

SESQUICENTENARIO



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

x

RECUENTOS NARRATIVOS SOBRE SALUD MENTAL EN CIUDADANOS DE  
CABRERA CUNDINAMARCA 1995 - 2001

IVAN FERNANDO DIAZ MOLINA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA  
BOGOTÁ D.C, COLOMBIA  
2016

RECUEENTOS NARRATIVOS SOBRE SALUD MENTAL EN CIUDADANOS DE  
CABRERA CUNDINAMARCA 1995 - 2001

IVAN FERNANDO DIAZ MOLINA

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR AL  
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

DIRECTORA:

Médica. ESP. MgSc. PhD., ZULMA CONSUELO URREGO MENDOZA

GRUPO DE INVESTIGACIÓN: VIOLENCIA Y SALUD  
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CONFLICTO ARMADO Y SALUDUNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA  
BOGOTÁ D.C, COLOMBIA  
2016

**Dedicatoria**

Dedicado a los habitantes de Cabrera Cundinamarca que tras tantos años de conflicto armado son ejemplo de lucha, superación y trabajo en equipo, así como a mi madre Flor Molina, mujer fuerte e incansable que antes de su partida sembró la idea de este trabajo en mí.

## **Agradecimientos**

A mi familia Molina, especialmente a mi tía Paulina Molina por todos estos años de estar a mi lado, a mis demás tíos, primos y hermanos por su amor y comprensión.

A Adriana Duarte mi esposa y mi hijo Nicolás Díaz por ser mi fuente de inspiración.

A la doctora Zulma Urrego por su orientación y paciencia.

A mi amigo Leonardo Riveros, Helena Espinosa y a Gilma Espinosa por su apoyo durante el trabajo de campo.

## Resumen

Salud mental ha sido un término que a través de la historia ha variado en su definición, y se le han sumado distintos puntos de vista, áreas de estudio y metodologías de investigación. Alrededor de éste se crean políticas y planes de intervención, pero, ¿Qué tan cerca estamos de la definición de salud mental en poblaciones específicas? En un contexto como el colombiano en que sus pobladores han vivido expuestos a un conflicto armado crónico que ha tenido diferentes matices dependiendo de la zona del país donde se haya vivido, se hace necesario el acercamiento al modo en que el contexto histórico, el impacto sobre la cultura y las acciones realizadas durante el conflicto han aportado en la configuración de conceptos locales sobre salud mental.

El presente trabajo se realizó en una población específica como lo es la de Cabrera Cundinamarca la cual ha vivido el conflicto armado durante gran parte de su historia; allí se exploró la definición de salud mental construida por pobladores que habitaron en la región durante un período de tiempo determinado (1995 – 2001), en el cual los hechos violentos dominaron la zona. De esta forma se analizaron los atributos que construyen el concepto de salud mental para las personas entrevistadas, las afectaciones de la salud mental por conflicto armado consideradas irreparables por esta población, lo que sería para ellos una adecuada reparación integral y aquellas adaptaciones generadas a partir de sus vivencias en el conflicto que hoy después de asimiladas se pueden considerar como positivas. Con este estudio se quiere también aportar al importante y creciente reconocimiento que han tenido los estudios cualitativos en el entendimiento del significado e impacto de la violencia armada en las poblaciones.

**Palabras claves:** Salud, Salud mental, conflicto armado, violencia, investigación narrativa, Colombia

## Abstract

Mental health has been a term that throughout history has varied in its definition and has been added to it different points of view, areas of study and research methodologies. Around this are created policies and intervention plans, but, how close are we to the definition of mental health in specific populations?. In a context such as the Colombian that its inhabitants have been exposed to a chronic armed conflict that has had different shades depending on the area of the country where they have lived, it becomes necessary to approach what their historical context, the impact on their culture and the actions taken during the conflict have led to the construction of it. The present work was carried out in a specific population such as that of Cabrera Cundinamarca which has lived the armed conflict lasts almost all its history and explored the concept of mental health built by the settlers in front of this related to the events lived during 1995 - 2001, in which violent acts dominated the area. In this way, we also analyzed the attributes that construct this concept, the irreparable points for this population, which would be for them an adequate integral repair and those adaptations generated from their experiences in the conflict that today after assimilated can be considered as Positive results. This study also aims to contribute to the importance and growing recognition that qualitative studies have had in understanding, meaning and impact of armed violence on populations.

**Keywords:** Health, Mental health, armed conflict, violence, narrative research, Colombia

# Contenido

	Pág.
<b>Resumen.....</b>	<b>VII</b>
<b>Lista de Gráficas.....</b>	<b>XI</b>
<b>Lista de Tablas.....</b>	<b>XII</b>
<b>Lista de Abreviaturas.....</b>	<b>2</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Capítulo Planteamiento del Problema.....</b>	<b>5</b>
1.1 Problema de Estudio .....	5
1.2 Antecedentes y Justificación.....	5
1.3 Objetivos.....	17
1.3.1 Objetivo General... ..	17
1.3.2 Objetivos Específicos.....	17
<b>2. Capítulo Marco Teórico - Referencial.....</b>	<b>18</b>
2.1 Estudios y Conceptualización de la salud Mental en Colombia .....	18
2.2 Salud Mental, Conflicto Armado y Legislación en Colombia.....	30
2.3 Estudio Cualitativo – Diseño Narrativo.....	35
2.4 Fenomenología Hermenéutica y Narratividad.....	37
<b>3. Capítulo Metodología.....</b>	<b>40</b>
3.1 Diseño Metodológico.....	40
3.2 Población y Muestreo.....	40
3.2.1 Población.....	40
3.2.2 Muestreo.....	40
3.3 Técnicas para la Recolección y Procesamiento de la Información.....	41
3.4 Estrategias y Técnicas para el Análisis de la Información.....	42
3.5 Estrategias para Asegurar el Rigor de la Información.....	43
3.6 Consideraciones Éticas.....	44

---

<b>4. Capítulo Resultados.....</b>	<b>46</b>
4.1 Caracterización Sociodemográfica.....	46
4.2 Concepto de Salud Mental en los Habitantes de Cabrera.....	49
4.3 Relación Entre Salud Mental y Conflicto Armado Interno desde el punto de Vista de los Habitantes de Cabrera.....	56
4.4 La Reparación de la Salud Mental en el Marco de la Reparación Integra.....	66
<b>5. Capítulo Discusión.....</b>	<b>75</b>
<b>6. Capítulo Conclusiones.....</b>	<b>82</b>
6.1 Salud Mental.....	82
6.2 Conflicto Armado y Salud Mental.....	83
6.3 Reparación Integral en Salud mental.....	83
6.4 Como Experiencia de Vida del Autor del Presente Trabajo.....	84
<b>A. Anexo: Formato de consentimiento informado.....</b>	<b>85</b>
<b>B. Anexo: Formato de entrevista usado para recolección de información....</b>	<b>88</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>93</b>



## Lista de Gráficas

	Pág.
<a href="#"><u>Grafica 1. Atributos de la salud mental para los habitantes de Cabrera .....</u></a>	49
<a href="#"><u>Grafica 2. Lo afectado durante el conflicto armado para los habitantes de Cabrera (izquierda). Adaptación positiva de los habitantes a una experiencia como el conflicto armado (derecha) .....</u></a>	63
<a href="#"><u>Grafica 3. Tópicos centrales para la reparación integral según los habitantes de Cabrera.....</u></a>	66

# Lista de tablas

Pág.

<a href="#"><u>Tabla 1 Niveles estructurales considerados para asegurar la heterogeneidad de la muestra.....</u></a>	<a href="#"><u>40</u></a>
<a href="#"><u>Tabla 2 Pasos para el análisis de la información transcrita.....</u></a>	<a href="#"><u>42</u></a>
<a href="#"><u>Tabla 3 Caracterización sociodemográfica de los entrevistados.....</u></a>	<a href="#"><u>48</u></a>

## Lista de Abreviaturas

<b>Abreviatura</b>	<b>Término</b>
OMS	Organización Mundial de la Salud
IASC	Comité Permanente entre Organismos Humanitarios
SMAPS	Expresión Compuesta Salud Mental y Apoyo psicosocial
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
FES	Fundación para la Educación y el Desarrollo Social
ACP	Asociación Colombia de Psiquiatría
CODHES	Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento
FARC	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
ESE	Empresa Social del Estado
OPS	Organización Panamericana de la Salud
UNICEF	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia
ONG	Organización no Gubernamental
UPB	Universidad Pontificia Bolivariana
SIVIM	Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Consumo de Sustancias Psicoactivas
VESPA	Sistema de Vigilancia de Lesión de Cusa Externa
SISVELSE	Sistema de vigilancia de lesiones de causa externa
POS	Plan Obligatorio de Salud
PSPIC	Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud

## Introducción

Cabrera es un municipio ubicado en la región del Sumapaz en el departamento de Cundinamarca el cual se ha vivido el conflicto armado en varias épocas de la historia de nuestro país. Entre los hechos de mayor relevancia encontramos la entrega de armas de los primeros insurgentes en la década del 50, ser hogar de muchos de los desplazados con posterioridad al ataque de Marquetalia, los cuales son eventos de gran importancia en el desarrollo del conflicto nacional actual.

En los años en que se enfocó el presente estudio nuestro país sufrió una agudización del conflicto armado que disparó las cifras de violencia en todos los departamentos que conforman la geografía nacional. Cundinamarca y de forma muy marcada la región del Sumapaz no fue ajeno a esto, lo cual se fija en las cifras presentadas por la Misión de Observación Electoral en el 2007 y en el informe de la Secretaria de Planeación de Bogotá en el año 2002, en las que se evidencia la destacada posición de la región del Sumapaz y en especial del municipio de Cabrera en aspectos como homicidios políticos, acciones bélicas y violaciones al derecho internacional humanitario.<sup>(17)</sup>

Es en este contexto histórico que se decidió realizar este estudio tomando la población que residió en Cabrera Cundinamarca durante los años 1995 – 2001, para conocer las narrativas de tales habitantes del municipio en torno a cómo comprenden ellos el concepto de salud mental, como perciben ellos su propia salud mental, si de alguna forma los hechos violentos vividos en este marco de tiempo son percibidos como influyentes en la construcción del concepto; por otro lado, se espera poder contrastar y que tan cercana es esta concepción local sobre salud mental, respecto a lo plasmado por la legislación nacional y la Organización Mundial de la Salud contribuyendo a develar cómo el conflicto armado ha contribuido a la construcción de dicho concepto local.

A través del estudio de esta población específica colombiana se pretende contribuir a la comprensión desde el punto de vista del ciudadano sobre qué es la salud mental y cuales son alcances percibidos del conflicto armado colombiano sobre ésta, para que de alguna forma se tenga en cuenta esta visión y se puedan eventualmente generar políticas en salud pública e intervenciones específicas acorde a las necesidades sentidas por cada población.

# 1. Capítulo. Planteamiento del Problema

## 1.1 Problema de Estudio

Se planteó como pregunta fundamental del estudio ¿Cuál es el concepto de salud mental, y la concepción sobre configuración de la propia salud mental y su restauración, en el marco de la exposición crónica al conflicto armado interno, en una población como la de Cabrera - Cundinamarca?

## 1.2 Antecedentes y Justificación

El concepto de salud mental tiene una naturaleza polisémica que nos obliga a recorrer su desarrollo histórico para llegar a entender lo que es la definición aceptada hoy en día por la Organización Mundial de la Salud sobre lo que es el concepto de salud mental.

Este concepto tiene sus inicios en lo que ha sido el desarrollo histórico de la salud pública, la psiquiatría y otras ramas del conocimiento. Aunque se puede encontrar referencias a la salud mental mucho antes del siglo XX, es hasta 1946 que se evidencian referencias técnicas a la salud mental como campo o como disciplina. En el transcurso de 1946, se desarrolló la International Health Conference, celebrada en Nueva York, y se estableció la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se creó la Mental Health Association en Londres. En él años de 1948 se crea la OMS, y se celebró el primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres. Durante el desarrollo de la segunda sesión del Comité de Expertos de la OMS en Salud mental llevada a cabo entre las fechas del 11-16 de septiembre de 1950, se definieron los términos de «salud mental» e «higiene mental»: *“La higiene mental se refería a todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental. La salud mental es una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y*

*mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico*".<sup>(1)</sup> El término de higiene mental desapareció con el tiempo y se usó solamente el término de salud mental como disciplina.

Después de pasado más de medio siglo sobre el debate de salud mental, discusiones sobre su definición, si es un movimiento o una disciplina y sobre si es apropiado seguir manejándolo en la situación mundial actual, continúan siendo motivos de diferencia intelectual, continua utilizándose el termino para referirse a un *estado*, como a una *dimensión* de salud, esto haciendo referencia a lo generado del movimiento de higiene mental, que corresponde a la puesta en práctica de la Psiquiatría a comunidades, sociedades y grupos, y no únicamente a individuos, como sucede con la Psiquiatría clínica. Aunque, muchos continúan considerando, con error, la salud mental como una disciplina, ya sea como equivalente de la Psiquiatría o un campo adicional.<sup>(1)</sup>

El informe anual de la OMS en el 2001 habló exclusivamente de la salud mental (The World Health Report-Mental Health: new knowledge, new hope). Ese año, en el día mundial de la salud, se manejó el lema «Sí a la atención, no a la exclusión» (*Stop Exclusion– Dare to Care*), haciendo una referencia firme en contra de la discriminación hacia la enfermedad mental. Durante la lectura del mensaje del director general abriendo el informe de 2001, se resumen las tres áreas principales del conocimiento que se quieren cubrir en ese documento: “*a) eficacia de la prevención y el tratamiento, b) planificación y provisión de servicios y c) políticas para eliminar estigmas y discriminaciones, y subvenciones adecuadas para la prevención y el tratamiento.*” Dejando ver en su discurso con algunos cambios en el lenguaje las mismas inconvenientes que originaron el *movimiento de higiene mental*. El mayor cambio fue el enfatizar la necesidad de alejar la salud mental de los centros hospitalarios psiquiátricos para situarla en la comunidad.<sup>(1)</sup>

Si analizamos el desarrollo histórico de este concepto dejamos de verlo solamente en lo relacionado con la enfermedad mental. Durante mucho tiempo se ha utilizado de forma equivalente el concepto de salud mental con el de enfermedad mental; de esta forma cuando se planifica o se piensa en salud mental, automáticamente las propuestas y proyectos se orientan solamente a lo que es la enfermedad mental.<sup>(2)</sup>

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud propone la definición de salud mental de la siguiente forma: “*Estado de bienestar en el cual un individuo se da cuenta de sus propias aptitudes puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*”, <sup>(3)</sup> concepto vigente desde el año 2001, trata de dar una visión mucho más amplia de lo que es la salud mental, dando importancia a cuestiones como los factores socioeconómicos, ambientales, y como la salud pública puede impactar sobre ella. Pero para complementar un poco este concepto debemos tener en cuenta otro enfoque como lo es el del Inter-Agency Standing Committee (Comité Permanente entre Organismos Humanitarios IASC) en su guía sobre “*Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. Ginebra: IASC*”. Allí, nos permite ver una definición del término aplicado a poblaciones que se han visto afectadas por situaciones de conflicto y desastres naturales dando a este concepto y al de apoyo psicosocial, transformando el concepto a una expresión que se puede utilizar para referir “*cualquier tipo de acción local o externa cuyo propósito sea proteger y promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o brindar tratamiento a trastornos psicológicos*” <sup>(4)</sup>. Otorga así a la salud mental un enfoque más amplio y aplicable no solo a organismos dentro del ámbito de la salud sino a poblaciones que requieren una intervención integral.

Según el Comité Permanente entre Organismos Humanitarios (IASC), la problemática en salud mental y los asuntos psicosociales en el caso de emergencias, que se pueden extrapolar a nuestro caso en el conflicto armado, están muy relacionados; el documento de la IASC, utiliza los términos de salud mental y apoyo psicosocial describiendo el apoyo, sea local o externo, encaminado a promover o proteger el bienestar psicosocial, así como todo lo encaminado a ofrecer tratamiento a trastornos mentales o prevenirlos. Aunque los términos salud mental y apoyo psicosocial estén conectados entre sí y en ocasiones se superponen, para las personas encargadas de ponerlos en práctica son más términos que describen conceptos que se complementan, nacidos de enfoques diferentes. Los encargados de organismos de asistencia que no se relacionan con el sector salud hablan más de “*apoyo al bienestar psicosocial*”. Por otro lado, desde el sector salud se habla más de salud mental; pero los antecedentes históricos también muestran que los términos “*rehabilitación psicosocial y tratamiento psicosocial*” se han usado para agrupar acciones o intervenciones desde un punto de vista alejado de lo biológico a favor de quienes padecen trastornos mentales. Estos conceptos en sus



definiciones exactas pueden variar, ya sea entre una misma organización u organizaciones, así como entre países o distintas disciplinas. El documento que aquí se menciona de la IASC se trata de “*una guía intersectorial e interinstitucional*”, que al usar el término compuesto de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) ayuda a agrupar gran cantidad de factores y evidencia la necesidad de poner en práctica diferentes enfoques que se puedan complementar, y proporcionar el apoyo apropiado. Es escasa la evidencia científica que apoya a la salud mental y al bienestar psicosocial como lo más eficaz en situaciones de emergencia. Al respecto, las investigaciones, en su gran mayoría, se ejecutan años o meses después de finalizada la etapa aguda de un evento catastrófico. Conforme el tiempo pase y la especialidad se consolide, permitirá la ampliación de la base de investigación, y también crecerá la experiencia de los profesionales.

No obstante, los problemas que surgen en situaciones de emergencias complejas, incluyendo al conflicto armado, son primordialmente de tipo social o psicológico. Encontramos entre los problemas principalmente sociales los siguientes: <sup>(4)</sup>

- *“Problemas sociales preexistentes (anteriores a la emergencia): Extrema pobreza; pertenencia a un grupo que es objeto de discriminación o marginado; opresión política”.*
- *“Problemas sociales inducidos por la emergencia: Separación de los miembros de la familia; desintegración de las redes sociales; destrucción de estructuras comunitarias, de la confianza recíproca y de los recursos; mayor violencia por motivos de género”.*
- *“Problemas sociales inducidos por la asistencia humanitaria: Debilitamiento de las estructuras comunitarias o de los mecanismos de apoyo tradicionales)”.*

De igual forma, los problemas de naturaleza principalmente psicológica son: <sup>(4)</sup>

- *“Problemas preexistentes: Por ejemplo, trastornos mentales graves; abuso de alcohol”.*
- *“Problemas suscitados por la catástrofe: Duelo, alteraciones emocionales; depresión y ansiedad, incluyendo al trastorno por estrés postraumático (TEPT)”.*

- *“Problemas inducidos por la asistencia humanitaria: Ansiedad debida a la falta de información respecto de la distribución de alimentos)”*.

Por lo tanto, al hablar de problemas de salud mental y psicosociales que ocurre en situaciones de emergencia van mucho más allá del padecimiento de estrés postraumático y son muchos los problemas a los que se puede ver enfrentados la población como en nuestro caso por el conflicto armado.

