de acceso y el desconocimiento de los programas y proyectos implicados en los sistemas de reparación a las víctimas; de allí que muchas personas debido a esta inconsciencia sienten que no se cumple su derecho a la reparación integral, situación reflejada también en otros programas de asistencia, tal como lo referencian estudios sobre el tema realizados por Arévalo (2010); Insuasty et al., (2010); Portilla y Correa (2015); Villa y Insuasty (2016). Vale decir, que la mayoría de las personas entrevistadas conocen de forma superficial el Programa PAPSIVI, y señalan que queda corto al momento de brindar la asistencia necesitada, ora por la falta de personal capacitado o porque la demanda asistencial resulta tan elevada que desborda las posibilidades de asistencia de un programa en salud que ya se encontraba

previamente desbordado y con graves falencias, lo cual lleva en gran medida, a cuestionar la eficacia de la política pública en salud mental a la vez que la eficacia del programa per se (Aristizábal, 2013; Ibáñez & Velásquez, 2008; Molina et al., 2013; Moreno, 2010). Las siguientes opiniones dan cuenta de lo identificado,

“el programa trata de mucho consejo apoyo y alguna situación cuando uno está estresado” (Entrevistado 2, 2020); “Si tengo conocimiento, pero superficial y hasta el momento me ha parecido una buena ayuda” (Entrevistado 8, 2020); “sé que es una orientación psicosocial. Pues apenas estamos en el proceso así que no sé qué decirte y no te puedo dar una respuesta acertada” (Entrevistado 3, 2020); “Dicen que le ayudan a uno y mentiras solo dos ayudas de doscientos y picos. Las víctimas en si no hemos tenido apoyo” (Entrevistado 4, 2020); “no lo conozco y nada de eso” (Entrevistado 5, 2020); “cuentan que vienen y le preguntan a usted que como fue la salida, cómo va el proceso de uno si lo pudo superar” (Entrevistado 12, 2020)

Asimismo, influye la percepción de instrumentalidad del programa en tanto pueden considerar que los profesionales no se orientan por la vocación al servicio sino por conveniencias propias asociadas a la idea de cumplir un requerimiento o indicador de logro, ejemplo de esta situación es visible en la siguiente opinión: “Lo más triste, es que muchos de estos profesionales llegan solo para que las víctimas les firmen la asistencia, toman una foto y pare de contar” (Entrevistado 1, 2020). Es importante mencionar que el conflicto armado colombiano se ha caracterizado por la violación constante a los derechos humanos de personas, grupos y comunidades, especialmente, de la población vulnerable de amplios sectores rurales, mismos que presentan dificultades de acceso a los programas de reparación que el gobierno oferta (Cáceres et al., 2002; Rodríguez-Triana & Benavides-Piracón, 2016).

Dicho sea de paso, la violencia se constituye en el mediador principal entre amigos vs enemigos, escenario donde la mayoría de las veces la población civil, cae presa de la guerra, la cual deja secuelas permanentes en su estilo de vida (Andrade et al., 2017; Fajardo, 2015). Dichas huellas se instalan de forma perseverante en el psiquismo de las víctimas y dada su enorme nocividad, constituyen asociaciones permanentes de eventos y afectos dolorosos denominados traumas, mismos que dan forma al creciente malestar experimentado por las víctimas. En torno a ello, los entrevistados expresan que tienen secuelas psicológicas graves tales como, depresión, tristeza, ansiedad y labilidad emocional (susceptibilidad), temor e inseguridad, sentimientos de abandono estatal y de la sociedad, algunos ideas persecutorias y problemas del sueño vinculados a las preocupaciones pasadas y del diario vivir, lo cual, incrementa la intensidad mórbida de los síntomas. En este tenor, señalan:

No sé, de tanta angustia y la depresión que me dio estuve en el hospital psiquiátrico, mucho tiempo debido a eso creo yo que empecé como mal, enferma y con el grupo cada tarea es muy difícil; las cosas pasan y nunca más se pueden olvidar” (Entrevistado 6, 2020); “Mi madre una de la enfermedad que sufre es la depresión y del corazón” (Entrevistado 1, 2020); “uno sufre mucho de tener que vivir de posada y

en ese tiempo teníamos niños muy pequeños y eso siempre es duro (Entrevistado 8, 2020); miedo porque me daba miedo diligenciar ir a las instituciones igual manera depresión porque lloraba mucho y empecé a subir de peso porque ya no trotaba y sentía miedo salir a la calle (Entrevistado 13, 2020)

A las afectaciones psicológicas siguen efectos fisiológicos y sociales, que conmueven la adaptabilidad a los nuevos escenarios de reasentamiento, y dificultan la experiencia vital de estabilidad y autorrealización. En consecuencia, en el ámbito psicológico, emergen tanto trastornos, como problemas psicológicos y patologías mentales de tal modo que, aquellos que han padecido la violencia del conflicto armado sufren de algún problema o trastorno psicológico entre los que se encuentran: Trastorno por estrés postraumático, trastornos por ansiedad generalizada y también, fobia social, además de problemas relacionados con las habilidades sociales y en muchos casos, problemas de socialización asociados a la estigmatización y el miedo al rechazo (Periódico El Espectador, 2017; Ramirez et al., 2016; Torres et al., 2010).

Dicho de otro modo, la gran mayoría de la población entrevistada experimenta sintomatología cognitiva ansiedad flotante, tristeza, insomnio, preocupación permanente, hipervigilancia, dificultades de concentración, problemas para ejecutar adecuadamente las actividades de la vida diaria (AVD).

Las secuelas se mantienen por largos periodos de tiempo y constituyen la base sobre la cual se asienta la intranquilidad y la desconfianza ante los nuevos espacios de reasentamiento, afirmación en la que coinciden diversas investigaciones sobre la salud mental de las víctimas implicadas en situaciones de conflicto armado y actos de lesa humanidad (Campo et al., 2014; Lozano & Gómez, 2004; Organización Panamericana de La Salud & Instituto Nacional de Salud - INS, 2002; Periódico El Espectador, 2017).

Yo pienso que una de las secuelas es el pasado (...) recordar ese pasado es una de las secuelas más fuertes que podemos tener como víctimas" (Entrevistado 1, 2020); "odio (...) delirios de persecución" (Entrevistado 3, 2020); "Muchas porque no se olvidan lo que pasó" (Entrevistado 6,2020); "Han sido súper duras, porque es angustiante y es una herida que cierra y sana, pero queda la cicatriz y así no duela tiene un efecto en el pasado y siempre queda algo ahí" (Entrevistado 8, 2020); "Depresión, ansiedad (Entrevistado 13, 2020).

En este caso, la violencia y los problemas de salud mental y física agregados se consideran un grave problema de salud pública que afecta significativamente a la salud mental de las personas implicadas (Cudris & Barrios, 2018). La situación de violencia sociopolítica y el conflicto armado en Colombia generaron una elevada cantidad de víctimas, que pueden clasificarse de acuerdo con el hecho victimizante: personas en situación de desplazamiento, personas víctimas de reclutamiento forzado, con familiares víctima de desapariciones forzadas, familias con secuelas de exposición a actos violentos, víctimas de amenazas, secuestros, acoso, persecuciones, sobrevivientes de masacres, entre otras circunstancias victimizantes (Ramirez et al., 2016). En este tenor, indican que las personas tienen afectaciones biológicas y psicológicas conjuntas, las cuales, a menudo no son atendidas de forma

adecuada por las entidades de salud, de allí la importancia de asociar trauma mental, físico y social puesto que, tal como señala Martín-Baró (2000) constituyen un nodo de eventos, sentimientos, vivencias y creencias que se articulan y dan forma al malestar permanente que vivencian las víctimas de actos de lesa humanidad. Grosso modo, las personas se quejan de dolores físicos incrementados a causa del conflicto armado y sus secuelas producto del desplazamiento y del asentamiento en territorios complejos. Entre los síntomas físicos se encuentran: cefalea, dolor precordial, gastritis, cáncer y diabetes. Tómese como ejemplo:

mi madre una de la enfermedad que sufre es la depresión y del corazón” (Entrevistado 10, 2020) “a mí me dio cáncer, empecé a sufrir azúcar en la sangre y yo después de la operación he quedado super hinchada. Cada 4 meses me toca sacar la cita (Entrevistado 12, 2020); (...) mi esposa eso fue lo que le paso a ella que ella viene así desde que le mataron a ese muchachito empezó a decaer y decaer y le empezó ese derrame; ella por dentro no deja de pensar en eso (Entrevistado 5, 2020).

Cabe precisar que la mayoría de la población entrevistada expresa no contar con una adecuada atención en salud mental por parte de los profesionales del programa PAPSIVI en lo que toca a procesos cortos en cronicidad e intensidad horaria; además, de falta de constancia en los profesionales de apoyo pues, el hecho de “pasar de mano en mano” implica abrir varias veces el mismo proceso psicológico, lo cual, causa revictimización porque no se tramita adecuadamente el dolor psicológico, y al respecto, señalan: “no se nos atiende adecuadamente (...) hay poco tiempo para uno abrirse a una persona desconocida” (Entrevistado 4, 2020); así como también: “Si uno se olvida del proceso, o no va, o lo dejan de atender, puede que cuando uno regrese ya no esté la persona que lo atendió” (Entrevistado 6, 2020).

Dicho de otra manera, en la opinión de los entrevistados, el PAPSIVI al no ofrecer los elementos para restituir el derecho a la reparación en salud, no permite superar la secuela traumática causada por la experiencia de la violencia, y en dicho aspecto, se queda abierto el problema -porque no se aborda, se cambia de profesional, o se atiende medianamente-, lo cual, tiende a revictimizarlos.

Ante la inatención muchos de ellos refieren acudir a personas externas como amigos o familiares para elaborar sus preocupaciones lo cual, aunque resulta importante solo puede comprenderse como paliativo.

En las personas entrevistadas el mal funcionamiento del programa se asocia al mal operar de las organizaciones del Estado (Instituciones), lo que según varios autores se debe a la experiencia de vulneración de los derechos a la salud y la educación, y a no recibir atención oportuna y diferenciada acorde a sus necesidades y demandas asistenciales, especialmente en lo que toca a equidad en el servicio, continuidad en la asistencia, priorización de casos, humanización y calidad en el servicio, ayuda familiar y comunitaria, y garantías de subsistencia familiar (Escudero & Cabrera, 2015; Moreno, 2010; Moreno et al., 2009; Ramirez et al., 2016). En otros términos, la percepción de ineficacia en la reparación integral e integrada para las víctimas se ve incrementada por aspectos como los siguientes,

No son acciones completas ni eficaces para el tema de recuperación de las víctimas... la recuperación mental debe ser por largo tiempo, rutas y proyectos implementados para una recuperación de la víctima" (Entrevistado 1, 2020); "No tengo moral nada porque a cada rato llaman y hagan lo uno y lo otro y queda en veremos y nada no pasa; el Estado no avanza (Entrevistado 9, 2020); El gobierno puede estar ayudando a la gente, pero hay mucha gente que abusa de esas ayudas" (Entrevistado 12, 2020); "Incapacidad, porque no tienen en cuenta o negligencia porque ellos conocen el tema muy a fondo de nosotros y nos han dejado solos (Entrevistado 13, 2020).