Si mencionamos los problemas a los cuales se enfrenta la población durante un conflicto armado debemos mencionar también la resiliencia entendida como *“la capacidad para desarrollar un sistema de sentir, pensar y actuar por parte de los grupos humanos o de un individuo, para lograr el enfrentamiento efectivo frente a las adversidades provenientes de la turbulencia social”*; <sup>(5)</sup> como se desarrolla por algunos individuos y familias cuando están expuestos al conflicto, logrando transformaciones dentro de la estructuras y las dinámicas de las familias o comunidades para enfrentar situaciones adversas desencadenadas por la violencia. <sup>(6)</sup>

En nuestro país debido al conflicto armado crónico que sufre es posible que encontremos todo tipo de problemática relacionada con la salud mental, aunque su definición históricamente en Colombia ha ido más de la mano con lo que es enfermedad mental; en 1993 podemos encontrar algunos cambios sobre todo en la implementación de recursos gracias a La ley 100 del 23 de diciembre, pero siempre basados en la patología mental como base, aunque en los últimos 12 años ocurrieron hechos legislativos que han ido cambiando el concepto; la Ley 790 de 2002, en su artículo 5º ordena la *“ fusión del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud”*, creándose el Ministerio de la Protección Social, con lo que se generó nuevos marcos para el sector de la salud, en la Ley 1122 de 2007, se generaron otras modificaciones en los aspectos de: *“dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control, la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud”*. <sup>(7)</sup>

El enfoque de la salud mental promovido por la OPS/OMS se hace notable en esa época, pretendiendo ir mas allá la enfermedad, permitiendo la elaboración de políticas manteniendo esta filosofía, lográndose en el escenario nacional progresos en la

adquisición por parte del estado de responsabilidades, por medio de la generación y admisión de políticas públicas para grupos según el ciclo vital o vulnerabilidad, algunas con intención de intersectorialidad, tratando de posibilitar la garantía de derechos, impactando a la salud mental directa o indirectamente. Pero se debe resaltar que los avances no logran los mejores resultados por lo frágil en su implementación. En 1998 se dio a conocer la Política Nacional de Salud Mental, acogida mediante la Resolución 02358, la cual aún se encuentra vigente. En esta política se logra integrar *factores condicionantes* de connotación ambiental, comportamental, biológico, social, económico, político y cultural. Al nivel de salud se tuvieron en cuenta según las características de discapacidad, morbilidad y mortalidad específicas por grupo etario y género, los criterios de priorización según la magnitud y vulnerabilidad de los diferentes sucesos que establecen el estado de salud de la población. <sup>(7)</sup>

Para los años 2003 y 2004, el Ministerio de la Protección Social y apoyado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, sumado a convenios con la OMS, la Universidad de Harvard y la Fundación FES se genera el Tercer Estudio Nacional de Salud Mental, el cual permitió la aparición de un mapa epidemiológico nacional y generar relaciones entre salud mental, estado de salud general, condiciones socioeconómicas, medio ambiente social y grado de vulnerabilidad. En base a este diagnóstico se da pie para replantear la política nacional de salud mental de 1998, cimentando los *“Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia”*. Estos buscaban prevenir los impactos negativos de los problemas psicosociales, promover la salud mental y también generar una reducción en el impacto negativo de los trastornos mentales, pero no se llega a un replanteamiento de lo expuesto en la política de salud mental de 1998. Durante el 2004, aparece la Circular externa número 0018 del 2004, sumado a esto el Ministerio de la Protección Social hace pública la *“Guía para la Planeación del Componente de Salud Mental en los Planes Territoriales de Salud”*, englobando diferentes formas de abordar los conceptos de *salud mental, desarrollo y planeación*, y se pone en marcha la elaboración de diagnósticos locales y municipales de salud mental en el país. <sup>(7)</sup>

En el año 2006, la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP), a través de un convenio con el Ministerio de la Protección Social, generan una propuesta de política nacional

orientada a la salud mental, intentando nuevamente reformular la política vigente desde 1998. Se consideraba en esta propuesta el concepto de salud mental *“como una fuerza transformadora que impulsa y coadyuva al desarrollo, al ejercicio y a la garantía de los derechos; contribuye a la solución de los problemas del país (el conflicto armado y sus secuelas, los desastres, la pobreza extrema); mitiga el sufrimiento derivado de las vicisitudes de la vida cotidiana y de situaciones específicas (discapacidad, deterioro de las condiciones sociales, etc.); y posibilita la atención de los trastornos”*. Aunque la propuesta de política cubría de forma interesante muchos aspectos que garantizaban el cumplimiento de derechos y se encaminaba a mejorar el bienestar emocional de los colombianos, solo cubrió ciertos aspectos de la problemática en salud mental, como los fueron: la violencia, el consumo de sustancias psicoactivas, el trastorno de ansiedad, la depresión, el suicidio, la hiperactividad con déficit de atención y el intento de suicidio. <sup>(7)</sup>

Hacia el 2005 en la capital de la república se presentó un documento en el que se presentaba *“La Política Distrital de Salud Mental”*, que luego se plasmó en el *“Plan de Desarrollo Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor, 2008-2012 y en el Plan de Salud Distrito Capital, 2008-2011 (Acuerdo 308 de 2008)*, definiéndose como *“una apuesta política para la transformación de los procesos relacionados con la calidad de vida y la salud de los Bogotanos”* en esta se incluía salud para personas en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado interno. <sup>(7)</sup>

En los últimos 7 años se ha visto mejoría en la legislación en cuanto a lo referido a atención en salud mental en Colombia. La sentencia T-760 promulgada en el año 2008 por la Corte Constitucional permitió la ampliación del concepto de salud abarcando los ámbitos psicológico y psicosomático, creando una conexión entre el derecho fundamental a la vida digna y la salud mental. Con el decreto 1290 promulgado por el gobierno nacional el 22 de abril de 2008, se creó un programa que permite a las víctimas de abusos generados por grupos armados ilegales – ya guerrillas o grupos paramilitares– recibir de forma individual reparación en lo material por parte del estado. Se estableció en esta sentencia un límite estricto a la suma que podían recibir las víctimas, y esto dependía del tipo de abuso al cual fue sometida. Aunque parecía un avance importante el valor no era nada comparado a los millones de víctimas, en su mayoría campesinos, que vivieron la humillación de ser expulsados a la fuerza de sus tierras, las cuales significaban su medio de subsistencia. Por eso para que sea efectiva una reparación se

debe devolver las tierras a sus propietarios, cuestión que el decreto no ha conseguido resolver. Adicional a esto la “Ley de Víctimas” emitida en el 2011 tiene en cuenta la implementación de programas de salud integral y atención psicosocial a personas víctimas del conflicto, esto teniendo en cuenta las zonas que presenten mayor cantidad de individuos afectados e incluye aspectos como *“la gratuidad, la interdisciplinariedad y la atención individual, familiar y comunitaria”*. Esta ley amplía el término “víctima” por el conflicto armado, teniendo en cuenta: *“la tortura física, psicológica y sexual; las ejecuciones extrajudiciales y desapariciones forzadas, pérdidas materiales, atentados a la libertad personal, reclutamiento ilícito y homicidios – masacres”*.<sup>(8)(9)</sup>

En el 2013 se genera la ley 1616 que definió el término salud mental como *“un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”*; y lo más importante es que lo ratificó como un derecho fundamental en sí mismo y reglamentó la obligación del Estado de *garantizar la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud de todos los trastornos mentales, bajo los principios de universalidad e interdisciplinariedad*.<sup>(10)(11)</sup> . Como consecuencia de ésta Ley, se planteó y comenzó un nuevo proceso de reformulación de la política nacional de salud mental de 1998, que aún no ha concluido.

Aunque se han generado avances, queda un gran camino por recorrer en lo que concierne a la legislación de salud mental en nuestro país.<sup>(10)</sup>

Otro punto a tener en cuenta, es la dificultad para comprender los textos de las leyes que hace más difícil su puesta en práctica, esto debido a la deficiencia en la asignación de recursos, y la falta de claridad en los roles, procedimientos y responsabilidades que crea la ley. En el marco legal actual las entidades prestadoras de servicios de salud no están obligadas a responder por una atención psicológica clínica en los centros de primer nivel, lo que imposibilita el acceso a la salud Mental de las personas en las regiones más apartadas.<sup>(10)</sup>

La salud mental en Colombia es un tema que cada vez toma más importancia y obliga a la creación y modificación de las leyes para tratar de dar respuesta a un conflicto que no

se detiene y que ya sobrepasa 50 años de existencia, si examinamos las estadísticas observamos que, en los últimos 20 años más de 70.000 personas, en su gran mayoría civiles, han perdido la vida a consecuencia del conflicto armado, y entre tres y cuatro millones han sido víctimas de desplazamiento forzado. El número de víctimas de desapariciones forzadas no es alentador, siendo entre 15.000 y 30.000, en cuanto a secuestros o personas tomadas como rehenes, en los últimos 10 años son más de 20.000 los afectados. Las cifras son más difíciles de cuantificar en relación a los abusos contra los derechos humanos, debido a que la mayoría de las que sufren estas violaciones no hacen denuncias ni informes oficiales. <sup>(9)</sup>

Las cifras de desplazamiento también son dramáticas, la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento -CODHES, indican que para el 2013, en Colombia, al menos 203.976 personas se vieron obligadas a desplazarse de sus viviendas debido al conflicto armado. En este grupo se encuentran 28.032 desplazado en hechos masivos o múltiples, correspondiendo a 130 casos y 7.205 familias. Según el CODHES, aproximadamente 5.905.996 personas han sido desplazadas forzosamente entre 1985 hasta diciembre de 2013 en Colombia. Esta cifra muestra que, en promedio, anualmente 203.665 personas se han desplazado dentro del país en un margen de tiempo de veintinueve años. <sup>(12)</sup>

El municipio de Cabrera, en Cundinamarca, está ubicado al sur del Departamento en la Región del Sumapaz; cuenta con 5036 habitantes y es un reflejo de lo que ha sido la violencia en nuestro país; esta población se ha visto expuesta de forma sostenida al conflicto armado nacional a través de los años. Durante la etapa de violencia de los años 40 que se extendió décadas más tarde, y que fue alimentada por la muerte de Jorge Eliecer Gaitán, la región del Sumapaz era francamente liberal y se veía asediada por "los chulavitas", afectos al régimen conservador. La etapa de violencia enmarcada en estos años terminó con el armisticio firmado por el general Rojas Pinilla el 30 de octubre de 1953, que no duro ni un año, debido a que la región fue declarada "zona de guerra". <sup>(13)</sup>

Se dio inicio al exterminio de los líderes de esta agrupación y se generó una ofensiva militar como antes en la historia no se había visto y conocida históricamente como "el bombardeo de Sumapaz", destruyendo propiedades, cultivos, acabando con la ganadería y diezmado gran parte de la población. Esto no impidió el reagrupamiento y

organización del movimiento guerrillero. Se entró a negociar la paz el 10 de mayo de 1957, pero se realizó sin entregar las armas. Durante la época del frente nacional y debido a la riqueza de las tierras del Sumapaz y del sur del Tolima, así como al recelo por el pensamiento político de esta tierra, la violencia se intensificó, como por ejemplo en el Bombardeo a Villarrica que es uno de los sucesos que más enmarcaron la violencia de la época. El Partido Comunista hizo alianza electoral con el Movimiento Revolucionario Liberal, esto ocurrió para el año de 1960, y Juan de la Cruz Varela salió elegido representante a la Cámara por Cundinamarca, como suplente de Alfonso López Michelsen. Juan de la Cruz Varela residente de Cabrera Cundinamarca y líder político reconocido, y para algunos, el más grande dirigente campesino colombiano del siglo XX, dio una clara ideología política a la región <sup>(13)</sup>. En la época de los 70 continúa el crecimiento y establecimiento de grupos subversivos en la zona, la clara ideología política de la región, -y la historia que respalda el ambiente de injusticia social facilitaba este pensamiento. <sup>(13)</sup>

En la década de los 80 la insurgencia colombiana comienza a extender su presencia a los centros urbanos más importantes del país, pero mientras esto ocurre en las ciudades, en las zonas petroleras, mineras, de cultivos ilícitos y fronterizas permanece su actividad armada. La guerrilla en su evolucionar, avanza de manera evidente a zonas que le proporcionen ventajas estratégicas a la hora de enfrentar la fuerza pública. La guerrilla en Cundinamarca, particularmente las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - FARC, son las de mayor presencia en el territorio desde su fundación como grupo guerrillero. Aunque la expansión de la guerrilla en esta época tiene que ver con definido como "urbanización del conflicto armado". Este avance obedece a lo estipulado en la "VII Conferencia Nacional Guerrillera del movimiento llevada a cabo en 1982". <sup>(14)</sup>

El aumento de municipios afectados por la presencia de la guerrilla que se vivió en Cundinamarca durante comienzos de los años noventa que se extendió a localidades con importante actividad económica y cercana a Bogotá, poniendo en evidencia lo que ha ocurrido en otros países, el cambio de estrategia para lograr la urbanización del conflicto. <sup>(14)</sup> Un evento que marcó este municipio y el aumento de la confrontación armada fue el bombardeo a Casa Verde. El 9 de diciembre de 1990, en La Uribe Meta, este sitio había sido creado por las FARC como campamento madre desde su desplazamiento por las operaciones en Marquetalia 20 años atrás. En este sitio en 1984 se había llegado a la

firma de un tratado de paz que duro 3 años. Este lugar fue destruido, perdiendo el secretariado de las FARC su base más simbólica, pero, aunque Casa Verde desapareció, no se logró el objetivo de la operación, ya que la cúpula de las FARC logró distribuirse a lo largo de la geografía nacional, y poco después desatar una violenta serie de emboscadas y atentados en todo el país. <sup>(15)</sup> El crecimiento de los grupos guerrilleros se hizo cada vez mayor, y en solo la región del Sumapaz se encontraban tres frentes de este grupo (25, 52, 55), y en estos municipios incluidos Cabrera el secuestro, la extorsión y el cobro de un *“impuesto revolucionario”* se hizo común. <sup>(14)</sup> A pesar de ser parte de su día a día, el conflicto vivió su máxima manifestación el 20 de agosto de 1997 cuando ocurrió la toma guerrillera más devastadora a esta población, pero sus acciones no terminaron ahí ya que el pueblo siguió siendo víctimas de constantes hostigamientos, bloqueos a vías y otro tipo de accionar de la guerrilla de las FARC. <sup>(16)(17)</sup>

La presencia de grupos de autodefensa no ha sido ajena al departamento de Cundinamarca ni a la región del Sumapaz, registrándose desde los años ochenta en los municipios de San Cayetano, Vergara, Yacopí, Paimé, El Peñón, Pacho, La Palma, Puerto Salgar y Guaduas. En la frontera sur de la región esmeraldífera de Boyacá, lo que abarca la provincia de Rionegro, Gonzalo Rodríguez Gacha domino estos territorios durante los años ochenta, siendo zona de autodefensas y presencia de narcotráfico. Finalizando el año 2001 las autodefensas finalmente logran hacer presencia en la provincia del Sumapaz. Esto gracias al respaldo de los grupos que operan en el Magdalena Medio, generándose presencia de estos grupos en Venecia, San Bernardo y Pasca, así como en Fusagasugá, Sylvania y Girardot, donde hicieron presencia e hicieron sentir su poder armado. <sup>(14)</sup>. La instalación del Batallón de Alta Montaña en el Páramo del Sumapaz a mediados del 2000 abrió un nuevo capítulo en la región que ha llevado a la disminución de su protagonismo en el conflicto armado.

El estudio presentado en el 2002 llamado *“Análisis del conflicto armado en Cundinamarca y Bogotá 1995-2001”*, bajo la supervisión técnica y administrativa por parte de la Mesa de Planificación Regional Bogotá-Cundinamarca en el que se analizan estadísticas entre los años 1995 -2003 en el departamento de Cundinamarca, permite ver el accionar de grupos al margen de la ley en el departamento y en algunos casos comparados con otros departamentos como Antioquia, -con manejo de mayor cifras de violencia. En cuanto a acciones violentas en el departamento de Cundinamarca y Bogotá,



durante 1995 a 2003, se presentaron 81 acciones en 1995, aumentando de forma progresiva llegando a presentarse 156 en el año 2003, lo cual representa un incremento de 92%; teniendo su punto más bajo en 1998 cuando disminuyó en un 50% comparado a 1995, y alcanzó el máximo grado de intensificación en el año 2002 con 177 acciones, creciendo en un 118% con respecto a 1995. Si bien Bogotá y Cundinamarca en estas estadísticas están por debajo del promedio nacional en acciones bélicas y violación al derecho internacional humanitario, las estadísticas muestran que, a lo largo de la geografía nacional, y en especial Antioquia y Bogotá-Cundinamarca, el total de acciones contra la población civil es mayor que el número de acciones bélicas. Así, el total de acciones contra el derecho internacional humanitario para esas fechas fue de 16.108, y el número de acciones bélicas alcanzo las 8.499, en el territorio nacional. Otro aspecto que llama la atención en este estudio referente a Cabrera, es su presencia entre los 20 municipios con estadística de violación al Derecho Internacional Humanitario en el departamento y también registra casos entre estos 20 municipios en acciones bélicas. Al comparar por regiones, Sumapaz ocupa el tercer puesto entre las 16 regiones en el departamento con más violaciones del derecho internacional humanitario, siendo Cabrera y Fusagasugá los municipios de la región que registran mayor número de casos. En acciones bélicas la región del Sumpaz ocupó el quinto puesto. Otra estadística llamativa en la que se ve la presencia de este municipio es en el registro de homicidios políticos, en cual aparece en el séptimo puesto de los 10 principales municipios con homicidios políticos, con 34 entre 1995 y 2003 del total de 75 que hubo en la región. <sup>(17)</sup> A pesar de ser un municipio de poca población llama la atención la presencia que tiene en los escenarios del conflicto armado del departamento de Cundinamarca.

Con toda la información expuesta podemos observar que tanto el desarrollo del concepto de salud mental como el de políticas en esta línea, debería verse alimentado por estudios que permitan ver la concepción que tienen las poblaciones específicas sobre estos temas. Como es el caso de Cabrera Cundinamarca, que ha estado expuesta de forma crónica a un conflicto armado que ha marcado su historia, siendo este municipio un reflejo más del conflicto armado interno de nuestro país. Y que mejor para hacernos a una idea del pensamiento de la población que la utilización de una metodología narrativa, ya que podemos decir que *los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos, y la investigación cualitativa*

*puede ser vista como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conducta.* <sup>(18)</sup> Por eso debe ser este trabajo también la oportunidad de resaltar la necesidad y el valor de los estudios cualitativos narrativos que nos permiten un análisis más flexible de las situaciones y ajusta el diseño a distintos a condiciones y escenarios, como la mejor forma de generar conocimiento y entendimiento desde la concepción de la población.

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo General**

Develar las narrativas sobre salud mental, en general y en su relación con el conflicto armado interno y los procesos de reparación integral a víctimas, en un grupo de habitantes de Cabrera (Cundinamarca - Colombia).

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Explicitar el concepto de salud mental construido por las personas entrevistadas, y la relación que éste guarda con sus vivencias en el conflicto armado.
- Analizar la visión desde las narrativas de los pobladores de este municipio sobre el papel que la reparación a la salud mental de las víctimas del conflicto armado juega en el marco de la reparación integral.

---

## 2.Capítulo. Marco Teórico-Referencial

### 2.1 Estudios y Conceptualización de la Salud Mental en Colombia

Para construir las bases conceptuales sobre la que se trabajó en este proyecto se hizo necesario conocer lo que ha sido el desarrollo de la investigación en el área de salud mental y conflicto armado en nuestro país. Y para esto, después de realizar una revisión cuidadosa de la literatura en diferentes bases de datos, se encontró bibliografía electrónica referente a este tema mayormente enmarcado desde la década de los noventa, época en la cual aumento las manifestaciones de violencia, así como el señalamiento de su relación con la salud mental. Muchas voces se manifestaron, ya sea hablando del impacto emocional, de cómo la violencia afecta a los niños, de las particularidades de quienes ejercen la violencia, la consideración de la imposibilidad de generar cambios, llevando así a que la labor del psiquiatra se involucre en el estudio e intervención en salud mental. Más allá de cualquier definición que se les dé a las circunstancias que vivamos, la violencia afecta de forma directa la vida cotidiana de un país. <sup>(19)</sup>

Un estudio mostrado en el congreso nacional de psiquiatría de 1998 y actualizado en el 2001, analizo la totalidad de las publicaciones de la *Revista Colombiana de Psiquiatría*, mostrando la necesidad de aumentar la generación de literatura científica en lo relacionado a la violencia y los problemas que se asocian a esta, en especial en su aspecto público. Podemos evidenciar que esta investigación manejo un supuesto, que es posible aportar en las situaciones de crisis, y esto no entorpece el pensamiento, proponiendo también que lo generado desde la psiquiatría, debe tener un ejercicio crítico, más allá de la atención y aplicación de modalidades preventivas. <sup>(19)</sup>

A medida que las décadas avanzan y ocurre la llegada del nuevo milenio se ha visto que los estudios en estas áreas tienen distintos enfoques desde la metodología investigativa y análisis de los datos. En un estudio realizado entre 1998 – 2003 se encontraron a esa fecha en nuestro país muchos textos que buscan describir o explicar la causa de la violencia, sus razones, así como sus efectos sobre la salud. Podemos ver en algunos documentos como este tema se encaran de forma genérica, y expone el lugar que ocupa en la vida cotidiana y como se relacionan con otras situaciones problemáticas del país:

pobreza, desempleo y narcotráfico. Los puntos de vista teóricos varían entre los que ponen en un lugar privilegiado las razones filogenéticas y biológicas, dando importancia en mayor o menor grado a la historia individual, las importancias del desarrollo infantil, y también los que hacen énfasis en las determinaciones sociales y culturales. Con frecuencia vemos que se utiliza el término “multicausalidad”, refiriéndose a declaraciones explícitas o presunciones derivadas de listar factores o hacer referencias a condiciones de distinto orden: político, psicológico, social, genérico, económico, etc. Entre las instituciones con más aporte en el área de investigación correspondiente a violencia y salud mental, encontramos en la década de los noventa y principios del nuevo milenio que las instituciones académicas (en su mayoría universidades, destacándose: Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia, Universidad de Caldas, Universidad Tecnológica de Pereira); organizaciones y empresas del sector de la salud (Direcciones de Salud, ESE) y entidades internacionales (por ejemplo, Organización Panamericana de la Salud [OPS] y UNICEF) que juegan un papel como editores o patrocinadores más frecuentes, también encontramos organizaciones no gubernamentales (ONG). Las alianzas entre universidades y empresas del sector salud con ONG también abarcan un buen número de casos, destacándose ONG’s como AVRE y Dos Mundos o la unión de instituciones académicas y ONG’s (AVRE y Universidad Nacional).<sup>(19)</sup>

Al clasificar la información encontrada en categorías, entre los noventa hasta casi la mitad de la década del 2000, se encuentra que la categoría *Ensayo/revisión/exposiciones* abarca el 54% de la documentación encontrada. Aunque en unos casos los textos hacen referencia a las prácticas y experiencias, o brinda parámetros de formas de intervención, lo que se expresa en ellos es de predominio narrativo; en la categoría *Educación/difusión* está ubicado un 27% de la producción. La intención de estos documentos es de carácter informativo y pedagógico, y la constituyen manuales de información, textos especializados, para los equipos básicos de salud, también para agentes comunitarios. En cuanto a la categoría de *Investigación*, recoge un 16% de investigaciones formales acompañado de sus resultados. Dos de los documentos se relacionan con la Encuesta Nacional de Salud Mental. Otra categoría es la denominada *Política*, con un 3% de documentos que hacen referencia a la Política Nacional de Salud Mental y del Plan Operativo de Salud Mental de Antioquia. Al ver estos datos es claro que la mayoría del conocimiento se centra en el área pedagógica, de

---

revisiones sistemáticas o no sistemáticas, y ensayos, pero son escasos los documentos que precisan y ahondan en el conocimiento, también son escasas las reflexiones o sistematizaciones sobre las acerca de prácticas y experiencias. <sup>(19)</sup>

Desde la psiquiatría se encara la problemática con la intención de generar un llamado de atención sobre puntos orientados, a exaltar el papel de la psiquiatría, invitando a reflexionas y participar en la creación de nuevas alternativas que logren aportar a la salud mental. Entre los temas centrales de estos textos encontramos: la educación, paz, confianza, normas, solución pacífica de conflictos, convivencia, y mejora de las condiciones de vida, y estos, siguen siendo de gran importancia en la actualidad. <sup>(19)</sup>

Los estudios en Colombia, en su mayoría exploran la salud mental en poblaciones específicas, como es el caso de los desplazados, y sobre poblaciones expuestas de forma crónica al conflicto; encontramos estudios desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se resalta la importancia de este tema en nuestro continente, ya que donde varias naciones se han visto afectadas por conflictos armados que se han cronificado y generado desplazamiento de grupos poblacionales. Se resaltan investigaciones y se ponen en manifestó datos epidemiológicos, que describen las consecuencias psicosociales de eventos traumáticos relacionados al conflicto armado. Se resalta de forma interesante el impacto del conflicto, mas allá de enfermedad mental, y esto se explica porque al exponerse a eventos traumáticos se genera angustia en cualquier individuo y puede llegar a afectar amplios grupos dentro de una comunidad, que si bien, no están sufriendo una enfermedad mental, si van a reaccionar ante un evento estresante de este tipo. El documento hace un llamado a apoyar estos grupos poblacionales y a la necesidad de diseñar estrategias desde el sector salud que respondan con rapidez, y que generen intervenciones psicosociales para prevenir los posibles daños que el conflicto armado y los desplazamientos provocan en la salud mental de estos individuos, esto para tratar de restablecer su funcionalidad de forma rápida. <sup>(20)</sup>

Es interesante ver en este mismo estudio de la OPS la recolección de las conclusiones de un estudio cualitativo hecho en Guatemala, país que experimento un conflicto armado por más de 30 años; en este se encontraron hallazgos significativos como lo siguientes: los a parición de problemas de salud mental o su agudización tuvo un aumento durante y

después de la guerra; muchas personas, en su mayoría de zonas rurales e indígenas, manifestaron una sensación de desesperanza y frustración; la desconfianza apareció entre las personas, se alteró la vida de las familias, el miedo se apoderó de las poblaciones y su la comunicación era pobre. Las personas se vieron expuestas a situaciones traumáticas como torturas, masacres, muertes, desapariciones etc. Muchas personas perdieron su patrimonio, aumentando la pobreza en el país. Las tradiciones y valores culturales propios del indígena guatemalteco no fueron ajenas al conflicto armado, ya que fueron desapareciendo; los '*ancianos no pudieron transmitir su cultura*'. Se señaló como dañina la influencia de las 'costumbres de la capital' y se valoró negativamente el impacto de los medios de comunicación masivos.<sup>(20)</sup> Llama la atención como desde la visión de la población es de donde se percibe realmente lo que sienten y consideran que se afectó por la guerra.

Finalmente, a modo de análisis y reflexión, la OPS concluye que Latinoamérica y el Caribe no cuenta con personal en el área de la salud mental entrenado para atender las personas en situaciones de emergencia complejas, como lo es el conflicto armado, y la posibilidad de trabajar y profundizar en esta área está abierta, y resalta también de este tema, que la salud mental en situaciones de emergencias complejas, ya está presente en las agendas de los gobiernos y de la sociedad civil. El desafío es poder generar avances y reorientar los servicios de salud para dar respuesta a esta problemática.<sup>(20)</sup>

La investigación en el área de salud mental no ha permanecido estática y se han orientado también a conocer desde la población la perspectiva de su situación, un objeto de estudio privilegiado en el que la psiquiatría ha tratado de incursionar.

En relación a estos estudios que den relevancia a el punto de vista de las víctimas, todos se sitúan en grupos poblacionales específicos como desplazados, en el que resalto investigaciones de tipo cualitativo como lo es el trabajo de Amparo S Mogollón Pérez, llamado "*Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá*" realizado en un grupo de 31 personas desplazadas en la capital de la República, en este estudio se resalta los problemática relacionada con la alimentación y los problemas gastrointestinales y respiratorias manifestados por las personas participantes como los principales problemas de salud. Durante el estudio emerge la dificultad de acceso a los servicios de salud como una problemática adicional. Sumado a estas

problemáticas descritas, la situación económica complicada empeora la situación a las personas desplazadas, que deben emplear cualquier estrategia a su alcance para su subsistencia.<sup>(21)</sup>

Otro estudio interesante de este corte encontrado en la literatura es el de Ángela Milena Blanco López, llamado *“Intervención sobre narrativa prototipo para la prevención del reclutamiento en niños y niñas en el municipio de Floridablanca”* este estudio se realizó en el 2010, con una muestra poblacional de niñas y niños entre 6 y 13 años, hijos de beneficiarios del “Proyecto Integrados por la Convivencia” operado por la UPB para la alta consejería para la reintegración, y el Fondo Especial para la Paz. El propósito de este estudio era realizar una intervención a las narrativas para la prevención del reclutamiento en los participantes, para ello, fue necesaria la facilitación de toma de decisiones, el incentivo del conocimiento de sus capacidades y recursos, la resignificación de los procesos de identificación en búsqueda de referentes sociales alternativos a los actores armados, el favorecimiento de la incorporación de narrativas de participación social; la promoción de la externalización por medio del lenguaje metafórico y las narrativas, y la utilización del juego, todo ello permito ver cómo la técnica de externalización cumple un papel fundamental desde la narrativa, permitiendo que la persona narre sus dificultades tomándolas como entes separados a su subjetividad, permitiendo así re-significar sus descripciones saturadas del problema; también se pudo ver que el juego se concibió como un código lingüístico útil que permitió a los niños y niñas reconocer sus habilidades y recursos, permitiéndoles expresar sentimientos y emociones utilizando la imaginación y la creatividad, descubriendo su capacidad para resolver sus problemas; se concluyó también que para los niños y niñas, los adultos más cercanos son sus principales modelos de referencia, en cuanto consolidan aquellas características personales con lo que ellos se sienten afines; así mismo, del compartir experiencias con aquellas, enriquecen sus narrativas.<sup>(22)</sup> Lo interesante de este estudio es que permite el desarrollo de programas de intervención sobre niños expuestos a un hecho victimizante y con una condición específica, -como lo es el reclutamiento.

Un trabajo que vale la pena describir se realizó bajo una metodología cualitativa con orientación fenomenológica, que tenía como eje central a las categorías *la salud mental y violencia política, en torno al concepto del mundo de la vida*. El análisis de los relatos se

hizo a través de la combinación de técnicas fenomenológicas descriptivas e interpretativas; se titula “*Salud mental y transformaciones del mundo de la vida en un escenario de violencia política y social*”, realizado por Cardona D. Héctor et al, y fue publicado en el 2012, conto con la participación de 50 personas, adolescentes, adultos y personas de la tercera edad, mujeres y hombres, pobladores del casco urbano y la zona rural del municipio de Viotá Cundinamarca, las edades oscilaban entre los 15 y 70 años; con diverso nivel educativo, pertenecientes todos los estratos, y representaban a cada uno de los sectores sociales productivos. En este trabajo podemos identificas definiciones de salud mental para la población tales como: tranquilidad, confianza y aceptación (uno mismo, entorno y hábitat), pero como patología en cuanto a retraso y distorsión de la realidad; también encontró la definición de violencia como: angustia, desconfianza, control externo, me alejo de la comunidad, estigmas, dificultad en conseguir alimento, no poder soñar; definieron la calidad de vida como: Armonía con lo que se hace, y donde se habita que lleva a crear sentido de pertenecía. Es interesante ver como en una población de similares características a la de Cabrera es importante la confianza entre pobladores, el sentido de pertenencia para lograr mantener una identidad y lograr un progreso como población. <sup>(35)</sup>

Pero por encima de los diferentes tipos de estudios que exploran la salud mental cabe plantearse, sobre, ¿Qué tipo de concepto de salud mental estamos trabajando? Para responder a este interrogante que ayuda a entender la razón del presente estudio, encuentro uno publicado en el 2007 llamado “*Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004*”, en él se estudia la forma en que la salud mental se ha forjado como objeto de estudio en algunos análisis oficiales colombianos que exploran la situación nacional de salud, esto durante un período de treinta años. En ese estudio se plantea que el concepto de salud mental se puede definirse desde distintos modelos, dentro de tres fuentes principales: “(a) las que asumen un objeto autónomo de salud, social y adaptativo, (b) teorías que demuestran la salud como ausencia de enfermedad; y (c) aquellas que se enmarcan en enfoques axiológicos, y no han delimitado de manera suficiente los diferentes planos en que emerge la salud”. Se muestra como lo que define la Organización Panamericana de la Salud (OPS) está englobado en la concepción de salud mental como proceso, y entendida como la dimensión de las relaciones entre las personas y grupos, permitiendo tener una inclinación por la generación de cambios en la calidad de vida en favor del individuo y de su colectividad. Así como se reconoce y acepta que el concepto de salud mental va mas



---

allá a la ausencia de enfermedad, también es reconocido que este concepto, desde un punto de vista transcultural, dificulta la creación de una definición unificada, esto se puede explicar debido a que engloba tanto la percepción de bienestar como la concepción de autonomía, competencia, autorrealización de las capacidades emocionales e intelectuales y dependencia intergeneracional, atributos que son muy posicionados en su concepción por la diversidad social y cultural en que se desenvuelven los seres humanos. <sup>(23)</sup>

Basados en lo planteado en el estudio, vemos que para poder analizar la salud, y caracterizarla para ser estudiada, ya se generan grandes dificultades, entre las que encontramos: (a) los vacíos metodológicos y teóricos que impiden delimitar la cuestión de la salud y la enfermedad; (b) la gran diferencia mostrada entre lo que se vive día a día de la salud por la gente, y los parámetros que se utilizan como indicadores de los acontecimientos que ocurren en la población, y (c) la no existencia de instrumentos para el análisis de la situación de salud en las poblaciones, que puedan ser equivalente a los desarrollados por las ciencias sociales con el fin de encarar el análisis de coyunturas y períodos como mínimo, quedando en deuda con un análisis situacional de salud, esto implica otros componentes, que se pueden considerar como elementos para el análisis: (a) La necesidad definir el marco conceptual a partir de cual se entiende la salud y la enfermedad, y de esta forma escoger los indicadores, y (b) delimitar la estructura y procesos de la sociedad que serán sometidos a análisis, teniendo en cuenta el momento histórico, relacionado con la patología caracterizada situación de salud a través de los indicadores que han sido escogidos. <sup>(23)</sup>

Para analizar una situación de salud existen modelos que tratan de relacionan los componentes ya mencionados. Es importante mencionar entre estos: “*la teoría de comprensión de la morbilidad*”, el enfoque de determinantes en salud y los enfoques de transición, pero, en las investigaciones, para delimitar las situación de salud mental el enfoque más fuerte es el más pobremente integrador, en el que prima el análisis de factores como: ambientales, biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la muerte a consecuencia de problemas en la salud mental de los individuos, exigencia de la emergencia de enfermedad, y la mayor importancia se da a la importancia que tienen los servicios de salud en la estructuración de esta situación. En contexto, es numerosa la

literatura sobre salud mental que se encuentra descrita, pero no es claro que tan importante son los aspectos sociales en la concepción de la salud mental, y son pocos los trabajos investigativos en el que su análisis este aspecto ocupa un lugar destacado en los estudios.<sup>(23)</sup>

En vista de estos diseños teóricos descritos, se realiza un análisis de la forma en que se analizó los términos de salud mental y se delimito las situación en salud en cuatro estudios que se realizaron en nuestro país durante el período de estudio: El primero de ellos es el “*Macrodiagnóstico de salud mental*” publicado en 1974, también los estudios de salud mental en Colombia de 1993, 1997 y el realizado en 2003, en este análisis se incluyeron estudios que se realizaron con la intención de generar formulaciones y replanteamientos de la política pública nacional en lo relacionado a la salud mental, respectivamente: la creación por medio del decreto 621 de 1974 en el Ministerio de Salud de la División de Salud Mental, creación y puesta en marcha de la Política Nacional de Salud Mental de 1998, también la base para intentar replantear la Política Nacional de Salud Mental, realizados en el 2005.<sup>(23)</sup>

*Macrodiagnóstico de salud mental de 1974* se realizó bajo los parámetros de las recomendaciones hechas en 1973 en el Plan Decenal para las Américas, planteado por la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS), esto con la intención de brindar una mejor la calidad en la prevención primaria en los servicios sanitarios básicos, también se incluyeron acciones encaminadas a mejorar la promoción y prevención primaria en lo relacionado a salud mental e impactar el aumento progresivo del alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas, a través de tratamiento y rehabilitación. Debido a esto, se realizó de forma detallada un análisis de las instituciones de salud mental disponibles en el país, también se realizó un recuento de profesionales en formación y los que ya se encontraban laborando en el campo, y se generaron estadísticas de las patologías mentales atendidas. Este macrodiagnóstico, permitió evidenciar las falencias a nivel administrativo y organizativo en estos servicios. El concepto de salud mental se trabajó como “ausencia de enfermedad”, dándose principal importancia al análisis estadístico como a las acciones de las instituciones de salud. Lo que concierne a aspectos sociales se limitaron simplemente a datos sociodemográficos, y no se consideraron relevantes para el análisis.<sup>(23)</sup>

En el año de 1993 se publicó el *Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias*, este tuvo una orientación de tipo epidemiológico donde se determinó la

distribución de factores de riesgo y factores protectores que impactan los trastornos mentales tanto en niños como en adultos, para esto se utilizaron encuestas y pruebas de tamizaje básico, entre los que se incluyeron la escala Zung de Ansiedad y Depresión, el *Self- Reporting Questionnaire* (SRQ), la prueba de CAGE (abuso de alcohol), y el *Reporting Questionnaire for Children* (RQC). Los enfoques de transición epidemiología fueron los que caracterizaron la situación de salud mental en el país, y quedó definido el concepto de la salud mental como la no presencia de enfermedad. Por medio de indicadores de prevalencia tanto de factores protectores y de riesgo, se analizó la posibilidad de desarrollar patología mental y consumo de sustancias psicoactivas. Se realizó también un análisis de la morbilidad desde el punto de vista de la población, así como la caracterización del uso de servicios de salud mental. En cuanto a los aspectos sociales fueron utilizados para analizar qué tan afectados se encontraban diferentes grupos poblacionales según las características sociodemográficas, así como también establecer las características de distribución geográfica de lo estudiado. El estudio también incluyó en cuanto a la salud mental infantil la valoración de riesgos para su alteración. Se tuvo en cuenta también los aspectos psicológicos que pueden impactar de manera positiva en la salud mental de los ciudadanos del país, entre los que se destacan: redes sociales, el nivel de integración familiar, la satisfacción con la vida, satisfacción con las relaciones sexuales, lo que se siente de forma individual hacia el medio ambiente social y físico donde se vive, la confianza en las autoridades. De igual forma, también se evaluó el impacto de la violencia de género y sociopolítica del momento. <sup>(23)</sup>

En el año de 1997 se realizó el *Segundo Estudio Nacional de Salud Mental de 1997 pero solamente se socializó la versión preliminar*, y nunca se lanzó el documento final. Este también fue un estudio epidemiológico, se orientó a determinar enfermedades mentales según los criterios del *Manual diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales* (DSM-IV), para esto se utilizó *la segunda versión de la entrevista diagnóstica compuesta de la OMS (CIDI-2)*. Sumado a esto, se caracterizó según lo manifestado por la población entrevistada la necesidad de consultar a un servicio de salud en lo relacionado a la salud mental. Este estudio, al igual que los anteriores se orientó a una perspectiva conceptual, considerando la salud mental como ausencia de enfermedad, y nuevamente las características sociodemográficas se introdujeron con el fin de realizar un análisis del

grado de alteración por la enfermedad, dependiendo área geográfica de residencia, grupos de edad y género. <sup>(23)</sup>

La definición que se manejó en lo relacionado a la situación de salud mental se limitó a determinar indicadores de morbilidad, bien sea diagnosticada a través de una entrevista psiquiátrica semiestructurada. Solo se evidencio una valoración de la mortalidad que estuvo representada por la definición de la prevalencia de los intentos suicidas. <sup>(23)</sup>

En cuanto al *Estudio Nacional de Salud Mental de 2003* siguió la línea de un estudio epidemiológico, que estableció para una serie de enfermedades mentales presentes en la población de nuestro país, las prevalencias poblacionales, lápsicas y de punto, y se realizó por medio del empleo los criterios diagnósticos DSM-IV, ayudados del instrumento *Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI-CAPI, versión certificada 15)*. Se realizó una aproximación a la discapacidad producto de las enfermedades mentales, se analizó también la historia natural de las enfermedades, y se estableció su edad de inicio. Adicionalmente este estudio incluyó, un elemento de aproximación analítica, por medio del cálculo de razones de disparidad, permitiendo determinar posibles asociaciones, de riesgo o protectoras, entre algunas de las variables exploradas. Esto hizo parte de una encuesta mundial de salud mental, en la figura de un estudio colaborativo encabezado por la OMS, en colaboración con la Universidad de Harvard, esperando que se pudieran realizar comparaciones transculturales. La encuesta describe en forma de factores, características sociodemográficas, empleo y finanzas; también las particulares de las relaciones entre padres e hijos y matrimonios; la carga familiar; las redes sociales; las condiciones médicas crónicas; la discapacidad; la fármaco-epidemiología; y la utilización de servicios. Se destaca entre los factores que se investigaron como facilitadores de posible riesgo o protección para patología mental se destacó: estado civil, grupos de edad en años, escolaridad, antecedentes personales y familiares de enfermedad mental, consumo de tabaco, ser cuidador de una persona enferma, estar cubierto por seguridad social en salud, religión que se practica y apoyo de esta en situaciones problemáticas, nivel de ingreso económico individual, antecedentes de comorbilidad física y experiencias situacionales graves, número de hijos biológicos o adoptados que se tiene a cargo. <sup>(23)</sup>

Podemos destacar datos de este trabajo como que el 40,1% de los encuestados manifestó el haber padecido en su vida, alguna vez, uno o más de los trastornos mentales explorados; de estos el 16%, presento en los últimos 12 meses uno o más

trastornos, y presentaron uno o más trastornos durante los últimos 30 días el 7,4% de los encuestados. Llama la atención que no excluyo a la población rural ni infantil. A modo de análisis general, la conceptualización fue insuficiente relacionado a algunos de los factores explorados, por ejemplo: ocupación, la carga de la enfermedad y redes de apoyo. <sup>(23)</sup>

Podemos ver en lo descrito en el artículo que hay falta de concordancia entre los conceptos explícitos sobre la salud mental que presentó inicialmente el estudio y la forma como se seleccionaron y operaron los indicadores que debieran respaldarla. En este estudio se puede observar también que omitieron la relación del impacto que la violencia basada en género o sociopolítica pueda generar en la salud mental de los colombianos y colombianas. <sup>(23)</sup>

En este estudio se encontró que el concepto de la salud mental usado está fuertemente marcado como ausencia de enfermedad, pero es de resaltar el aporte que hace para fijar la situación de salud en Colombia, referente a la visualización e identificación de la frecuencia en que los trastornos mentales perturban a la población colombiana. De igual forma, carece de una adecuada caracterización de atributos protectoras o de riesgo, evaluado siempre como factores y haciendo relación con la aparición de enfermedades mentales. Es de tener en cuenta que, al no explicitarse en los estudios las relaciones que pueden existir entre la presencia de alteraciones la exposición a violencia y salud mental, los resultados darán datos que no corresponden a un estudio descontextualizado de su entorno social, teniendo en cuenta el momento histórico y las características que vive el país. Esto mismo aplica en relación con la crisis económica y laboral que vive Colombia. <sup>(23)</sup>

Cabe entonces tener en mente lo planteado en el documento que analiza la concepción de salud mental a lo largo de 40 años en lo referente a este tipo de análisis desarticulado, brinda la posibilidad de caer en errores, cuando se utiliza el enfoque comparativo cuantitativo entre múltiples países, que se basan en la medición simultánea de muchos atributos similares en contextos sociales diferente, y que pueden llegar a ser muy distintos entre sí <sup>(23)</sup>

Al observar el artículo reseñado nos podemos cuestionar acerca del enfoque que se da al concepto de salud mental en las investigaciones y ha influenciado la creación de leyes alrededor de una definición que se queda corta referente quizá a lo que podría aportarle

un proceso de análisis histórico y la adición de la esfera de lo social a manera de un conjunto de variables extrínsecas a la salud mental. Por esto debemos centrar nuestros esfuerzos más allá del conocimiento de indicadores que se relacionan con la presencia o ausencia de enfermedades, de factores protectores o de riesgo para desarrollarlas, o la presencia de servicios de atención en salud para manejarla.