A lo anterior se suma la opinión generalizada sobre desatención, falta de afiliación y de priorización sobre los servicios en salud en general. Y aunque algunos entrevistados especifican recibir una atención regular o aceptable, prima en la población el desconcierto ante el servicio y la idea de que el sistema no repara efectivamente a las poblaciones afectadas por la violencia y la guerra. Al respecto opinan,

Dicen que las personas víctimas tienen una prioridad, pero es falso" (Entrevistado 1, 2020); "Hemos tenido mucho inconveniente, no ha sido buena, siempre nos atropellan en el hospital. no le van a dar prioritario por ser víctima del conflicto" (Entrevistado 12, 2020); "Nosotros recién llegamos recibimos salud, pero cuando me apareció este caso cuando uno se siente tan desprotegido, me empezaron la quimio y se demoraron 3 meses para ponerme la otra, esto fue con la EPS. y no solo eso, apenas supieron que tenía cáncer las ayudas se me acabaron del programa de desplazado (Entrevistado 13, 2020); Pues nosotros lo de salud si nos han atendido bien, nosotros no tenemos SISBEN tenemos es carné de CAFESALUD nivel 0 (Entrevistado 9, 2020).

Ante estos problemas la gran mayoría de la población entrevistada expresa gestionar las emociones conflictivas derivadas de las secuelas psicológicas dejadas por el conflicto, asistiendo a terapia cuando es posible y el programa se lo permite, y ya que, dichas medidas resultan insuficientes, como alternativa acuden a redes de apoyo para conversar y desahogarse tales como: vecinos, familiares, amigos, pareja, culto religioso, grupos de apoyo entre víctimas. No obstante, en todos los casos, la no atención equitativa, y el desconocimiento sobre las dimensiones asistenciales del programa, genera malestar adicional en las personas beneficiarias. Al respecto señalan,

"Las acciones más importantes son la reincorporación a la sociedad y demostrarle a la sociedad que uno es una persona que puede aportar" (Entrevistado 1, 2020); "Voy a las reuniones con el equipo psicosocial del municipio" (Entrevistado 4, 2020); "Uno se pone a trabajar y se le va olvidando la situación" (Entrevistado 2, 2020); "Orar y pedirle a Dios, tener paciencia porque las emociones son las que hacen que se den enfermedades después" (Entrevistado 12, 2020); "Reunirse como familia, hablar lo que pasó para que cada vez que lo hagan, lo hablemos con menos dolor" (Entrevista 1, 2020); "Pues como tal, lo que pudimos fue estudiar, trabajar, salir adelante y hacer como dice el dicho empezar a tirar en el baúl del olvido, como si nada hubiera pasado" (Entrevistado 4, 2020); "Trabajar en mi comunidad,



pero acá no se puede porque hay gente que abusa de los otros” (Entrevistado 12, 2020)

Conclusiones y recomendaciones

En Colombia la guerra y la violencia generan efectos devastadores en la población, sobre todo, en las periferias donde hay mayor vulnerabilidad biopsicosocial y el conflicto por la tierra y el dominio poblacional se hace evidente. Así las cosas, los secuestros, extorsiones, el reclutamiento forzado, silenciamiento, el desplazamiento forzado, violaciones y la muerte han sido la consecuencia de las dinámicas anulativas de la guerra, espacio en el que priman los excesos a la integridad de familias, grupos y comunidades. Lo anterior, tiene graves efectos a corto, mediano y largo plazo a la salud mental, física y comunitaria de las víctimas y afecta gravemente las interacciones políticas, familiares, sociales y comunitarias.

Teniendo en cuenta lo anterior, existe en la población investigada la idea generalizada que el gobierno nacional, incumple la reparación integral e integrada, y que, las políticas encaminadas a restaurar sus derechos no cumplen con el objetivo de garantizar y propiciar condiciones de equidad en salud a la población víctima de los actos de lesa humanidad que la guerra suscita. Así, contravienen aspectos tan básicos como: la regulación, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento continuo y rehabilitación a las poblaciones, de manera accesible, oportuna, integral y permanente.