El último estudio de salud mental realizado fue la Encuesta Nacional de Salud Mental en el 2015, a través de esta, se trató de entender el concepto de salud mental desde los ciudadanos, la percepción de esta, los determinantes sociales y la equidad para los colombianos así como evaluar el acceso a los servicios de salud en personas desde los 7 años en adelante. Es de resaltar en este estudio el tratar de entender los problemas que afectan la niñez en nuestro país, así como hacer un llamado y actualizar las estadísticas al problema de suicidio en la sociedad colombiana. La salud mental se definió desde los encuestados a partir de un punto de vista individual, principalmente, con la salud corporal involucrada; otro grupo resalta las relaciones familiares, de pareja y amigos como atributos que afectan la definición. Las respuestas se ven influenciadas por la edad, el género y la situación de pobreza. Se observa, de igual forma, la autopercepción vinculada con conductas deseables de disfrute de la vida, solidaridad y empeño. Entre los términos que se repiten en los diferentes grupos de edades encuestados encontramos: *“tener buena salud física, comer y dormir bien, paz con uno mismo, superar dificultades”*. No hay una individualización en lo publicado con la definición que pudieran tener las personas que pudieron vivir el conflicto armado. A pesar de este acercamiento al tratar de entender lo que influencia y el significado de este concepto para la gente, el estudio no se aleja de la medición de variables y la realización de aproximaciones diagnósticas.<sup>(35)</sup>

Los estudios nacionales sobre la salud mental aún continúan siendo insuficientes, pero han tratado algunos de buscar otro enfoque al entendimiento de víctimas de conflicto armado y proporcionan una línea de base que permite la construcción del conocimiento pero que finalmente este conocimiento se construya a partir del entendimiento de las necesidades de la población de su construcción de lo que es la salud mental.

## 2.2 Salud Mental, Conflicto Armado y Legislación en Colombia

Como parte de la conceptualización del presente proyecto se investigó la legislación que ampara a las víctimas del conflicto armado y nos sirvió de base para entender cómo están cobijados los ciudadanos en Colombia.

En la ley 1616 del 21 de enero de 2013 se define el termino de salud mental *“como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”*. En esta ley se considera la salud mental como derecho fundamental, y se da la importancia como tema prioritario de salud pública, y como un bien de interés público, esto da otra connotación al término que permite a futuro generar deberes por parte del estado para su aplicación y el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos de nuestro país. <sup>(11)</sup>.

En esta ley se dan los siguientes conceptos: <sup>(11)</sup>

- 1. Promoción de la salud mental.** *“La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano”*.
- 2. Prevención Primaria del trastorno mental.** *“Hace referencia a las intervenciones protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias tendientes a impactar los factores de riesgo. relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores y colectivos”*.
- 3. Atención integral e integrada en salud mental.** *“La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria,*

*diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas”.*

- 4. Trastorno mental.** *“Para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida”.*
- 5. Discapacidad mental.** *“Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante”.*
- 6. Problema psicosocial.** *“Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.*  
**8. Rehabilitación psicosocial.** *Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que están deteriorados, discapacitados o afectados por el handicap -o desventaja- de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La Rehabilitación Psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, dishabilidades y handicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad”.*



En esta ley se da una orientación especialmente a la atención de las personas con patología mental y la prevención de esta que cubren también niños y adolescentes; así como también presenta los parámetros epidemiológicos vigilancia y control de lo que define el documento como “eventos de interés”, como lo son: víctimas del conflicto armado, consumo de sustancias psicoactivas, violencias, conducta suicida, entre otros, que contribuyendo al crecimiento y actualización del registro epidemiológico existentes tales como el sistema de vigilancia epidemiológica en violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato infantil y peores formas de trabajo infantil, (SIVIM), sistema de vigilancia de lesiones de causa externa (SISVELSE), sistema de vigilancia epidemiológica en consumo de sustancias psicoactivas (VESPA), y el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud. <sup>(11)</sup>.

la Ley 975 de 2005 de Justicia y Paz, es otra ley que debemos tener en cuenta que define víctima como *“a la persona que individual o colectivamente haya sufrido daños directos tales como lesiones transitorias o permanentes que ocasionen algún tipo de discapacidad física, psíquica y/o sensorial (visual y/o auditiva), sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo de sus derechos fundamentales”*.<sup>(24)</sup> Los daños que se ampararan por ley serán resultado de condiciones que hayan violado la legislación penal, y cometidos por organizaciones armada ilegales. También se considerarán víctimas al *cónyuge, compañero o compañera permanente, y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida*. <sup>(24)</sup> Esta condición de víctima se obtiene independientemente que se identifique, procese o condene a quien haya cometido la conducta punible y tampoco se considerara la relación familiar que haya existido entre la víctima y el autor. <sup>(24)</sup>

Como víctimas se consideran también a los miembros de la Fuerza Pública que sufrieran lesiones transitorias o permanentes debido a la violación de sus derechos fundamentales, como consecuencia de las acciones de algún integrante o miembros de los grupos armados organizados al margen de la ley, también que se genere algún grado de discapacidad física, psíquica y/o sensorial (visual o auditiva), se incluyen como víctimas al compañero o compañera permanente, cónyuge y familiares en primer grado de consanguinidad, de los integrantes de la fuerza pública que hayan fallecido en la prestación del servicio, o en relación con el mismo, o fuera de él, a causa de los actos ejecutados por algún integrante o miembros de los grupos al margen de la ley. <sup>(24)</sup>

Entre la legislación colombiana debemos tener en cuenta también a la Ley de víctimas 1448 de 2011, según la cual se entiende ahora por víctimas del conflicto armado *“aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1 enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado”*; *“También son víctimas el cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida”* entre los hechos descritos como victimizantes se incluyen los siguientes: <sup>(8)</sup>

- Secuestro.
- Homicidios - Masacre
- Desaparición Forzada.
- Minas anti-persona
- Despojo de Tierras.
- Desplazamientos.
- Delitos contra la integridad sexual.
- Reclutamiento ilícito.
- Actos Terroristas.

Vale la pena retomar también algunos conceptos que son importantes tener en cuenta como lo son el de **acciones bélicas**, que se entienden como: *“aquellas acciones ejecutadas por los grupos armados de los conflictos armados de carácter no internacional y que por acomodarse a las normas del ius in belis son acciones legítimas de guerra”*.<sup>(17)</sup> Bajo este término, se agrupan también: Las emboscadas, combates, ametrallamientos y los bombardeos que no afecten la población civil, los ataques a los objetivos militares, las incursiones. Cuando los hechos violentos contra la población civil son violaciones al Derecho Internacional Humanitario y se clasifican en cuatro bloques <sup>(17)</sup>:

- *“Infracciones al derecho internacional humanitario por el empleo de medios ilícitos de guerra como armas prohibidas, minas ilícitas y armas trampa”.*
- *“Infracciones al derecho internacional humanitario por el empleo de métodos ilícitos de guerra como perfidia, ataque indiscriminado y desproporcionado, desplazamiento forzado, pillaje y ataques contra las misiones médicas, religiosas y humanitarias”.*
- *“Infracciones contra el derecho internacional humanitario por atacar objetivos ilícitos de guerra como los bienes civiles, los culturales y religiosos, los indispensables para la supervivencia de la población civil; ataques al medio ambiente, a la estructura vial y de comunicaciones y a aquellos sitios o instalaciones que contienen fuerzas peligrosas”.*
- *“Infracciones al derecho internacional humanitario por el trato indigno al ser humano: el homicidio y las heridas contra persona protegida, la tortura, la violencia sexual, la utilización de escudos humanos, la amenaza contra individuos o grupos, la toma de rehenes, el reclutamiento de menores de edad y el desplazamiento forzado”.*

La población colombiana se ha expuesto de forma crónica y sostenida al conflicto armado nacional y esto ha llevado a los ciudadanos de nuestro país a pagar el precio de una violencia crónica, pero al revisar la conceptualización de salud mental, pasando por la legislación colombiana, poder reflexionar sobre la necesidad de una concepción clara de lo que es salud mental y considerarla no solo desde el punto de vista de trastorno o ausencia de este. Debemos entender que para llegar a la meta de construcción de políticas e intervenciones cercanas a la realidad nacional debemos crecer en la construcción de un concepto que provenga desde la realidad que vive el ciudadano colombiano, donde realmente se dé importancia a lo psicosocial. De ahí la importancia que tienen los estudios narrativos para tomar la vivencia de una población, que permita poder abrir nuestras mentes a un nuevo conocimiento.

### **2.3 Estudio Cualitativo – Diseño Narrativo**

Hasta hace algún tiempo las metodologías cualitativas eran minimizadas y rechazadas por parte de la comunidad científica, pero en la actualidad ha empezado a ganar un lugar en el ámbito académico. Estos estudios parten de considerar que las sociedades están construidas de significados y símbolos, lo que da la base para que el estudio de la

intersubjetividad es el punto principal de la investigación cualitativa y la base para entender de forma reflexiva los significados sociales. <sup>(25)</sup>

Podemos ver la investigación cualitativa como la posibilidad de intentar comprender las definiciones y significados de los sucesos tal como son expresados por las personas, más allá de una medida cuantitativa de las características de su comportamiento, este tipo de metodología ha permitido el trabajo de profesionales de varias áreas del conocimiento (médicos, sociólogos, enfermeras, antropólogos, relacionistas públicos, trabajadores sociales, psicólogos, entre otros), lo que genera una gran riqueza en la producción investigativa. Pero también, se puede generar efectos no tan positivos, tales como, una marcada variabilidad en la forma de afrontar el análisis: variedad de metodología, más descripción que interpretación, imprecisión y confusión de conceptos, teorización, riesgo de especulación, escasa visión de conjunto, entre otros, es tan marcado este fenómeno, que en la actualidad no podemos hablar del análisis cualitativo, lo correcto, es decir, los análisis cualitativos. <sup>(25)</sup>

Según algunos autores hay diferentes puntos de vista que se han definido como variantes de investigación cualitativa (Tesch, 1990, ubica 26 clases) y con fundamentos y metodologías variadas. Sin embargo, para algunos, el constructivismo es el paradigma que ha influenciado más el enfoque cualitativo, pero esto no es unánime entre los autores. <sup>(25)</sup> No obstante, otras posturas epistemológicas también han sustentado estudios cualitativos, como será expuesto más adelante:

El concepto de “diseño” en una investigación cualitativa hace referencia a la forma de abordar los temas en el proceso de investigación, el cual es más abierto y flexible, y la trayectoria de las acciones es regida por el campo evolución de los acontecimientos y los participantes, de esta forma, el diseño se adapta a los factores del ambiente. Entre los diseños utilizados en la investigación cualitativa encontramos: diseños narrativos, de teoría fundamentada, diseños de investigación-acción, diseños etnográficos y diseños fenomenológicos. Sin embargo, es de resaltar, que no existe una individualización puntual entre ellos. Debido a esto, y frecuentemente se afirma que los límites entre los tipos de diseños de esta metodología no existen en realidad. <sup>(25)</sup>

Si hablamos puntualmente de los modelos narrativos, en este quien investiga recoge la información sobre las experiencias de vida e historias de un grupo de personas determinado, para describirlas y analizarlas. Este tipo de diseños narrativos muchas veces son un esquema de investigación, pero también se pueden utilizar como una forma de intervenir psicoterapéuticamente, ya que al individuo al describir una narrativa puede contribuir a entender situaciones que no estaban claras. Se usa frecuentemente cuando se requiere evaluar una continuación de acontecimientos. Los datos son obtenidos a través de entrevistas, autobiografías, biografías, artefactos y materiales personales, y testimonios (pueden estar plasmados en cartas, diarios, artículos en la prensa, grabaciones televisivas y radiofónicas etc.). Pueden relatar: “(1) *Toda la historia de la vida de una persona o grupo*; (2) *Un pasaje o época de dicha historia de vida* o (3) *Uno o varios episodios*”. Quien realiza la investigación puede analizar diversos puntos: *la historia de vida, pasaje o acontecimiento(s) en sí; el ambiente (tiempo y lugar) en el cual vivió la persona o grupo, o sucedieron los hechos; las interacciones, la secuencia de eventos y los resultados*. Durante el proceso de estudio, el investigador realiza una reconstrucción de la historia de la persona o la cadena de sucesos, luego, son narrados desde su óptica y son descritos (basados en la evidencia disponible) y genera categorías, así como temas emergentes de las narraciones (provenientes de las historias del grupo de personas entrevistadas, los documentos, y la narración del investigador). <sup>(25)</sup>

Los tipos de estudios narrativo que podemos encontrar son: “(1) *Biográficos (De una persona, grupo o comunidad; sin incluir la narración de los participantes “en vivo”, ya sea porque fallecieron o no recuerdan a causa de su edad avanzada o enfermedad, o son inaccesibles)*; (2) *De tópicos (enfocados en una temática, suceso o fenómeno)*; (3) *Autobiográficos (de una persona, grupo o comunidad incluyendo testimonios orales “en vivo” de los actores participantes)*”. <sup>(25)</sup>

La narrativa se conceptualiza por un lado como los modelos y la forma en que se construye el sentido de algo, a través de acciones personales en el tiempo, usando el análisis de datos biográficos y la descripción y, por otro lado, formada de la experiencia que se entiende y ve como un relato; por otro. Es reconstruir desde una situación vivida, y a través de un proceso reflexivo, dar un significado a las experiencias. <sup>(26)</sup>

La Medicina Narrativa nace a través de los esfuerzos contemporáneos de revitalizar la medicina gracias a la Dra. Rita Charon, médica internista del Columbia Presbyterian Hospital. Se enfoca en la necesidad de prestar atención a lo subjetivo, al padecimiento de la otra persona, y no solo a lo objetivable y medible. Su principal meta es aprender a reconocer, asimilar, interpretar y ser conmovido por las historias de los pacientes, la capacidad de comprender el significado e importancia de estas historias y las apremiantes necesidades que hay detrás de ellas. La medicina narrativa permite examinar cuatro situaciones narrativas centrales de la medicina: el médico y sus colegas, el médico y la sociedad, el médico y sí mismo, y el médico y el paciente. Con la adquisición de competencia narrativa, los médicos pueden llegar a ser parte de la vivencia de la enfermedad de sus pacientes y reconocer su propio viaje personal a través de la práctica de esta medicina. Al cerrar las brechas que separan a los médicos de los pacientes, la medicina narrativa ofrece nuevas oportunidades para la atención médica respetuosa y empática. Los pacientes necesitan que los médicos puedan entender sus enfermedades, que los traten y acompañen a través de sus vivencias. <sup>(27)</sup>

Como vemos los estudios narrativos nos permiten explorar las experiencias desde una persona o un grupo, en el caso del conflicto armado conocer el real impacto de la violencia y de ahí partir para generar un real aporte a lo que puede ser la salud mental en un país como el nuestro marcado por una guerra que ha tomado gran parte de historia actual.

## **2.4 Fenomenología Hermenéutica y Narratividad**

La fenomenología hermenéutica, es una postura epistemológica que se relaciona con la narrativa, resulta útil para describir la experiencia humana de cuidar, curar y la integración con las fuerzas históricas, sociales y políticas que conforman significados de bienestar, enfermedad y personalidad. Determina que los individuos no pueden abstraerse de diversos contextos que influyen en sus decisiones y dan significado a la experiencia vivida. Incluso su propia experiencia de salud o enfermedad se da en el contexto de las tradiciones familiares, los valores de la comunidad y un contexto sociopolítico. Se piensa que los humanos son seres hermenéuticos, capaces de encontrar significado y sentido a sus propias vidas. Esta postura se basa en la creencia de que el investigador y los participantes llegan a la investigación con estructuras

predeterminadas de entendimiento dadas por sus respectivos trasfondos, y en el proceso de interacción e interpretación generan una comprensión del fenómeno que está siendo estudiado. <sup>(28)</sup>

La fenomenología podemos definirla como la investigación de la subjetividad de forma sistemática, cuyo objetivo es el estudio del mundo como se percibe y través de la conciencia; es la ciencia que estudia los fenómenos que se manifiesta a través de la conciencia. El enfoque fenomenológico se basa en la forma en que las personas interpretan lo que significan los eventos vividos. <sup>(29)</sup>

Podemos delimitar dos formas de fundar la hermenéutica en la fenomenología. Según Paul Ricoeur: la vía corta es aquella de una "*ontología de la comprensión*" a la manera de Heidegger. Y la vía larga descrita por Ricoeur, que, en lugar de una ontología existencial de la comprensión, propone una hermenéutica de la existencia humana porque se vuelca al plano de una ontología del ser finito, para encontrar allí el comprender no como un modo de conocimiento, sino como un modo de ser. Se pasa de la preocupación epistemológica a la preocupación ontológica. Ricoeur propone una fundamentación hermenéutica del análisis existencial a partir de los informes ofrecidos por el método fenomenológico. Su vía larga sitúa las cuestiones del comprender ya no en el plano de la originalidad existencial del Dasein (existencia), sino en el plano del lenguaje. El plano lingüístico resulta ser la vía de acceso a la existencia humana misma: el nivel semántico se relacionará con el nivel reflexivo. <sup>(30)</sup>

El símbolo, el signo y, finalmente, el lenguaje se volverán elementos centrales de la reflexión sobre la identidad y la constitución de la acción y de los valores humanos. Presentando el símbolo cual medio ancestral para la transmisión, traducción y tradición humana, Ricoeur subraya que el símbolo representa la instancia concreta y unitaria de lo que las interpretaciones separan durante el darse del proceso hermenéutico. El hombre resultaría mediado a través de signos (herencia mitológica); símbolos (herencia cultural); textos (herencia lingüística) en la dialéctica originaria del proceso de escritura-recepción-lectura. <sup>(30)</sup>

Se observa entonces que el proceso salud/enfermedad según estas metodologías está basado en la interpretación de los sucesos y vivencias de cada individuo, en donde estos no son hechos aislados a su contexto socio-cultural, familiar e incluso político. Permiten

una perspectiva más amplia de los fenómenos que se estudian y mayor entendimiento, en el caso que concierne a esta investigación, de la relación terapeuta y paciente logrando obtener una información más clara o como mínimo, menos sesgada por los esquemas y conceptos del investigador. Evolucionamos entonces a un dialogo (consigo mismo y con el investigador), a la negociación del significado, que a través de la escritura se facilite la comprensión y llegar alcanzar un nuevo saber por medio de la dialéctica que comparte el individuo de una población determinada con aquella que hace de investigador.

La fenomenología hermenéutica nos da la oportunidad de entender mejor como los sucesos socio - culturales generan un cambio en su visión de sí mismo y su entorno, que al aplicarse a la realidad del conflicto armado de nuestro país nos lleva a un entendimiento cercano a la realidad del impacto del conflicto.

## **3.Capítulo. Metodología**

### **3.1 Diseño Metodológico**

- **Tipo De Estudio:** Cualitativo, de tipo narrativo, basado epistemológicamente en la fenomenología – hermenéutica de Paul Ricoeur, y teóricamente en la medicina narrativa.



- **Periodo De Estudio:** junio de 2015 a octubre de 2016.

## 3.2 Población y Muestreo

### 3.2.1 Población

La población que se estudio fue constituida por personas que habitaron en el Municipio de Cabrera Cundinamarca entre los años de 1995 – 2003.

### 3.2.2 Muestreo

Se trabajó con un muestreo teórico no probabilístico, de corte estructural y seleccionado a juicio, con un tamaño de la muestra: definido por saturación. En el marco de lo cual se identificaron los sujetos a entrevistar con base en su representatividad según los siguientes criterios conceptuales:

**TABLA 1** Niveles estructurales considerados para asegurar la heterogeneidad de la muestra

<b>Niveles Estructurales Considerados para Asegurar la Heterogeneidad Estructural de la Muestra</b>		
<b>Tiempo</b>	<b>Ubicación Socio–Económica</b>	<b>Espacio</b>
Adultos jóvenes, Adultos Maduros, Adultos Mayores	Sexo: Hombre – Mujer. Residentes y no residentes actuales del municipio, pero que lo habitaron entre 1995-2003 Nivel Educativo: Primaria, bachillerato, técnico, tecnólogo y profesional	Cabrera Cundinamarca zona rural y zona urbana. Bogotá DC

Fuente: elaborado a partir de Mejía, J (2000) *El muestreo en investigación cualitativa. Investigaciones sociales IV (5): 165 – 180.*

De ésta manera, el tamaño total de la muestra entrevistada fue de 16 personas, como se describe en la sección de resultados.

Se tomó la ciudad de Bogotá como espacio externo al municipio de Cabrera por ser el principal sitio de recepción de habitantes desplazados por el conflicto armado afectando a Cabrera en esa época.

### **3.3 Técnicas para la Recolección y Procesamiento de la Información**

La información se obtuvo a través de la realización de entrevistas focalizadas, las cuales se concentraron sobre puntos específicos en donde el sujeto fue estimulado a expresarse sobre ellos, y que por parte del entrevistador se fue planteando durante la situación, intentando identificar en todo momento lo que se quería conocer <sup>(31)</sup>.

El entrevistador tuvo conocimiento previo sobre situaciones particulares en la que las personas entrevistadas se vieron envueltas, como colectivo; luego, los puntos significativos, proceso, patrones, y la estructuración total de esta situación, se analizó por el entrevistador; posteriormente surgió una serie de hipótesis relacionadas a las consecuencias de aspectos específicos de aquellos se vieron involucrados en la situación. Se generó a partir de allí una estructura de entrevista agrupando en bloques principales las preguntas. <sup>(32)</sup> (Ver anexo B)

El investigador principal fue quien realizó las entrevistas, estas fueron grabadas, se complementaron con toma de notas, adicionalmente se llevó un diario de campo; ya teniendo las grabaciones de las entrevistas, estas fueron transcritas línea a línea, al igual que las notas y los diarios de campo para su posterior análisis.

El procesamiento de la información se realizó manualmente, con el apoyo del software Word y Excel que ayudaron a la clasificación de la información basado en los objetivos específicos, con el apoyo de matrices de análisis, según lo explicitado en el apartado siguiente.

### 3.4 Estrategias y Técnicas para el Análisis de la Información

El análisis de la información se hizo manualmente, basado en las técnicas del análisis narrativo de narrativas. En concreto, se utilizó la metodología descrita por Colazzi para analizar información cualitativa desde una perspectiva hermenéutica - fenomenológica.

(33) (28)

El análisis de la información transcrita a partir de las entrevistas, notas de entrevista y diarios de campo se realizó en los siguientes pasos: (33) (27)

**TABLA 2** Pasos para el análisis de la información transcrita

<u>Paso del análisis</u>	<u>Propósito</u>
Lectura y relectura de las transcripciones	Adquirir percepción de experiencia general sobre el tema.
Extraer las frases significativas.	Generar información directamente relacionada con el fenómeno a estudio.
Formular significados.	Delinear significados emergentes en varios contextos donde se expresa el fenómeno.
Categorizar en grupos de temas y validar confrontando con el texto original.	Identificar experiencias comunes para todos los informantes.
Describir.	Generar un modelo teórico prototípico.
Efectuar devolución a los participantes.	Validar los hallazgos.
Incorporar cualquier cambio basado en la retroalimentación de las personas informantes. Presentar un modelo teórico que refleje de manera comprensiva las características fundamentales del fenómeno.	

Fuente: elaboración a partir de Colazzi (33) (28)

El análisis de la información estuvo a cargo del investigador principal, con apoyo y supervisión por parte de la directora de trabajo de grado con el fin de aumentar la consistencia lógica interna del estudio.

### 3.5 Estrategias para Asegurar el Rigor de la investigación

Entre las desventajas que se han atribuido a este tipo de investigaciones es la aparente deficiencia de validez y confiabilidad, entendida de acuerdo a los parámetros de la investigación cuantitativa, sin embargo, desde el punto de vista de varios autores, no se debe equiparar estos dos criterios a la investigación cualitativa ya que se violan la naturaleza, propósitos y objetivos propios de esta metodología. Según lo plasmado por Castillo & Vásquez (2003) una inquietud que el investigador siempre debe hacerse durante toda la investigación es la forma de garantizar el rigor de la investigación. Otro cuestionamiento que la persona que realiza la investigación se debe hacer es cómo otros investigadores juzgarán el rigor de la investigación realizada. Esos dos puntos son siempre serán de gran debate entre los investigadores de los abordajes cualitativo y cuantitativo. Desde el punto de vista de los investigadores cualitativos, aseveran que los estándares con los cuales los estudios cuantitativos evalúan el rigor metodológico de los estudios cualitativos son inapropiados, por lo que se debe evaluar con criterios coherentes y los propósitos del paradigma que están representando. <sup>(25)</sup>

Según lo expuesto por Gubba y Lincoln, los criterios que más se utilizan para establecer el rigor de una investigación cualitativa son: dependencia, credibilidad, auditabilidad, y transferibilidad. Adicionalmente, la validación cara a cara se considera tanto un criterio de rigor metodológico, como de rigor ético en la investigación. Tales criterios se aplicaron en este estudio de la siguiente manera <sup>(25)</sup>:

- Dependencia o consistencia lógica: Es el grado en que la recolección de datos similares por parte de diferentes investigadores y bajo los mismos análisis, generen resultados semejantes o equivalentes. Se buscó incrementar la consistencia lógica interna mediante el análisis conjunto de la información por parte del investigador principal y su directora de trabajo de grado.
- Credibilidad: En esta, a través de conversaciones prolongadas con los participantes el investigador recoge información que produce datos veraces y creíbles según la percepción de los participantes y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado.

- **Auditabilidad o Confirmabilidad:** La capacidad de otro investigador de poder continuar la ruta de lo que el investigador original ha hecho
- **Transferibilidad o aplicabilidad:** Es el poder trasladar los resultados obtenidos y ajustarlos a otros contextos concretos, a otras poblaciones. Quien determina si se pueden transferir los resultados a un contexto diferente es el lector del informe. Por ello, en este estudio se incluyó descripción clara del lugar de realización del estudio, incluyendo la perspectiva socio – histórica que le rodea, y las características de las personas con quienes se realizó el estudio fenómeno. Por tanto, el termino de transferibilidad es una función directa de que tan similares son los contextos, a ser juzgada por los lectores.

### 3.6 Consideraciones Éticas

De acuerdo con lo contenido en la Resolución 08430 de 1993 expedida en la República de Colombia, en la que se dictan las consideraciones éticas que se deben tener en estudios en seres humanos cual promulga que *“en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar”*, la presente investigación corresponde a una con riesgo mínimo. <sup>(34)</sup>

Aunque debido a la sensibilidad del tema a tratar con esta población, se realizara la firma de un consentimiento informado escrito a cada una de las personas participantes en las entrevistas, según formato incluido en el Anexo A.

El proyecto fue aprobado por el comité de ética en investigación de la Facultad de Medicina – Universidad Nacional de Colombia por medio del acta de evaluación No. 021-282-15.

Se guardó confidencialidad a las personas participantes, y para esto se implementaron medidas para ocultar su identidad. Una vez terminado el proceso de investigación, se borraron los discos duros de los PC empleados y se destruyeron los soportes en medio físico de las transcripciones de las entrevistas, conservándose solamente una copia en medio magnético bajo la custodia del investigador principal.

La información recolectada se utilizó solamente para los fines del estudio; antes de su difusión amplia, los resultados fueron presentados a las personas participantes en las entrevistas, para su conocimiento y retroalimentación.

## **4. Capítulo. Resultados**

### **4.1 Caracterización Sociodemográfica**

Se entrevistó un total de 16 personas, todos vivían en el municipio entre los años 1995 a 2001 en la zona rural del municipio, de las cuales 10 eran mujeres y 6 hombres.

En cuanto a grupo de edad 5 personas fueron adultos mayores (4 mujeres y 1 hombre), 5 personas fueron adultos maduros (1 hombre y 4 mujeres), 6 personas adultas jóvenes (4 mujeres y 2 hombres).

La escolaridad más frecuente entre las personas entrevistadas fue la técnica y profesional (4 personas en cada caso), seguida por el bachillerato completo (3 personas), 2 personas con estudios de posgrados, 1 persona con bachillerato incompleto y 1 con primaria incompleta. (Ver tabla 3)

En cuanto al lugar de residencia actual, en su mayoría (13 personas) se trató de residentes actuales en Cabrera, aunque 3 personas están en el momento radicadas en Bogotá. (Ver tabla 3)

Doce de las personas entrevistadas se declararon católicas, dos manifestaron que no practican ningún tipo de religión, y las restantes expresaron tener otras adscripciones religiosas.

**TABLA 3** Caracterización de la muestra analizada de entrevistados

<b>ENTREVISTAS</b>	<b>SEXO</b>	<b>EDAD (años)</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>RELIGION</b>	<b>OCUPACION</b>	<b>RESIDENCIA ACTUAL</b>
Entrevista 1	Hombre	33	Soltero	Bachiller	Católico	Agricultor	Cabrera (urbana)
Entrevista 2	Hombre	29	Soltero	Técnico en sistemas	Ateo	Mantenimiento	Bogotá (urbana)
Entrevista 3	Hombre	30	Soltero	Profesional	Católico	No actual ocupación	Bogotá (urbana)
Entrevista 4	Hombre	63	Casado	Bachiller	Católico	Trabajador Judicial	Cabrera (urbana)
Entrevista 5	Hombre	49	U. Libre	Bachiller	Católico	Trabajador administración municipal	Cabrera (urbana)
Entrevista 6	Mujer	72	Soltera	Primaria incompleta (segundo)	Católica	Hogar	Cabrera (urbana)
Entrevista 7	Mujer	43	Soltera	Técnica en administración	Cristiana no católica	Comerciante	Cabrera (urbana)
Entrevista 8	Mujer	31	U. Libre	Técnica en salud pública	No religión	Trabajo social	Cabrera (urbana)
Entrevista 9	Mujer	68	Casada	Bachillerato incompleto (octavo)	Católica	Comerciante	Cabrera (urbana)
Entrevista 10	Mujer	41	Casada	Profesional	Católica	Docente	Cabrera (urbana)
Entrevista 11	Mujer	27	Soltera	Profesional	No religión	Gestora social	Bogotá (urbana)
Entrevista 12	Mujer	56	Soltera	Posgrado	Católica	Docente y directivo	Cabrera (urbana)
Entrevista 13	Mujer	69	Viuda	Posgrado	Católica	Docente pensionada	Cabrera (rural)



Entrevista 14	Mujer	46	U. Libre	Técnica en trabajo social	Católica	Hogar	Cabrera (urbana)
Entrevista 15	Mujer	68	Viuda	Primaria completa	Católica	Hogar	Cabrera (urbana)
Entrevista 16	Hombre	30	Soltero	Profesional	Católico	Docente	Cabrera (urbana)

Fuente: Elaboración Propia

## 4.2 Concepto de Salud Mental en los Habitantes de Cabrera

Los términos de salud y salud mental para los pobladores en el municipio no siempre suponen asuntos separados. En muchos casos uno involucra al otro, o se emplean de forma indistinta.

Quienes hablaron diferenciadamente del concepto salud, respecto al de salud mental lo hicieron en base al término central *bienestar*, definido como las herramientas para prevenir el padecimiento de enfermedades, y si se padecen evitar sus complicaciones, mantener hábitos alimentarios adecuados, el equilibrio con aspectos sociales, políticos y religiosos que influyan en el funcionamiento del organismo, dejando ver la importancia de los elementos del medio donde se desenvuelve el individuo como determinantes para el padecimiento de una enfermedad. Si bien el termino salud para los pobladores se relaciona con enfermedad o alteraciones en el organismo, la forma en cómo se entiende se produce la enfermedad depende del cuidado que el individuo tenga de su cuerpo, y del equilibrio con condiciones ambientales donde se desenvuelve.

*“Salud para mí es como el bienestar de cada uno, el prevenir, el evitar complicaciones obviamente de uno mismo es estar bien en la parte alimenticia, en la parte nutricional, en la parte social, en el parte familiar, y de uno mismo. Salud mental son todas esas alteraciones que tenemos nosotros en cuanto a las diferentes situaciones que vivimos en cada uno de nuestros entornos. La salud lo que busca es prevenir y en la salud mental también busca como evitar, prevenir a que se llegue a esas complicaciones derivadas de las vivencias”<sup>1</sup>*

A partir de los relatos de las personas entrevistadas podemos resumir la construcción de comprensiones sobre el término *salud mental* a través de 4 atributos que son (Grafica 1):

1. Llevar una vida tranquila: Estar bien consigo mismo y los demás, y prevenir complicaciones derivadas de las vivencias. Es aquí donde podemos ver nuevamente la aparición del término prevención, pero más como el lugar que se dan a las experiencias vitales y las consecuencias que estas traen para mantener el equilibrio con los otros términos que definen la salud mental.

*“Salud es estar bien que no le duela a uno nada, que sus órganos estén sanos, que no tenga ninguna discapacidad, que una persona se encuentre bien consigo misma y con los demás. Salud mental es que su estado mental, psíquico, de ánimo le permita realizar sus actividades diarias es llevar una vida digamos tranquila”<sup>12</sup>.*

2. No estar mal de la cabeza: Haciendo referencia a la no presencia de patología mental definida como la concordancia entre lo que se piensa y estar consciente de los actos. La forma en la cual se genera el estar mal de la cabeza es por la usencia de *Paz interior* que se traduce en la no presencia o el déficit de “algo” a nivel del sistema nervioso central generando la aparición de patología mental. La enfermedad mental, en resumidas cuentas, se da por una ausencia de “algo” a nivel del sistema nervioso central. El estar bien de la cabeza nos brinda la posibilidad de vivir felices y tener una adecuada vivencia con las personas que nos rodean.

*“La salud mental es más fuerte que las otras enfermedades que uno las pude sanar con tratamiento y con medicamento (claro que lo otro también) pero la salud mental es más fuerte porque es algo de estar bien tener una paz interior en el cerebro porque son partes nerviosas que es como cuando a uno le falta algo”<sup>3</sup>.*

Entrevista No. 8, Mujer 31 años. Trabajo Social

<sup>3</sup> Entrevista No. 7, Mujer 42 años. Comerciante

<sup>12</sup> Entrevista No. 3, Hombre 30 años. No actual ocupación.

3. Psicológicamente sano: Para las personas entrevistadas surge como un concepto también primordial para mantener el equilibrio como individuo. Estar psicológicamente sano es definido como no tener cargos de consciencia por

situaciones vividas, acciones no realizadas, decisiones no tomadas que conlleva a paz con uno mismo en familia y entorno.

*“Salud es estar anímicamente bien, psicológica, espiritual, corporal y salud mental es estar psicológicamente sano no tener preocupaciones, como le digo cargos de conciencia estar o tener tranquilidad, estar en paz consigo mismo, con mi familia, con mi entorno”<sup>10</sup>.*

4. **Bienestar Mental:** Para las personas entrevistadas surge como un concepto también primordial para definir la forma como se responde a las dificultades del ambiente en el que se vive, la forma en que enfrentamos los problemas de la vida diaria. Podemos considerarlo la forma en que se traduce los tres términos anteriores.

*“Salud es un sistema de bienestar aparte que también es algo muy biológico en una concepción muy biológica del cuerpo, pero también una cuestión de la construcción del bienestar, un buen vivir es como una estabilidad frente a ciertas dificultades que se viven en el ambiente o en el entorno y salud mental sería un bienestar mental dentro del fenómeno en el que uno vive o el entorno en el que uno vive”<sup>(5)</sup>.*

**Grafica 1:** Atributos de la salud mental para los habitantes de Cabrera



Fuente:

elaboración propia

<sup>10</sup> Entrevista No. 6, Mujer 72. Hogar

<sup>5</sup> Entrevista No. 11, Mujer 27 años. Gestora Social

Esta construcción de salud mental la muestra como un término dinámico, cambiante según las experiencias y como estas sean asimiladas por los individuos. La presencia

del término psicológicamente sano marca la importancia de las decisiones tomadas o no y lo que pesan los actos en la historia personal a la hora de asimilar sus consecuencias. La salud mental desde la visión de los pobladores no es posible comprenderla solamente desde lo individual, es necesaria la participación activa de cada miembro de la comunidad en la conformación de esta y poder estar psicológicamente sano y tener un adecuado bienestar mental.

Cuando se intenta concluir sobre los términos de salud mental y salud en forma conjunta y su finalidad en la vida diaria, se encuentra que constituyen un equilibrio inviolable, que permite vivir en medio de la sociedad, con el ambiente que rodea, teniendo condiciones físicas favorables, capacidad de analizar, pensar, trabajar y realizar actividades recreativas.

*“Es un contexto que no solamente comprende la salud física, sino también la salud mental de las personas, que hacen del ser humano una persona equitativa en cuanto a la vida. Salud mental es el hecho de que nosotros tengamos en sí una vida de optimismo, de alegría, que estemos conformes con nuestro modo de vivir, nuestro modo de estar, a pesar de las dificultades que la vida nos ha brindado”<sup>6</sup>.*

Podemos definir en este punto las condiciones que determinan la salud mental para los pobladores del municipio como lo son:

- ***Familia:*** Es la condición primordial en especial para las mujeres del municipio, y el punto de partida para poder enfrentar los problemas y poderse involucrar como comunidad. La unión familiar permite adquirir la posibilidad de aprender a convivir dentro de un grupo. La separación de los miembros de una familia por muerte o enfermedad resulta uno de los eventos más estresantes para los habitantes.

<sup>6</sup> Entrevista No. 13, Mujer 69 años. Docente Pensionada

Este es un punto en el que las mujeres hacen especial énfasis en el transcurso de las entrevistas como condición fundamental y punto base que la sociedad debe proteger para construir salud mental.

- Conflicto armado: Ha sido una condición determinante para los habitantes de municipio, ya que esto ha afectado la forma de interactuar entre los habitantes, la confianza, provocando separación de familias, así como una adaptación de los habitantes del municipio a las condiciones que se vivían y que generaron cambios de forma positiva o negativa que aun hoy persisten entre los habitantes.

*“A través del conflicto armado, así uno no quiera tiene que aceptar que ha entorpecido de alguna manera nuestra salud, y mental porque es como la inquietud, el malestar, el miedo, la intimidación, son muchas cosas que hemos afrontado y que además hemos tenido que soportar cada uno en el seno de nuestros hogares, y personal, y eso creo que ha perturbado lo que es el bienestar y la salud de nosotros”<sup>7</sup>.*

- Enfermedad física: Las personas entrevistadas consideran que la limitación generada por parte de una enfermedad para poder trabajar, mantener la independencia afecta el bienestar de las personas rompiendo ese equilibrio necesario para tener una adecuada salud mental. De ahí la importancia que los habitantes dan en sus narrativas a la prevención.

*“Salud es estar bien en nuestro cuerpo no tener ningún dolor, ninguna afectación de los miembros y la salud mental es estar bien emocionalmente, no tener nervios y tener una paz interior es estar en paz con uno mismo. La salud mental es más fuerte que las otras enfermedades que uno las pude sanar con tratamiento y con medicamento (claro que lo otro también) pero la salud mental es más fuerte porque es algo de estar bien tener una paz interior en el cerebro porque son partes nerviosas que es como cuando a uno le falta algo”.<sup>(3)</sup>*

---

<sup>3</sup>Entrevista No. 7, Mujer 42 años. Comerciante

<sup>7</sup>Entrevista No. 12, Mujer 56 años. Docente y Directivo

- *Dialogo, crecimiento y convivencia en comunidad:* El termino comunidad es casi tan central como el de familia dando la base para la construcción de la salud mental grupal. El poder expresar las emociones libremente, la comunicación entre las generaciones, los intercambios de costumbres permiten llevar una vida tranquila y un adecuado bienestar mental.
- *Educación:* Comprendida en su potencial de aportar al crecimiento individual y del municipio, enriquecer la posibilidad de tomar decisiones de forma más adecuada, aportar al crecimiento y progreso del municipio desde un mejor aprovechamiento y utilización de los recursos. La necesidad del crecimiento académico del municipio es algo común en la narrativa de los habitantes siempre que este crecimiento en conocimiento aporte al municipio.