Del análisis de las entrevistas a víctimas del conflicto armado se puede concluir que la percepción acerca de la atención en salud es la siguiente: La mayoría manifiesta conocer el programa PAPSIVI sin embargo, no se encuentran de acuerdo con el manejo que el Estado y los operadores privados le dan a este, ya que consideran que está colmado de malos procesos, se centra en el resultado y el indicador de logro cumplido, y se puede identificar en él, la corrupción y negligencia que caracteriza al Estado. Perciben, además, que, a pesar de presentar alteraciones físicas y psicológicas, el programa no genera equidad en salud mental y física, y que incumple las garantías de un proceso bien llevado de la mano de la atención permanente, especialmente en el plano de la salud mental, de allí que la atención en salud a poblaciones víctimas de la guerra sea en sus palabras: pésima. Por esta razón, centrada en la inoperancia y prácticas de asistencia inapropiadas, el programa puede vulnerar nuevamente sus derechos.

Se concluye que las personas entienden que la atención en salud mental que brinda el programa no es suficiente para reparar todo el daño psicológico generado y la intensidad de las secuelas psicológicas vividas diariamente. Además, se sienten abandonadas y revictimizadas por parte del gobierno cuando: no reciben atención, se les cambia de profesional en salud mental, o no tienen acceso a la atención integral a cargo de un equipo interdisciplinario que elabore la ruta de asistencia que requiere cada caso. Así las cosas, la reparación psicosocial que brinda el programa PAPSIVI, es poco favorable, insuficiente e inoperante, ya que la mayoría de las víctimas refieren abandono y desprotección por parte de los agentes gubernamentales encargados de velar por este derecho, muestra de ello es la poca visibilidad

del programa, el desconocimiento -por parte de las víctimas- general de sus alcances, y anudado a ello, como consecuencia directa, la vulneración del derecho a la salud y la resistencia a crear una cultura de la salud mental enfocada en la superación de los traumas que la violencia deja a modo de imprinting en las víctimas.

La falta de acompañamiento y asesoría incrementan el desconocimiento sobre el programa y la atención que se ofrece en él, a la vez que, elevan la sensación de abandono social y estatal en las víctimas. Por su parte, quienes han logrado acceder al programa PAPSIVI, refieren poca continuidad en los procesos por parte de los profesionales, casos abiertos y sin cierre, u n tiempo de atención corto, y lapsos de tiempo extensos hasta recibir la próxima cita, lo que conlleva a la reedición del dolor, además, de dificultades en la reconstrucción psicosocial de sus vidas.

Empero, se evidencia que las víctimas tienen una elevada capacidad de afrontamiento y resiliencia para poner en funcionamiento alternativas de solución a sus malestares físicos y psicológicos; esto frente a la ausencia de programas en reparación integral, y en este tenor, buscan ayuda en su círculo social inmediato, en la religión o en asociaciones de personas desplazadas. Esta suerte de creatividad sirve de paliativo y alivio emocional transitorio ante el dolor de la guerra y la intensidad de las secuelas. Cuando alguno logra acceder a un proceso psicológico afirma aprovecharlo y vivirlo intensamente, no obstante, como dicho evento resulta ser un hecho aislado, el apoyo familiar y social resulta ser la mejor estrategia ante el malestar emergente que producen los recuerdos.

Referencias

- Andrade, J. A. (2011). Efectos psicopatológicos del conflicto armado colombiano en familias en situación de desplazamiento forzado reasentadas en el municipio del Cairo en el año 2008. *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 20(7), 111–148. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70922149005>
- Andrade, J. A., Acevedo, S., González, D., & Buitrago, L. (2019). Memoria, violencia lineal y pena moral: narrativas de la masacre de Trujillo (A. & B. E. Insuasty (ed.)). Grupo de Investigación y Editorial Kavilando.
- Andrade, J. A., Alvis, L., Redondo, P., Jiménez, L., & Rodríguez, L. (2017). La vulnerabilidad de la mujer en la guerra y su papel en el posconflicto. *Revista de Ciencias Sociales. AGO USB*, 17(1), 1657–8031. <http://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/290>
- Andrade, J. A., & Parra, M. (2013). Desplazamiento forzado y vulnerabilidad en salud mental en Colombia. Revisión del estado del arte. *Poiésis: Revista Electrónica de Psicología Social*, 25, 1–16. <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/645>
- Arévalo, L. (2010). Atención y reparación psicosocial en contextos de violencia sociopolítica: una mirada reflexiva. *Revista de Estudios Sociales*, 36, 29 – 39.
- Aristizábal, E., Palacio, J., Madariaga, C., Osman, H., Parra, L. H., Rodríguez, J., & López, G. (2012). Síntomas y traumatismo psíquico en víctimas y victimarios del conflicto armado en el caribe colombiano. In *Psychic symptoms and trauma in victims and victimizers of the armed conflict in the colombian caribbean*. (English) (Vol. 29, Issue 29).
- Aristizábal, K. (2013). Falencias en la protección del derecho a la salud: una mirada a la población desplazada. *Justicia Juris*, 18(23), 176–190. <https://doi.org/10.17081/just.18.23.1022>
- Bejarano, D. (2017). Análisis de la Política Pública en Salud para la población en situación de



- desplazamiento víctima del conflicto armado asentada en Bogotá, D.C. 2011 – 2015. Un acercamiento desde los discursos del enfoque diferencial. Universidad Nacional de Colombia.
- Cáceres, D., Izquierdo, V., Mantilla, L., Jara, J., & Velandia, M. (2002). Perfil epidemiológico de la población desplazada por el conflicto armado interno del país en un barrio de Cartagena, Colombia, 2000. *Biomédica*, 22(0), 425. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v22isupp2.1191>
- Camargo, S., & Castro, C. (2014). Conflicto y salud mental: el lado olvidado de la violencia. *Revista Semana*. <http://especiales.semana.com/especiales/conflicto-salud-mental/>
- Campo, A., Oviedo, H., & Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 177–85. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.003>
- Centro de Memoria Histórica - CMH. (2011). Mujeres y guerra. Víctimas y resistentes en el caribe colombiano. In Gonzalo Sánchez (Ed.), Informe del grupo de memoria histórica de la comisión nacional de reparación y reconciliación. Grupo de Memoria Histórica. http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2011/Informe_mujer_esyguerra.pdf
- Cudris, L., & Barrios, A. (2018). Malestar psicológico en víctimas del conflicto armado. *Revista CS*, 26, 75–90. <https://doi.org/doi.org/10.18046/rece.i26.3292>
- Diario La Crónica del Quindío. (2020, April 9). 8% de la población Quindiana es víctima del conflicto armado. Región. <https://www.cronicadelquindio.com/noticia-completa-titulo-8-de-la-poblacion-quindiana-es-victima-del-conflicto-armado-cronica-del-quindio-nota-138142>
- Escudero, D., & Cabrera, G. (2015). Acceso a servicios de Salud de población desplazada residente en Bello, Antioquia. *Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(2), 311. <https://search.proquest.com/openview/1f14f0c15bfeca80c279b8d97b3d939b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1806344>
- Fajardo, D. (2015). Estudios sobre los orígenes del conflicto social armado, razones para su persistencia y sus efectos más profundos en la sociedad colombiana. In Comisión Histórica del Conflicto y sus Víctimas.
- Fundación Pares. (2019). #Arielexplica El origen del paramilitarismo Colombia. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=AY0MyHM_YgI
- Giraldo, J. (2014). Política y guerra sin compasión. 1–47. <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/comisionPaz2015/GiraldoJorge.pdf>
- Grisales, D., & Insuasty, A. (2016). Minería Conflictos territoriales y derechos de las víctimas en Colombia. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.10774.96327>
- Ibáñez, A., & Velásquez, A. (2008). La política pública para atender a la población desplazada: ¿Cuáles deben ser las funciones de las autoridades locales? In La Institución Brookings. por: Ana María Ibáñez* Universidad de los Andes Carrera 1E No.18A-10 Bogotá, Colombia aibanez@uniandes.edu.co Andrea Velásquez* Universidad de los Andes Carrera 1E No.18A-10 Bogotá, Colombia andrea-v@uniandes.edu.co Publicado por: LA INSTITUCIÓN BROOKINGS. http://www.brookings.edu/~media/Research/Files/Reports/2008/12/03_colombiaibanez/1203_colombia_ibanez_spa.PDF
- Insuasty, A., Balbín, J., Bastidas, W., Carrión, J., Pineda, J., & Mejía, W. (2010). Las víctimas en contextos de violencia e impunidad. Caso Medellín. Instituto Popular De Capacitación –IPC; Fundación Forjando Futuros; Universidad de San Buenaventura Medellín; Comisión Nacional De Reparación y Reconciliación; Personería De Medellín.
- Lozano, M., & Gómez, M. (2004). Aspectos psicológicos, sociales y jurídicos del desplazamiento forzoso en Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 12, 103–119. http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/n12/art_8_acta_12.pdf