*“Programas sociales por ejemplo en la juventud y la niñez, en cuanto a recreación, escuelas de formación, el arte es muy importante en los niños que en un municipio afectado, el niño que pinte, el niño dibuje, el niño le guste la música, no sea visto como lo raro, sino al contrario que sea impulsado para que todo lo haga, que todas las personas puedan escoger un arte, todas las personas puedan vincularse, eso es de la parte más social, de tener escuelas de formación, tener academias que desde la niñez den a escoger el arte que les puede gustar, como la psicología, me gustaría que también se enseñara arte de una temprana edad, como que tenga ese amor”<sup>9</sup>.*

- *Sentido de pertenencia:* Este mueve la voluntad de los ciudadanos a trabajar de forma espontánea por el municipio e impulsa también el trabajo conjunto desde el amor individual por el sitio donde se vive. Hace que sea más fluida la participación en la toma de decisiones en pro del municipio y llegar acuerdos.

*“Yo creo que la forma... la parte de la residencia... el hecho de que uno se enfrente con este tipo de cosas y de todas maneras le generen transformación... a mí, por ejemplo, personalmente, me ha conducido a movilizarme mucho políticamente, y es algo con lo que yo ahorita trabajo.*

---

<sup>9</sup> Entrevista No. 2, Hombre 28 años. Mantenimiento

*Es algo con lo que yo tengo mucha voluntad comunitaria en el municipio, si me ha ayudado mucho cómo a empezar a ejercer liderazgo frente a la construcción de paz, frente a la construcción de estas cosas que están llegando”<sup>5</sup>.*

- Participación ciudadana: La posibilidad de expresarse libremente, sus pensamientos y su opinión ante las situaciones del municipio y país, sin miedo a sufrir estigmas o represión ante lo que se expresa.

*“Haciendo programas, convocar a la gente, con participación de las mismas autoridades municipales, representantes de un municipio donde haya por ejemplo de verdad comisaria de familia, alcalde, personero, juez, todas situaciones, policía. Aquí se hacen, por ejemplo, los comités de integración de política... como se llama... donde tratan esos temas, y cada cual lleva, los colegios llevan temas relacionados, es decir, con la comunidad estudiantil, los de la comisaria de familia lleva todos sus casos de violencia intrafamiliar entre padres, de padre a hijo, de hijo a padre, de todas esas cosas todo eso se presenta”<sup>4</sup>.*

- Protección a los niños: Factor fundamental para mantener la tranquilidad y bienestar grupal a través de actividades que permitan que los niños permanezcan lejos del conflicto armado. Estimulando y promoviendo en ellos la educación, prácticas deportivas y actividades saludables.

*“Aquí en Cabrera se les acabo ese corredor estratégico, entonces ya no hay tanto contacto con la gente, y esa falta de contacto lo aprovechamos nosotros precisamente para trabajar con los jóvenes y los niños, a eso le estamos apostando, este año vamos a hacer unas campañas para apostarle más a eso, a que los jóvenes tengan otra visión -del municipio de Cabrera, que sueñen con transformar este municipio y que ellos mismo se apoderen de este municipio”<sup>8</sup>.*

<sup>5</sup> Entrevista No. 11, Mujer 27 años. Gestora Social

<sup>4</sup> Entrevista No. 4, Hombre 63 años. Trabajador Judicial

<sup>8</sup> Entrevista No. 5, Hombre 49 años. Trabajador Administración Municipal

### 4.3 Relación entre Salud Mental y Conflicto Armado Interno desde el Punto de Vista de los Habitantes de Cabrera

Entre Las principales condiciones que determinan la salud mental en los pobladores del municipio, desde sus propios puntos de vista, está el conflicto armado que ha jugado un papel determinante en la construcción de lo que es la salud mental. Por eso, se retoma en éste apartado, para ampliarlo.

El conflicto armado visto por los ciudadanos ha tenido un impacto que debe ser evaluado en varios momentos: el momento de la vivencia del conflicto, las consecuencias que trajeron posteriormente a los pobladores y entre estas, las secuelas negativas que ha dejado de forma permanente, así como las adaptaciones positivas que pudieron dejar en la comunidad.

*“El conflicto que vivimos aquí en el municipio me hizo ser más humano, los seres humanos antes de tener posición, tener puestos, tener carreras es tener un fin dentro de una sociedad, es servirle a una sociedad y como poner uno su granito de arena para la convivencia, el respeto, la tolerancia sean pan de cada día”<sup>8</sup>.*

- **Durante el Conflicto** (Grafica 2): Lo vivido en la época del conflicto armado es recordado por los entrevistados de una forma dramática, lo cual suele en un primer momento conducirlos a relatar todas las consecuencias negativas surgidas de lo vivido, y a expresar que consideran que esas vivencias no son necesarias para que alguien pueda alcanzar metas o cambios positivos en su vida. No obstante, avanzando en el relato, algunas personas logran rescatar algunas vivencias positivas, emanadas de las personas y la comunidad en su conjunto, durante las épocas en que afrontaron de manera más cruda los efectos del conflicto armado interno en Cabrera; por ejemplo, hablan sobre los intentos de recreación para intentar hacer más llevadera su convivencia en el municipio en especial de los niños y jóvenes.

<sup>8</sup> Entrevista No. 5, Hombre 49 años. Trabajador Administración Municipal



*“Era imposible porque había mucha presencia guerrillera, habían milicianos, los milicianos eran los que vivían de civil pero que eran el contacto directo con la guerrilla, entonces como estaban entre la misma sociedad de nosotros pues era muy difícil decirle a un niño de convivencia y tolerancia nosotros muchas veces lo hacíamos, pero uno corríamos sus riesgos, entonces la única manera que implementamos, una estrategia totalmente diferente a hablarla, fue mediante el deporte y la cultura, entonces por eso a través de la inspección incentivamos torneos, la copa Cabrera, tornos de voleibol, de microfútbol, escuela de formación de danza, y le metíamos billetada para tener a los jóvenes como ocupados, como para vender otros sueños disimuladamente al sueño que les estaban vendiendo, porque aquí había mucha presencia guerrillera”<sup>8</sup>.*

Como impactos negativos que transforman la emocionalidad de los pobladores, en sus propios términos, encontramos:

- *Mala comunicación entre los ciudadanos:* afectando la unión del pueblo lo cual traía más estrés a los pobladores al vivir en un clima de desconfianza e incertidumbre.

*“La desconfianza, porque se sabía que en cualquier momento iba a pasar algo, como en efecto paso, esa toma guerrillera por ejemplo de cabrera fue sumamente de terror, y de miedo, nerviosismo, y algo que no es muy bueno para un municipio, ni para una región”<sup>(4)</sup>.*

- *Cambios involuntarios de las actividades cotidianas:* haciendo referencia a que los hostigamientos o manifestaciones de la violencia los hacía mantenerse alerta y romper con actividades económicas y familiares que se podrían desarrollar, de no existir ningún tipo de manifestación de violencia armada.

*“El cambio, el cambio ha sido una de las cosas que transforman más, la salud mental, y sobre todo cuando esos cambios no son los cambios voluntarios sino esos cambios son impuestos, o son cambios que derivan no de la voluntad personal, sino de la voluntad de otras personas. Entonces en cambios concretos,*

---

<sup>4</sup> Entrevista No. 4, Hombre 63 años. Trabajador Judicial

<sup>8</sup> Entrevista No. 5, Hombre 49 años. Trabajador Administración Municipal

*por ejemplo, la salida de Cabrera digamos eso fue una transformación tenaz porque digamos pasar de una niña rural a una niña de colegio de Bogotá, eso lo afecta un poco*"<sup>5</sup>.

- Crisis económica: La desconfianza y miedo en ir al campo, la disminución en la inversión y la incertidumbre sobre el día a día, impedían sacar provecho a la producción agrícola del municipio, lo que traía bajos ingresos desestabilizando las familias.

*"Yo diría pues que prestarle mucho apoyo a aquellas personas que han sido afectadas con la violencia, porque eso no ha dejado nada bueno, entonces sería bueno que las personas tuvieran una orientación acerca, que eso ayudaría mucho en la salud mental, lo económico, en todos los campos del ser humano"*<sup>4</sup>.

- Alteración del sistema nervioso central: Dado por miedo a la pólvora, ruidos fuertes y estar alerta y a la expectativa de lo que pudiera pasar, en términos de hostigamientos o enfrentamientos armados.

*"Yo pienso que debido a ese conflicto, todos los que vivimos aquí en el municipio fuimos afectados en nuestra salud mental así no lo expresáramos, porque yo pienso que como que fuimos demasiado tolerantes y fuimos tolerantes, digamos en contravía de nuestra salud porque me acuerdo mucho que teníamos que tomar gotas de valeriana todas las noches para poder dormir, eso no es sano, eso es porque hay una incomodidad porque hay un miedo, porque hay un temor y no sólo nosotros los adultos sino los niños, y si nosotros lo sentimos con mayor razón los niños, los niños fueron los más afectados en el temor, en la angustia y no podían escuchar un helicóptero, un ruido, algo que cayera pesado por que se angustiaban, entonces yo pienso que es fue la afectación a nivel de toda la comunidad*<sup>4</sup>.

*Porque hay una incomodidad porque hay un miedo, porque hay un temor y no sólo nosotros los adultos sino los niños y si nosotros lo sentimos con mayor razón*

<sup>4</sup> Entrevista No. 4, Hombre 63 años. Trabajador Judicial

<sup>5</sup> Entrevista No. 11, Mujer 27 años. Gestora Social

*los niños, los niños fueron los más afectados en el temor, en la angustia y no podían escuchar un helicóptero, un ruido, algo que cayera pesado por que se angustiaban, entonces yo pienso que es fue la afectación a nivel de toda la comunidad*<sup>7</sup>.

*“Yo le voy a contar una cuestión aquí como anécdota, aquí sonaba una mecha y quedaban las calles desocupadas, los niños ya no jugaban en el 1999,2001 y 2002, los niños no jugaban en el parque como lo hacen ahora, los niños jugaban frente a sus viviendas y estaban adiestrados para la guerra, ellos escuchaban el primer tiro y todos sabían que iban para dentro para sus casas inmediatamente, nos hostigaban tres o cuatro veces al día, ocho o diez veces a la semana”*<sup>8</sup>.

- *Daño en las familias, separaciones de amigos:* Sin duda las guerras producen migraciones lo cual fue el caso de Cabrera, donde familias tradicionales, amigos tuvieron que decir adiós trayendo consigo tristeza y dando mayor incertidumbre frente al futuro de quienes quedaban.

*“Reparar totalmente es difícil porque muchas personas que vivieron esa época sufrieron traumas muy grandes, la pérdida de sus seres queridos, secuestro de sus familias, muerte de seres queridos, ver muchas injusticias, y además porque nunca se ha hecho la reparación en Cabrera”*<sup>7</sup>.

- *Desarraigo de las tierras:* El deseo de estar lejos del conflicto hizo que muchos vendieran sus tierras simplemente queriendo dejar atrás todos perdiendo acosta de ese sentido de pertenencia por el municipio y las historias de sus familias en él.

*“Las víctimas del conflicto en Cabrera inclusive no supieron que hacer en ciertos momentos, algunos pasaron muchas necesidades sufrieron mucho, perdieron sus tierras, sus seres queridos de alguna manera se siente uno impotente enterrando a sus niños que vio crecer, con los que jugo, con los que compartió en las calles, que conoció sus familias, que sabían que eran jóvenes que se dedicaban a cosas*

<sup>7</sup> Entrevista No. 12, Mujer 56 años. Docente y Directivo

<sup>8</sup> Entrevista No. 5, Hombre 49 años. Trabajador Administración Municipal

*muy bonitas como el deporte, y terminen siento arrasados y aplastados por la guerra”<sup>8</sup>.*

- Alteración en los patrones de comunicación entre miembros de generaciones distintas: Desde los jóvenes entender lo que estaba pasando y desde los mayores explicar lo que pasaba. Esto hace referencia a un corto circuito entre las generaciones, que se hacía evidente en como los niños debían esconderse sin tener una razón clara de que estaba pasando y la dificultad de los adultos por proteger la niñez de esto.

*“Nosotros siendo docentes si tuvimos que afrontar el trauma de los niños, a nivel institucional y a nivel de nuestras familias, y es de explicarles; de tratar de explicarles de que eran personas que no están de acuerdo con las normas del Estado, que estaban rebeldes, y que no entendíamos esa parte, no entendíamos porque ellos se desquitaban, digamos con la gente civil, fueron tan afectados que me acuerdo que en mi cuadra, que apenas llega un helicóptero salían corriendo y gritando y llorando, ósea ese era el común de acá de Cabrera y difícilmente uno podía decirle a la mamita, ¡bueno es quej hay que controlarlo así, por que como se vive a diario, no teníamos como esa facultad de decirle que tenemos que hacer, lo único que hacíamos era decirles que cuando escuchábamos disparos o cuando eran esas agresiones, teníamos que escondernos, pero muy difícil cómo explicarle a los niños, y sobre todo en su salud, decirles que no sintiera esos temores porque cómo le íbamos a decir algo... que se iba a repetir al otro día, o a diario, era muy complicado”<sup>7</sup>.*

- Reclutamiento de menores: El evidenciar que los niños se hacían partícipes de la violencia es una de las cicatrices que hay en el municipio hace sentir que se fracasó como comunidad.

<sup>7</sup> Entrevista No. 12, Mujer 56 años. Docente y Directivo

<sup>8</sup> Entrevista No. 5, Hombre 49 años. Trabajador Administración Municipal

*“El ver que los niños los reclutaban, yo me acuerdo que, también era algo que estaba naturalizado, pero ahora uno dentro de su análisis político, dentro de sus análisis de vida, pues encuentra que realmente es aberrante cómo se condicionaban inclusive los cuerpos de nosotros desde pequeños para que fuéramos combatientes, o sea ideológicamente, o sea, entonces yo creo que eso lo afecta un poco”<sup>5</sup>.*

- **Muerte de líderes políticos:** Punto que promovió más el miedo en los habitantes, ya que muchos representaban la voz del pueblo, y su muerte dificultó más la comunicación, y generó mayor desconfianza.

*“Recuerdo mucho la toma guerrillera porque, digamos, vivíamos acá en el centro de Cabrera, dentro de esos sucesos estuvo enmarcado también, y fue la época de la muerte de un alcalde, de la secretaria de gobierno, de un personero municipal, y fue algo triste para el municipio y obviamente, también por ejemplo escucho algún ruido fuerte y siento esa angustia de que algo está pasando”<sup>15</sup>.*

- **Consecuencias posteriores al conflicto armado:** Con el tiempo, frente a las experiencias vividas dentro del conflicto armado, las personas también despliegan mecanismos de adaptación positivos que brindan herramientas, hoy en día, para dar respuesta a las exigencias del mundo.
- **Adaptación positiva:** Aquí en este punto se describe lo que los pobladores consideran les enseñó el conflicto armado, lo asimilaron y hoy se puede ser tomado como ganancia a una experiencia que marco sus vidas. (Grafica 3)
  - **Mayor unión como familia:** La familia es un punto central en los habitantes del municipio, ayudando a superar cualquier adversidad. Es un factor que ayuda a proteger a las personas de cualquier edad, a levantarse de cualquier inconveniente que se dé.

<sup>5</sup> Entrevista No. 11, Mujer 27 años. Gestora Social

<sup>15</sup> Entrevista No. 14, Mujer 46 años. Hogar

En la mirada retrospectiva de los habitantes se consideran fortalecidos en sus uniones familiares y conscientes de su importancia en el desarrollo como municipio

*“Pues mi familia primero que todo, he tenido una familia pues que siempre ha estado conmigo, tengo mi papa, tengo una mama, tengo unos hermanos, tengo mis tías, mi abuelita, mis primos he contado desde pequeño con mi familia y me parece que eso es un punto positivo para formar mi salud mental, sin esas cosas no se”<sup>12</sup>.*

*“Vivencias, mi familia, mi hogar, crecimos en un hogar humilde pero en un hogar muy bonito, somos cinco mujeres en la familia, pues ya mis padres y algunas de mis hermanas no viven acá, viven afuera, pero entonces se ha tenido una buena relación con todos ellos, ya hablando de hogar, de hijos, pues también tengo un hogar conformado hace 23 años, más o menos, donde pues se encuentran tropiezos y todo pero hemos sorteado todas las situaciones, entonces pues ha sido una época... yo no me siento afectada pues por mí entorno en esa parte de vivencia, o sea en la parte familiar y todo esto ha sido como chévere”<sup>15</sup>.*

- *Buscar el crecimiento como comunidad:* Cuando se pasa por una situación de conflicto como la vivida en el municipio, la consciencia de la necesidad del trabajo en equipo se marca de forma importante. El aportar desde el individuo, el poder confiar en el otro para vivir en tranquilidad, es algo fundamental para los habitantes de Cabrera.

*“Bueno pienso que en mi vida personal ha sido que tengo una ocupación un trabajo, eso me ha garantizado tener tranquilidad de la parte económica y además porque lo hice por vocación. Entonces pienso que en la manera en que uno aporte a una sociedad su conocimiento, que ayude a formar jóvenes para el futuro en valores, pues eso me da bienestar”<sup>7</sup>.*

<sup>7</sup> Entrevista No. 12, Mujer 56 años. Docente y Directivo

<sup>12</sup> Entrevista No. 3, Hombre 30 años. No actual ocupación.

<sup>15</sup> Entrevista No. 14, Mujer 46 años. Hogar

- *Conocer y hacerse partícipes de la realidad del país haciéndose sensibles al dolor humano:* Es sin duda el punto que resaltan con más orgullo los

habitantes del municipio, sin importar edad o sexo. El poder colocarse en el lugar del otro al conocer noticias sobre conflicto armado, o si alguien vive una situación como la pérdida o separación de un familiar o amigo, ha sido una ganancia al haber vivido esta situación de conflicto armado en Cabrera, contribuyendo a su crecimiento como individuos y como municipio.

*“El conflicto que vivimos aquí en el municipio me hizo ser más humano, los seres humanos antes de tener posición, tener puestos, tener carreras es tener un fin dentro de una sociedad, es servirle a una sociedad y como poner uno su granito de arena para la convivencia, el respeto, la tolerancia, sean pan de cada día”<sup>8</sup>.*

- *Participación activa dentro de la sociedad:* El participar en la toma de decisiones del municipio, el expresar libremente lo que se piense es para estos ciudadanos una ganancia para ellos ya que entienden que también el quedarse callados ante la realidad es un error.

*“Porque como que nos hicieron caer en cuenta que siendo en un país democrático tenemos que participar de las normas y cumplirlas democráticamente sin que nadie nos presione pienso que eso fue como lo positivo, una reflexión que uno hace Y dice ¡Bueno! como que nos enseñan a reflexionar, sobre lo que tenemos que hacer que es de carácter ciudadano. Respetar por ejemplo las Norma, que no debería de ser así, obligatorio, pero que en cierta forma sirvió para que nosotros entendamos que hay que cumplir con ser ciudadanos y con normas”<sup>7</sup>.*

- *Capacidad de adaptación a las dificultades:* Cada vez que ellos enfrentan dificultades en su vida recuerda lo que vivieron y a lo que sobrevivieron, las experiencias aprendidas y las ponen en práctica a la hora de dar respuesta a dificultades que la vida pone en sus caminos.

<sup>7</sup> Entrevista No. 12, Mujer 56 años. Docente y Directivo

<sup>8</sup> Entrevista No. 5, Hombre 49 años. Trabajador Administración Municipal

*“Para nosotros ya era normal que ellos... ver la guerrilla por ahí, o escuchar bala o algo así, ya era normal para nosotros, lo que no es normal para alguien. Pues obviamente uno al principio desarrolla miedo, pero ya*

*después desarrolla como una especie de adaptación a este tipo de situaciones, entonces ya al final todo mundo está adaptado, que venían o si no venía, ese tipo de cosas”<sup>13</sup>.*

- *Vocación profesional:* Para los que fueron niños y adolescentes en la época que se agudizó el conflicto en la zona, sus vivencias marcaron la escogencia de su profesión hoy en día. Consideran que esto fue dado por la necesidad de entender lo que pasó, o escoger una carrera y desde esta poder servir a las necesidades del municipio.

*“Lo vivido en el conflicto, lo positivo, esos mismo hechos que me han marcado y que he conocido, respecto a la violencia, porque eso me ha permitido conocer una realidad que se vive diariamente, la situación de violencia de nuestro país, también es positivo porque me ha ayudado a elegir mi camino profesional, hacia dónde, y me ha dado unas bases y argumentos para poder desarrollar estudios o para poder conversar con las personas”<sup>12</sup>.*

- *Contacto con Dios y la oración:* La mayoría de los entrevistados son cristianos – católicos y uno de sus refugios durante esta época fue su fe, y hoy la reconocen como un factor tranquilizador y de esperanza para ellos.

*“La tranquilidad es espiritualmente, el contacto que tiene uno con Dios y la oración eso algo que puede uno transmitir y poder ayudar a los demás”<sup>3</sup>.*

<sup>3</sup> Entrevista No. 7, Mujer 42 años. Comerciante

<sup>12</sup> Entrevista No. 3, Hombre 30 años. No actual ocupación

<sup>13</sup> Entrevista No. 16, Hombre 30 años. Docente

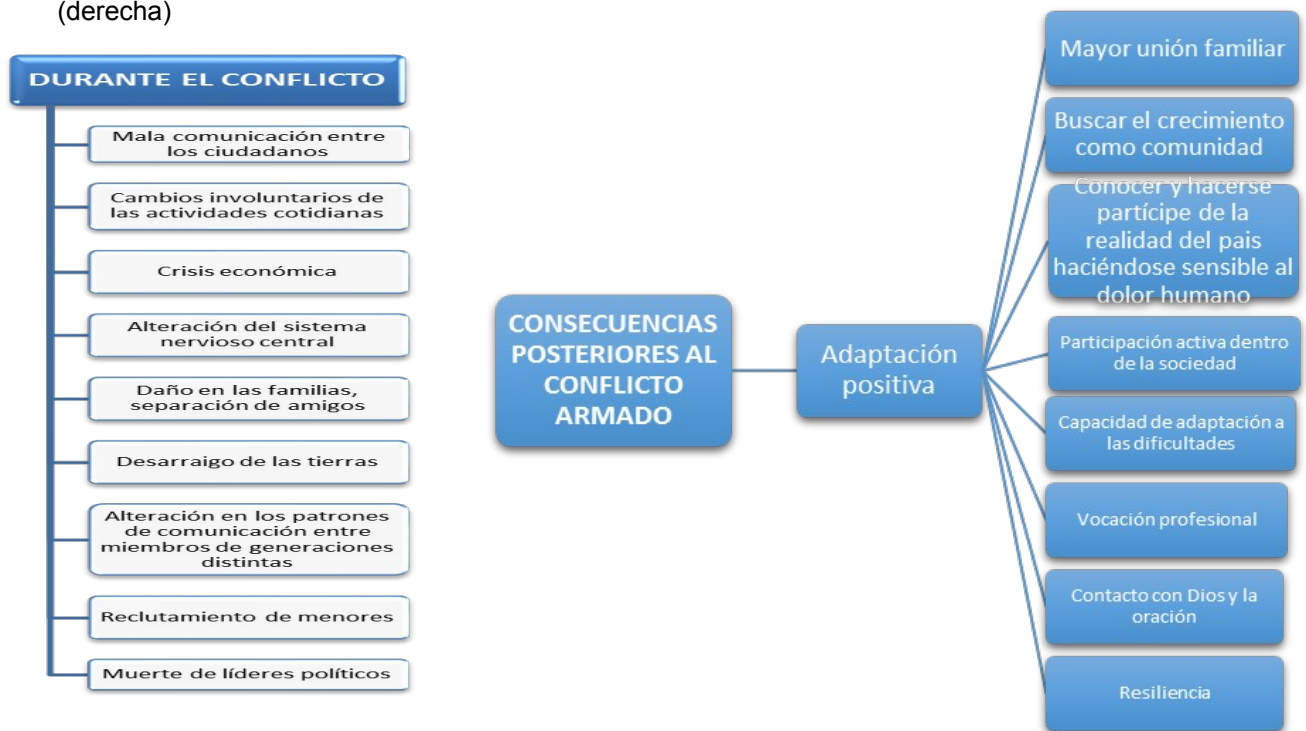
- *Resiliencia:* Aunque el panorama y el ambiente era poco esperanzador y las malas noticias crecían, así como los miedos, se supo salir adelante como municipio y como individuos sin importar las adversidades.



*“Creo que las cosas positivas que uno saca de todo esto es que creo que aprende uno a ser como resiliente donde usted realmente aprende a afrontar un determinado tema y como sacarlo adelante y no se estanca o me imagino también que hay gente que esto todavía ha dado duro o le ha dado miedo cierto tipo de cosas de acuerdo al conflicto, pero ya uno lo ve diferente”<sup>13</sup>.*

Ante un evento que generó estrés para los habitantes y se extendió en el tiempo esto desplegaron mecanismos para afrontar la situación desde lo personal como también en comunidad que han llevado hoy en día a modificar su estructura de seres humanos de forma positiva.

**Grafica 2:** Lo afectado durante el conflicto armado para los habitantes de Cabrera (izquierda), **Grafica 3:** adaptación positiva de los habitantes a una experiencia como el conflicto armado (derecha)



Fuente: Elaboración Propia

<sup>13</sup> Entrevista No. 16, Hombre 30 años. Docente

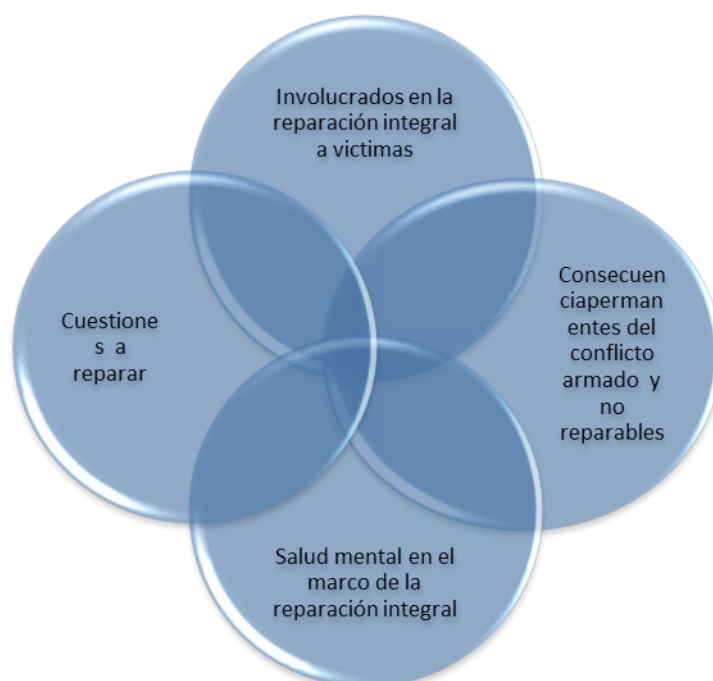
## 4.4 La Reparación de la Salud Mental en el Marco de la Reparación Integral

- *Narrativas de los pobladores de Cabrera sobre la reparación integral a víctimas del conflicto armado.*

En este punto las personas se expresaron ampliamente en su opinión sobre la reparación integral a víctimas del conflicto armado. Según la narrativa de los pobladores, fueron cuatro los tópicos centrales abordados por las personas entrevistadas en torno a éste punto. (Grafica 4)

- Involucrados en la reparación integral a víctimas
- Cuestiones a reparar.
- Consecuencias permanentes del Conflicto armado y no reparables
- Salud mental en el marco de la reparación integral

**Grafica 4:** Tópicos centrales para la reparación integral según los habitantes de Cabrera



Fuente: Elaboración Propia

- *Involucrados en la reparación integral a víctimas*

- *El Estado:* Esto involucra los gobiernos locales, las fuerzas armadas y todas las entidades del Estado. En el municipio hay una sensación de olvido por parte del estado que faltó hacer más por este tipo de poblaciones que vivían el conflicto, sienten que desde este también se estigmatizó a los pobladores del municipio. Por eso el inicio de una reparación integral viene también desde el reconocimiento del estado de sus errores y no pensar que solo con dinero se reparan las víctimas como es la sensación que hay entre los pobladores.

*“Esperamos que el Estado nos repare, porque en sí es el único culpable, pues son culpables tanto el gobierno como la guerrilla, pero más que todo el gobierno porque nos dejó desprotegidos en ese tiempo”<sup>14</sup>.*

- Aporte del individuo que vivió el conflicto: Algunos reconocen que como municipio se falló desde la protección de los niños, y en tener una posición más firme y no permitir la toma de decisiones propias del municipio por grupos armados, así como callar ante la muerte de líderes políticos. Consideran que eso es algo que permanecerá en ellos con un mal recuerdo, experiencia que rondará el municipio y que lo único que se puede hacer es enseñar a las generaciones nuevas a defender lo que creen y expresar lo que se siente. Algunos consideran que diversas expresiones creativas pueden servir para estos fines, por ejemplo, la escritura de libros relacionados con las experiencias vividas.

*“Es muy importante debido a ese conflicto, todos los que vivimos aquí en el municipio fuimos afectados en nuestra salud mental así no lo expresáramos, porque como fuimos demasiado tolerantes, digamos en contravía de nuestra salud porque me acuerdo mucho que teníamos que tomar gotas de valeriana todas las noches para poder dormir, eso no es sano, eso es porque hay una incomodidad porque hay un miedo, porque hay un temor y no sólo nosotros los adultos sino los niños y si nosotros lo sentimos con mayor razón los niños, los niños fueron los más afectados en el temor, en la angustia y no podían escuchar*

---

<sup>14</sup> Entrevista No. 1, Hombre 33 años. Agricultor

*un helicóptero, un ruido, algo que cayera pesado por que se angustiaban, entonces yo pienso que es fue la afectación a nivel de toda la comunidad”<sup>7</sup>.*

*El área de la Salud y las ciencias sociales:* Al indagar a los pobladores se les hace importante la participación al hablar de involucrados en la reparación hacer partícipes a representantes salud, específicamente a trabajadores de la salud, como lo son psicólogos y psiquiatras, de quienes piden no tanto desde el punto de vista terapéutico si no desde el punto de vista educacional, para entender y aceptar las emociones que como seres humanos y partícipes de un conflicto, se experimentan, y entender que el sentir miedo, tristeza, hacen parte de una expresión normal del individuo ante las dificultades. En el marco de las ciencias sociales, la sociología fue también nombrada de forma interesante en la reparación, como el área encargada de ayudar a entender el contexto histórico del municipio.

*“Considera que la reparación si se puede dar que es un proceso largo y de acompañamiento por parte de profesionales, tales como psicólogos”<sup>3</sup>.*

- Cuestiones a reparar:

Desde las narrativas de los pobladores de Cabrera, se destacan los siguientes elementos a reparar:

- *Materiales:* Esta incluye por medio del dinero, la reparación por los bienes materiales perdidos, pero se aclara no es el único factor o el más importante, simplemente uno más que debe ser tenido en cuenta.

*“Para él es muy triste ver que su pueblo fue abandonando por el gobierno, que hasta ahora están recibiendo las reparaciones, y que están reparaciones solo han sido económicas, cuando hay todo un pueblo que todavía no ha podido superar lo que vivieron y que no hay una ayuda psicológica para superar estas secuelas de la guerra”<sup>8</sup>*

<sup>3</sup> Entrevista No. 7, Mujer 42 años. Comerciante

<sup>7</sup> Entrevista No. 12, Mujer 56 años. Docente y Directivo

<sup>8</sup> Entrevista No. 5, Hombre 49 años. Trabajador Administración Municipal

- *Educación:* Aquí se habla de la necesidad de apoyo por parte del Estado al crecimiento académico de los habitantes de poblaciones víctimas del conflicto armado, para poder aportar desde su conocimiento al crecimiento de su entorno. Este tema abarca también el educar a los ciudadanos en el aprovechamiento y cuidado de los recursos del municipio, así como el aporte desde la recreación y deporte para mayor integración en el municipio.

*“Necesidad de una buena educación y la educación a los más jóvenes y niños en lo que es el conflicto armado, promulgando la comunicación entre las familias”<sup>1</sup>.*

- *Salud Mental:* Desde el punto de vista educacional y terapéutico contribuir al entendimiento y expresión de emociones y poder aceptarlas para reconocerse como personas, manejo de los recuerdos, respaldo emocional que aún se siente por lo vivido y manejo de los resentimientos.

*“Reparar mi salud mental, ya es tarde, mis hermanos y mi persona fueron víctimas muy duras de esa violencia, mi familia, esas cosas quedan en el alma y en la mente, son imborrables, hay cosas que sí se pueden reparar, pero hay cosas que quedan muy dentro del ser de cada persona y nunca se olvidan. La salud mental debe ocupar un lugar muy importante en la reparación de víctimas de conflicto, porque una persona con una mala salud mental va a ser una persona que le va a hacer mal a la sociedad”<sup>6</sup>.*

- *Aprovechamiento y administración de recursos del municipio por los pobladores:* Brindar las garantías a los pobladores de ejercer su total autonomía en el aprovechamiento de recursos del municipio que permita así un crecimiento económico y la satisfacción del sentirse pertenecientes y dueños del municipio.

*“Se podría reforzar con la parte de proyectos productivos, de enseñarles o enseñarnos a muchos de nosotros la ocupación del tiempo libre, de saber manejar nuestros recursos bien sea naturales bien sean materiales”<sup>1</sup>.*

---

<sup>1</sup>Entrevista No. 8, Mujer 31 años. Trabajo Social

<sup>6</sup>Entrevista No. 13, Mujer 69 años. Docente Pensionada

- *Reconocimiento de errores por parte del Estado:* Entre los pobladores existe la sensación que han sido desprotegidos, que el gobierno nacional no ha cubierto las necesidades de forma adecuada de los municipios víctimas del conflicto armado, o simplemente consideran el reconocimiento monetario como una opción. También consideran que contribuyo a sentir a los ciudadanos estigmatizados.

*“Es muy importante la violencia y la realidad que vivimos en Colombia debido a que la política en Colombia ha fallado, que nuestros dirigentes y el modelo que llevamos ha generado guerra, violencia porque no se ha manejado de la mejor manera”<sup>9</sup>.*

*Conocimiento de la historia del municipio:* Entender en este punto la influencia que ha tenido la violencia vivida en los 50 en la percepción actual del conflicto armado, la razón por la cual el municipio ha vivido el conflicto armado nacional. De esta forma construir de forma adecuada una identidad.

*“La violencia de los años 50 marcó nuestra vida, nosotros pudiéramos haber sido unos grandes profesionales aportar al país muchísimas cosas, pero nuestros padres tuvieron que valerse cómo llevarnos a otros lugares y darnos un estudio para nosotros poder sobrevivir y formar un hogar y tener unos hijos”<sup>6</sup>.*

- *Consecuencias permanentes del conflicto armado percibidas como no reparables*

Cuando se llegó a este punto en las entrevistas la emocionalidad de las personas cambio tornándose más pausadas y se notaban como rememorando recuerdos para narrar esas cosas que para ellos son imborrables, que a pesar que exista una reparación difícilmente se mejoraran, y siempre serán una marca negativa permanente del conflicto armado. Entre los eventos o aspectos que son percibidos como irreparables o como solo parcialmente reparables se encuentran:

- *Reparación como sinónimo de lo perdido que no puede retornar:* Para algunos se utiliza este término para definir reparación como la posibilidad de devolver todo lo

<sup>6</sup> Entrevista No. 13, Mujer 69 años. Docente Pensionada

<sup>9</sup> Entrevista No. 2, Hombre 28 años. Mantenimiento

que se puede perder en un conflicto armado, pero de inmediato surge la duda de cómo devolver las personas desaparecidas, familias separadas por el deseo de algunos de sus miembros de una vida mejor, las propiedades vendidas para salir del municipio la mayoría de veces por miedo; de ahí que se considere que jamás existirá una reparación completa, que esas son marcas que provocaron un daño profundo en la estructura del municipio y de las familias, como el aumento de la desconfianza y la pérdida del sentido de pertenencia. Para aquellos que perdieron sus familias en este periodo, es un recuerdo que cada vez que se evoca vuelve para ellos con un gran respaldo emocional.

*“Ella considera que la reparación al municipio nunca ha llegado y si ha llegado ha sido solo de manera económica y es más necesario un acompañamiento en las heridas que aún no han cicatrizado y que tal vez nunca lo hagan”<sup>7</sup>.*

- *Lo vivido en la niñez:* Consideran que todo lo que se vive en la niñez queda guardado, se introduce en lo que nos forma como personas y es algo que no se puede modificar. Todo lo sucedido en esta etapa es difícil de superar, y si ya en la niñez se vivieron eventos traumáticos, sus efectos a futuro difícilmente se pueden modificar.

*“Si ocupan un lugar importante, pues son cosas que uno ha vivido en la niñez, la niñez es una época inolvidable, pues obviamente lo que uno se acuerda son cosas que lo han marcado. Yo creo que, si se puede reparar, me parece que en algunas personas es más fácil recuperarse que en otras, pero también viene la ayuda de los demás, la ayuda de la sociedad, de los entes gubernamentales, de su familia, de todas las personas”<sup>3</sup>.*

*“Se puede reparar, acá en Cabrera les han estado colaborando, ayudando disque en la recuperación de las víctimas y les han dado plata, otros que simplemente no saben si están vivos o muertos o donde están. Sería importante que mandaran psicólogos, para que hablaran con la gente, les dijeran, les explicaran porque todavía hay gente que llora mucho, dice “no yo no sé nada de mi hijo, no sé qué*

<sup>3</sup> Entrevista No. 7, Mujer 42 años. Comerciante

<sup>7</sup> Entrevista No. 12, Mujer 56 años. Docente y Directivo

*paso si estará vivo si estará muerto, unos dicen una cosa otros otra, pero a la final no se sabe nada”<sup>11</sup>.*

*El término “sin olvido”:* Sale de forma espontánea al hablar de reparación, la que rápidamente ellos lo relacionan con algo imposible, hay cicatrices como ellos mismos lo describen que permanecerán, y hacen difícil creer en un perdón sincero o una reparación completa. Esto los hace pensar que hay que asumir lo vivido, darle un sitio en la vida y de esta forma poder vivir en comunidad, pero consideran necesario tratar de manejar lo vivido y tratar de seguir progresando como individuos y comunidad.

*“Hubo un daño mental y físico a nivel comunidad, porque unos sufrieron daños materiales, otros humanos. Como muy difícil, unas víctimas que han vivido tanta violencia para que hoy los vengan a reparar, que digan un perdón y olvido, para mí eso no es una reparación. Se podría tratar mediante terapias con el personal calificado también haciendo programas, convocar a la gente, con participación de las mismas autoridades municipales”<sup>4</sup>.*

*La historia del municipio:* Lo vivido a través de su historia señala que el resentimiento histórico queda, y viene desde lo vivido en los 50s y lo experimentado por los pobladores en aquella época, y se genera la incertidumbre de un posible destino diferente como municipio e individuos, que se pudo haber vivido.

*“Lo que más me ha impactado mi salud mental durante el proceso de mi vida, ha sido la violencia, la violencia que se vivió durante las diferentes épocas en este municipio y casi que en general en Colombia; de igual manera ha impactado mucho mi salud mental las luchas que han habido acá entre la fuerza pública y la guerrilla porque en si fueron muy duras, y en los primeros años de nuestra vida la violencia de los años 50 impacto en nuestra salud mental muchísimo porque a nosotros nos sacaron de este pueblo como desplazados que el gran agravante que en esa época no nos ayuda el gobierno absolutamente para nada, y fuimos víctimas de la pobreza, no pudimos realizar en mi casa y en mi familia los*

<sup>11</sup> Entrevista No. 9, Mujer 68 años. Comerciante

<sup>4</sup> Entrevista No. 4, Hombre 63 años. Trabajador Judicial



*estudios de mis hermanos, el mío, con muchísimo sacrificio, con muchísimo, eso sí impacto muchísimo nuestra salud mental, y luego las luchas que se ha seguido dando porque de escuchar los tanques en el año 55 cuando era una niña en la plaza del pueblo, siempre que escuchó una explosión siento muchísimo, muchísimo miedo, me siento muy mal y esto impactó la vida de nosotros durante toda la vida, porque hasta el año 97, 98, todavía esa violencia se vio reflejada en Cabrera”<sup>6</sup>.*

▪ ***El lugar de la salud mental en la reparación integral***

El considerar la salud mental como parte de una reparación integral, nace desde la narrativa de los ciudadanos que consideran que los cambios repentinos e inesperados que produce el conflicto armado generaron en ellos alteraciones en muchos aspectos como individuos y comunidad que merecen atención. Se debe garantizar una adecuada atención a las necesidades de esta población manifestado en: la posibilidad de asistir a servicio de salud sin barreras, y facilitando la valoración por parte de psicología y/o psiquiatría si así se necesitase. También que estas dos áreas ofrezcan desde el punto de vista educacional la enseñanza a los pobladores en identificar y aceptar las emociones que normalmente emergen en el ser humano. Desde las narrativas de los pobladores se pone en evidencia que para ellos es un punto que poco se le da relevancia a la hora de hablar de reparación.

*“El estado le da plata a las persona que no tiene sueños, que no tiene ganas de vivir, que su estado mental no está en su mejor momento prácticamente, se debería reparar a la víctima integralmente la parte psicológica, psiquiátrica, los cabrerunos también fuimos víctimas de la guerra, porque aquí nos la trajeron, nos enseñaron a nuestro hijos a disparar, a matar, a desaparecer, a extorsionar a muchas familias les enseñaron eso, eso no era propio de nuestra cultura, pero si se pude de pronto, no curar pero si mejorar cambio, un poco en la forma de ver lo que se vivió, para que no nos afecte mentalmente en la convivencia que tenemos”<sup>8</sup>.*

<sup>6</sup> Entrevista No. 13, Mujer 69 años. Pensionada

<sup>8</sup> Entrevista No. 5, Hombre 49 años. Trabajador administración municipal.