- Martín-Baró, I. (2000). *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. UCA Editores.
- Medina, C. (2012). *Mafia y narcotráfico en Colombia: elementos para un estudio comparado*. Titulo. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20120412011532/prisma-6.pdf>
- Decreto 4800 de 2011, (2011). <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2015/10186.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección social - MSPS. (2011). Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas - PAPSIVI. Víctimas_PAPSIVI. https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/Victimas_PAPSIVI.aspx
- Mogollón, A. (2004). Acceso de la población desplazada por conflicto armado a los servicios de salud en las empresas sociales del estado de primer nivel de ciudad de Bogotá, Colombia [Universidad Autónoma de Barcelona Facultad]. In Departamento de Pediatría, Obstetricia, Ginecología y Medicina Preventiva. <https://www.tdx.cat/handle/10803/4604>
- Mogollón, A., Vázquez, M., & Garcíal, M. (2003). Health-related needs of the displaced population due to armed conflict in Bogotá. *Revista Española de Salud Pública*, 77(2), 257–266. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272003000200008>
- Molano, A. (2015). Fragmentos de la historia del conflicto armado (1920-2010). *Contribución Al Entendimiento Del Conflicto Armado En Colombia*. Comisión Del Conflicto y Sus Víctimas, 58.
- Molina, G., Ramírez, A., Ruiz, A., Peters, K., Roth, A., Muñoz, I., Vargas, J., Higuera, Y., Álvarez, P., Orozco, A., Moncada, J., Oquendo, T., Bula, V., Flórez, M., & Gómez, L. (2013). Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares (G. Molina, A. Ramírez, & A. Ruiz (eds.)). Universidad de Antioquia.
- Moreno, G. (2010). La población desplazada y su derecho a la salud. *Investig. Andin*, 12(20), 5–6.
- Moreno, G., Monsalve, J., Tabina, D., & Escobar, J. (2009). Apreciaciones de la población en condición de desplazamiento forzado sobre los servicios de salud en algunos municipios de Colombia. *Facultad Nacional de Salud Pública: El Escenario Para La Salud Pública Desde La Ciencia*, 27(2), 131–141.
- Oquist, P. (1978). *Violencia, conflicto y política en Colombia*. Biblioteca Banco Popular.
- Organización Panamericana de La Salud, & Instituto Nacional de Salud - INS. (2002). Estudio de Perfil Epidemiológico de población desplazada y población estrato uno no desplazada en cuatro ciudades de Colombia: Montería, Soacha, Cali y Cartagena. http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/epepv2002/epepv_final.pdf
- Pécaut, D. (1985). Reflexiones sobre el fenómeno de la violencia. In AA. VV., *Once ensayos sobre la violencia*. Fondo Editorial CEREC/Centro Gaitán.
- Pécaut, D. (2001). *Guerra contra la sociedad*. Planeta.
- Pécaut, D. (2018, August 24). Conflicto Armado y La Violencia bajo el análisis de Pécaut. *Noticias*. <https://www.upb.edu.co/es/noticias/daniel-pecaut-colombia-historia-guerra>
- Periódico El Espectador. (2017). Víctimas de desplazamiento forzado tienen tendencia hacia trastornos en salud mental y consumo de drogas, según encuesta. <https://www.elespectador.com/noticias/salud/victimas-de-desplazamiento-forzado-tienen-tendencia-hacia-trastornos-en-salud-mental-y-co>. El Espectador.
- Portilla, A. C., & Correa, C. (2015). La reparación de las víctimas en Colombia, una promesa parcialmente cumplida. Centro Internacional para la Justicia Transicional (ICTJ). <https://www.ictj.org/es/news/estudio-reparacion-individual-victimas-colombia>
- Posada, M., Insuasty, A., Vega, G., & Balbín, J. (2009). *Víctimas Violencia y despojo*. Informe de la investigación acerca de víctimas del conflicto armado. Editorial Universidad de San Buenaventura Medellín.
- Ramirez, L., Veloza, M., & López, A. (2016). Acceso a Los Servicios De Salud De Las Víctimas Del Conflicto Armado, En El Escenario Del Postconflicto*. *Movimiento Científico*, 10(1), 88–94.



- <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/Rmcientifico/article/view/1126>
- Ramirez, N., Juárez, F., Baños, A., Luzardo, J., Chávez, Y., Castilla, A., & Amaya, M. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125–140. <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.49966>
- Red Nacional de Información - RNI. (2020). Cifras unidad de víctimas. Dirección de Registro y Gestión de La Información. <https://cifras.unidadvictimas.gov.co/>
- Registro único de víctimas - RUV. (2020). Registro de víctimas. <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>
- Rodríguez-Triana, D., & Benavides-Piracón, J. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud Health and rurality in Colombia: an analysis from the standpoint of the social determinants of health sociais da saúde. *Revista Facultad De Salud Pública*, 34(3), 359–371. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a10.Resumen>
- Torres, Y., Barreño, J., Berbesé, D., & Sierra, G. M. (2010). Indicadores de trastornos de salud mental en población desplazada. Universidad CES. [http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/research/Indicadores Tx de salud mental en población desplazada Colombia.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/research/Indicadores%20de%20salud%20mental%20en%20poblacion%20desplazada%20Colombia.pdf)
- Vásquez, T. (2008). Las Nuevas guerras y el conflicto armado en Colombia. Controversia. Centro de Investigación y Educación Popular, 190.
- Velasquez, J. F. (2008). Conflicto armado: memoria, trauma y subjetividad (L. carreta Editores (ed.)).
- Villa, J. (2007). Si no fuera por Dios, nosotros ya nos hubiéramos muerto. *Víctimas, reconciliación y religión. Theologica Xaveriana*, 57(164), 565–589. <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/teoxaveriana/article/view/13221>
- Villa, J. (2016). Perdón y reconciliación: una perspectiva psicosocial desde la no violencia. *Revista Polis*, 15(43), 131–157. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682016000100007>
- Villa, J., & Insuasty, A. (2016). Entre la participación y la resistencia: reconstrucción del tejido social desde abajo en el municipio de San Carlos más allá de la lógica de reparación estatal. *El Ágora USB*, 16(2), 453–478. <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/2442>
- Wills, M. E. (2015). Los tres nudos de la guerra colombiana: Un campesinado sin representación política, una polarización social en el marco de una institucionalidad fracturada, y unas articulaciones perversas entre regiones y centro. In *Contribución al entendimiento del conflicto armado en Colombia Comisión Histórica del Conflicto y sus Víctimas* (pp. 762–806). <http://www.altocomisionadoparalapaz.gov.co/mesadeconversaciones/PDF/los-tres-nudos-de-la-guerra-colombiana-1447173574-1460381073.pdf>