La falta de identidad, la inseguridad a la hora de tomar decisiones, el miedo a los ruidos fuertes como los producidos por la pólvora, las personas que perdieron familiares, tierras son características de la población que deben ser tenidos en cuenta y que se deben intervenir.

*“A través del conflicto armado, así uno no quiera tiene que aceptar que ha entorpecido de alguna manera nuestra salud, y mental, porque es como la inquietud, el malestar, el miedo, la intimidación, son muchas cosas que hemos afrontado y que además hemos tenido que soportar cada uno en el seno de nuestros hogares y personal, y eso creo que ha perturbado lo que es el bienestar y la salud de nosotros”<sup>7</sup>.*

Si miramos los puntos que las personas consideraron durante la entrevista que condicionan la salud mental y los comparamos con lo que consideran como cuestiones a reparar, nos damos cuenta que el entender y tener como prioridad las necesidades específicas de una población hace que se impacte directamente sobre su salud mental, ya que este es un constructo complejo y dinámico que requiere un análisis y una escucha de las comunidades expuestas al conflicto armado, para entender la construcción a través de la intersubjetividad de sus habitantes, lo que es su propia realidad.

---

<sup>7</sup> Entrevista No. 12, Mujer 56 años. Docente y Directivo

## 5. Capitulo Discusión

Aunque el interés en el estudio de la salud mental y el impacto del conflicto armado sobre esta ha venido en aumento en los últimos años, al revisar la literatura se hace necesario que se siga nutriendo el conocimiento acerca de este en la sociedad. En la mayoría de literatura se habla y se da por hecho el impacto que la violencia armada tiene sobre la salud mental, es muy poca la literatura que trata de extraer la real marca en la cotidianidad de las personas que sufren este flagelo y todavía es menor la literatura que permite en un contexto como el colombiano - que es multicultural y expuesto crónicamente al conflicto armado - lo que significa la salud mental, el impacto de la guerra y sus consecuencias para poblaciones específicas que ayuden realmente a tratar de reparar lo afectado.

Al examinar lo que ha sido el desarrollo investigativo de la salud mental y la violencia como se expone en el estudio realizado por *Santacruz et al (2006)*, tanto las definiciones de violencia y salud mental, y su relación, son descendientes de múltiples posturas conceptuales, y desde su definición se han podido hacer múltiples estudios, pero, se pueden resumir resultados comunes dentro de las cuales lamentablemente resaltan la angustia, el odio, la destrucción, la tristeza, y el sufrimiento, ensombreciendo cualquier otra opción altruista y solidaria que puedan aparecer <sup>(19)</sup>.

Pero si comparamos los resultados que aquí se presentan, y que son nacidos de la construcción de las narrativas de esta población en específico, que ha vivido el conflicto armado de forma crónica, sería muy pobre simplemente mirar aspectos negativos en el ser humano, negando sus posibilidades de adaptabilidad, recuperación y crecimiento frente a las adversidades; si bien el dolor y el resentimiento aún viven en estos

pobladores, con el tiempo creció su unión familiar, el trabajo como comunidad, la participación ciudadana y la sensibilidad ante el dolor humano.

Otro punto que trata este artículo y avala la importancia de los estudios nacidos de las ciencias sociales, es la violencia como un objeto de estudio privilegiado por los científicos sociales, el sobre diagnóstico por parte de los psiquiatras acerca del requerimiento de tratamiento global, y necesidad de estos de ampliar su conocimiento en estudios cualitativos para realizar un verdadero impacto sobre la sociedad de nuestro país. <sup>(19)</sup>

Estos temas se ven reflejados en lo que esta población de Cabrera manifiesta como posible aporte que deben realizar los especialistas de salud mental en poblaciones expuestas al conflicto armado, más enfocado a nivel educacional enseñando a las poblaciones sobre las emociones y sus variaciones en el transcurso de su vida, y ante sucesos altamente anormales como los planteados por un conflicto armado, como medida preventiva de trastornos mentales, y como forma de mejorar la respuesta ante los eventos estresantes, siendo entonces esta una posibilidad de ampliar la función del psiquiatra en la sociedad.

Por otro lado, si miramos lo que ha sido el desarrollo de la salud mental en Colombia podemos observar el trabajo de Urrego, Z. (2007) dando una mirada a la salud mental en un periodo de 30 años (1974 – 2004), analizando los estudios de salud mental a nivel nacional, muestran que en ese periodo de tiempo que la definición de salud mental que primaba era la de *ausencia de enfermedad*. Las orientaciones para trazar los límites de la situación de salud mental se han dedicado a determinar indicadores que se relacionen con la presencia o ausencia de enfermedades, también de factores protectores o de riesgo para padecerlas, o las características de servicios de atención en salud para tratarlas. Ha predominado la perspectiva epistemológica de la epidemiología positivista en el diseño de los estudios. <sup>(23)</sup> Si comparamos esta visión o postura a través de la historia, con la definición nacida de las narrativas de los sujetos entrevistados, vemos que su visión de salud y salud mental tiene un gran componente basado en esta tendencia histórica de hablar de salud mental como enfermedad, pero no de manera absoluta. Para estos pobladores es más importante, a la hora de hablar de salud mental, definirla en cuatro términos básicos, como lo son: llevar una vida tranquila, no estar mal

del cabeza, psicológicamente sano, y poseer algo que ellos llaman bienestar mental. Siendo solo de estos el segundo término - no estar mal de la cabeza – el que habla de la presencia o no de enfermedad mental. Lo que señala que, si miramos las definiciones de los estudios de salud mental y por más que se incluyan factores de riesgos, indicadores o no de enfermedad mental y se plantee la importancia de los servicios de salud, este concepto nacido de los técnicos no puede desconocer la concepción de salud mental y los atributos que una población construye alrededor de su definición aplicada a sí mismos.

Aunque no podemos desconocer tampoco los acercamientos que han existido desde la OMS a través de OPS para conocer la concepción desde las poblaciones del impacto del conflicto armado en los países de Latinoamérica y el Caribe. Esto se ve reflejado en el documento realizado por Rodríguez J, et al (2002) en este se señalan algunas cifras que ha dejado el conflicto en la región, pero también se tiene en cuenta lo aprendido a través de estudios cualitativos como el realizado en Guatemala país que vivió un conflicto armado por más de tres décadas y se trata de señalar en ese documento puntos de acción más claros en base a las experiencias aprendidas gracias a la violencia armada. Si comparamos el estudio cualitativo realizado en Guatemala y sus conclusiones vemos resultados muy similares a los del presente trabajo como lo son: La desconfianza entre pobladores generada por el conflicto que llevaba a una mala comunicación y organización como comunidad, crisis económica, la pérdida de tradiciones y valores culturales, la frustración por un futuro que pudo ser diferente, la separación de familias por el desplazamiento, son características comunes en las narrativas de las personas expuestas al conflicto armado en Guatemala así como las planteadas por los pobladores de Cabrera como impacto negativo del conflicto armado.

Podemos cuestionarnos basados en este documento de la OPS a cerca de la necesidad de enfocarnos de forma específica a grupos poblacionales para impactar en su salud mental, lo que nos obligaría a ampliar el campo de competencias en el área de salud mental, con la necesidad del conocimiento de la cultura y costumbres, así como la historia, de los pueblos, haciendo necesaria la intervención de personal por fuera del área de la salud para poder impactar de forma adecuada en los pobladores. Punto en el cual, cuando los pobladores de Cabrera – Cundinamarca hablan de quienes deben estar involucrados en la reparación integral, consideran deben existir aportes desde

profesiones como la sociología, entre otras ciencias sociales, que ayuden a entender a los mismos pobladores el contexto histórico en el cual se está dando el conflicto armado, posibiliten así desde el conocimiento de su propia historia poder hablar de reparación.

Uno de los puntos que durante la época de conflicto preocupaba, y a pesar de la situación que se vivía forzaba al desarrollo de actividades recreacionales, era la protección a los niños, niñas y adolescentes, el tratar de brindarles tranquilidad, así como evitar su reclutamiento por grupos armados. En ese punto encontramos el estudio cualitativo de corte narrativo de Blanco López A (2013), con una muestra poblacional de niños y niñas entre 6 y 13 años, hijos de beneficiarios del “Proyecto Integrados por la Convivencia” operado por la UPB para la alta consejería para la reintegración y el Fondo Especial para la Paz. El propósito de este estudio era realizar una intervención a las narrativas prototipo para la prevención del reclutamiento en los participantes; este estudio llama la atención no solo por la importancia de la protección de los niños en el conflicto armado, sino porque a través de la narrativa se realizaron intervenciones y se permitió la generación de programas, con la utilización del juego y el lenguaje metafórico, como forma de prevenir y expresar lo que sentían respecto al conflicto armado.

Este estudio, en concordancia con las experiencias recogidas de los habitantes del municipio de Cabrera a través de sus narrativas, evidencia la necesidad de protección de la niñez ante el reclutamiento, lo primordial de la expresión de emociones, y el comunicar lo que se siente libremente para una adecuada convivencia, así como y la importancia de las actividades tanto pedagógicas como recreativas, como formas de intervención para tratar de minimizar o prevenir consecuencias emocionales del conflicto armado en niños, niñas y adolescentes.

En la literatura encontramos otro estudio cualitativo hecho por Cardona H (2012). Este fue realizado con enfoque fenomenológico, teniendo como eje articulador a las categorías de salud mental, violencia política, y el concepto del mundo de la vida. Este fue realizado en la población de Viotá que pertenece a la región del Tequendama y presentó características similares a las de Cabrera, en cuanto al problema de conflicto armado. Si comparamos el término de salud mental para ambas poblaciones encontramos que es dinámico, involucra al individuo, el entorno y la comunidad, hallazgo

similar al presente estudio. También los resultados se asemejan en el dinamismo del término salud mental, siempre en constante transformación. Un término que surgió en las narrativas de los dos estudios es el de “Paz interior”; en el estudio realizado en Viotá asociado a término de tranquilidad, que implica una búsqueda constante por alcanzar un equilibrio con lo que lo rodea. Podemos encontrar semejanzas en cuanto a que en nuestro estudio es producto de un equilibrio entre las diferentes condiciones que determinan la salud mental, pero para los Cabrerunos es determinante en la aparición de un trastorno mental, cuando se llega al punto de desequilibrio tal que la paz interior está alterada, es porque ya hay cambios a nivel del sistema nervioso, en el decir de los entrevistados.

Otro término común en ambos trabajos es la palabra “Bienestar” que para las narrativas de los habitantes del municipio de Cabrera es la principal palabra que define el concepto de salud mental y hace referencia a una concepción de integrar todos los aspectos donde se desenvuelve el individuo y los propios, tanto físicos como emocionales, aunque para los Cabrerunos se habla también de todas las medidas exitosas que se utilicen para la prevención de enfermedades tanto físicas como mentales.

La relación entre violencia y salud mental que afecta las generaciones de los dos municipios, es algo que emerge de las narrativas estas dos comunidades. Las secuelas de la guerra no solo las vive la generación que vivió el conflicto directamente, si no las que posteriormente habitaron el municipio. Este hallazgo es algo que en Cabrera no solo lo podemos observar respecto conflicto actual, también se ve reflejado cuando las personas se preguntan si el futuro hubiera sido otro para aquellos que vivieron los hechos violentos de los 50's, si quizá el destino de muchas generaciones hubiera sido mejor, o por lo menos diferente, sin el contacto con los hechos violentos. Estos cuestionamientos respaldan la necesidad del aporte que las ciencias sociales pueden dar a entender el contexto histórico de un conflicto que en la región tiene una historia larga y de grandes luchas.

En innegable el impacto negativo que tiene el conflicto armado sobre el ser humano y la construcciones de actividades, decisiones y emociones que se llegan a compartir en estas situaciones llevando a que la comunicación entre los habitantes y el actuar en grupo se haga fundamental, apareciendo “la confianza” como un término común en estos

dos trabajos, siendo considerado fundamental para progresar como comunidad; en cuanto a las emociones, es llamativo como persiste ese miedo a los ruidos fuertes, como la pólvora, que evidencian una huella que persiste a pesar del tiempo.

Aunque los aspectos de semejanza entre Viotá y Cabrera son marcados, no podemos saber a partir de lo publicado por el estudio de Viotá si para ese municipio de la región del Tequendama, en perspectiva de sus habitantes, quedo en ellos algo que sea rescatable, y pueda ser considerado como positivo, como resultado de las adaptaciones de las personas y comunidades ante la adversidad del conflicto armado, algo que si se exploró en el presente trabajo.

Por lo evidenciado en las narrativas de algunos ciudadanos de Cabrera, se ha empezado hablar del término “víctimas”, y se habla basado en reconocimientos económicos que ya han existido a algunas familias. Este es un punto no menor, y que posiblemente será de discusión en los próximos años en el municipio. El haber vivido el conflicto armado, y la aparición a la luz pública de sucesos hasta ahora desconocidos, hacen pensar a muchos que pueden ser considerados víctimas como lo define la Ley 975 de 2005 de Justicia y Paz y la Ley de víctimas 1448 de 2011. Si analizamos, en las narrativas no se hace claridad sobre el conocimiento de la legislación al respecto, pero si en torno al impacto de lo vivido, que hace que se consideren víctimas del conflicto armado.

Independiente de cumplir o no la condición de víctimas ante la normativa nacional, los ciudadanos del municipio desde su experiencia en el conflicto armado y a partir de la sensibilidad adquirida en éste, emiten su concepto sobre lo que debe ser una reparación integral, y podemos contrastarlo con lo que reposa en la Ley de víctimas 1448 de 2011 y en el “programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas”, basado en esta Ley.

A nivel legal, la reparación en lo material, llámese dinero o tierras, es lo más detallado, dentro de las normas, siendo un punto que los pobladores de Cabrera no dejan de reconocer como importante, pero consideran un error verlo como el único factor o el más importante a cubrir. Otro punto a reparar considerado en la legislación, es el del cuidado de la salud, para lo cual se describe detalladamente la facilidad en el acceso a los servicios de salud que se debe dar a la víctimas de conflicto armado, algo que concuerda



con lo expresado por algunos ciudadanos en su narrativa, pero ellos van más allá, y de forma explícita consideran que este acceso no solo debe limitarse a la atención diagnóstica y de tratamiento, sino que también desde el personal de salud y específicamente de salud mental (psicólogos y psiquiatras), se brinde una labor educativa en el reconocimiento de emociones, y de los cambios en estas que ocurren en la vida cotidiana, y cuando se enfrentan situaciones altamente anormales como las planteadas por los conflictos armados.

En el programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas se habla de un término, que es el de “Rehabilitación en Salud Mental” que basa las actividades en el Plan Obligatorio de Salud (POS), el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y en el marco de la Atención Primaria en Salud, el cual en su descripción y definición tiene en cuenta aspectos como el ambiente donde vive el individuo y la familia, cosas que fueron descritas por los pobladores de Cabrera como condicionantes la salud mental. Cuando vemos la descripción exacta de este programa, y el estar enmarcadas en el plan obligatorio de salud, limita estas actividades más al ámbito clínico, que son necesarias, pero quedando cortas otras posibles acciones requeridas para la satisfacción de las necesidades sentidas por la población; en ese marco, la actividad del psiquiatra es restringida ante todo lo que las narrativas de los habitantes de Cabrera mostraron que enmarca el concepto de salud mental para ellos; junto con la necesidad planteada de un trabajo más cercano al contexto histórico y cultural, que al acercamiento diagnóstico y manejo de patologías.

Este programa contiene no obstante elementos que no están lejos de lo que consideran importante los habitantes de Cabrera para lograr una reparación, tales como el aporte de las ciencias sociales a estos procesos, ya que los equipos interdisciplinarios también son conformados por sociólogos y antropólogos. Ante esto, la acción específica que una población reclama de los equipos interdisciplinarios puede verse enriquecida por estudios naturalísticos que permitan actuar de forma acertada en las necesidades específicas de una población, y que posibiliten a una especialidad médica como la psiquiatría acercarse un poco más a la gente, apoyados de las ciencias sociales para entender de mejor forma las necesidades de un país multicultural como el nuestro.

## 6. Capitulo Conclusiones

### 6.1 Salud Mental

El concepto de Salud Mental en la población estudiada está basado en cuatro atributos fundamentales que son dinámicos, cambiantes y su interacción permite la adaptación del individuo a las exigencias del mundo. Estos atributos fueron: llevar una vida tranquila, no estar mal de la cabeza, psicológicamente sano y bienestar mental.

- En el concepto de salud mental para los ciudadanos de Cabrera no solo se construye a nivel individual sino como un concepto a nivel colectivo.
- Para los pobladores de Cabrera y en especial para las mujeres la familia es la principal condición que determina su salud mental siendo el punto de partida para construcción como comunidad.
- La enfermedad física surge de las narrativas de los hombres como condicionante de la salud mental ya que puede impedir el desempeño laboral y de esta forma romper el equilibrio al no poder aportar a la comunidad.
- Respecto a la cercanía del concepto de salud mental a lo definido por la OMS y la legislación colombiana, podemos ver que en ambas definiciones se tiene en cuenta al individuo, su entorno y aporte a una comunidad, pero no la salud mental como una definición colectiva, sino solamente de forma individual. Contrario a lo resaltado por los habitantes del municipio, para quienes la salud mental se define primordialmente desde el grupo y luego el individuo, dando dinamismo a la definición, sacando a la enfermedad mental como eje central, que ha sido hasta ahora el objetivo principal de las políticas, estudios y legislación de nuestro país.

## **6.2 Conflicto Armado y Salud Mental**

- La evaluación de forma retrospectiva de las consecuencias del conflicto armado en la salud mental sobre una población específica, mostró también que con el tiempo, las personas interiorizan estas experiencias, desarrollando en la actualidad herramientas positivas para enfrentar sus problemas y las exigencias del mundo; rescatándose la unión familiar, la búsqueda de crecimiento como comunidad, la empatía y la influencia en la vocación profesional como resultado de una adecuada adaptación a una experiencia de gran estrés vital.
- El impacto negativo del conflicto armado es algo que los habitantes de Cabrera mostraron que persiste en el tiempo manifestado en el temor a estímulos que recuerdan las acciones de guerra, así como la transformación con el tiempo del temor en inseguridad a la hora de tomar decisiones o expresar opiniones en los diferentes ámbitos de sus vidas.

## **6.3 Reparación Integral en Salud Mental**

- La salud mental ocupa un lugar importante en la percepción de reparación integral por parte de los habitantes que vivieron el conflicto armado en Cabrera, y para ellos debe ser el principal atributo a reparar, no solo apoyado por profesionales de la salud, sino con participación de profesionales de las ciencias sociales que ayuden al entendimiento del contexto histórico del conflicto armado experimentado.
- La reparación de lo que se considera afectado sobre una población específica, mostró los condicionantes de salud mental percibidos por ellos mismos.
- Para los Cabrerunos, se hace necesaria la participación activa desde la psiquiatría y la psicología, no simplemente desde un punto de vista psicoterapéutico o de contexto clínico, más bien con una labor educacional en el entendimiento de emociones y manifestaciones normales del ser humano en eventos estresantes.
- Otra característica que surge de las narrativas de los habitantes del municipio es la creencia en que hay cuestiones que no se pueden reparar, las cuales debieron asimilar para continuar su vida como individuos y como municipio.
- Para que los programas de reparación a víctimas del conflicto armado tengan un real impacto en poblaciones específicas, deben basarse en los atributos y condiciones que construyen la salud mental en una población desde su propia

perspectiva, y para esto, los estudios cualitativos surgen como una opción inicial para un acercamiento a este propósito.

#### **6.4 Como Experiencia de Vida del Autor del Presente Trabajo**

- Como habitante de Cabrera Cundinamarca que vivió el conflicto armado, así como para mi formación y crecimiento como psiquiatra, la experiencia vivida realizando el presente trabajo me brinda nuevas herramientas en el entendimiento del otro, para ofrecerle a mis pacientes una atención más completa teniendo en cuenta la gran variedad de condiciones que nos puede afectar como seres humanos.
- Puedo definir el presente trabajo como “una experiencia liberadora” que funcionó a modo de terapia que me permitió reencontrarme como Cabreruno, y dar un lugar definitivo y constructivo a una experiencia negativa vivida en mi pasado, como lo fue el conflicto armado.

## **A. Anexo: Formato de consentimiento informado**

Yo \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que me entreviste un miembro del grupo de investigación sobre “Recuentos narrativos sobre salud mental en ciudadanos de cabrera Cundinamarca 1995 – 2001”, investigación efectuada dentro de la línea de investigación en Conflicto Armado y Salud del grupo de investigación en Violencia y Salud, en el marco del programa de especialización en Psiquiatría de la facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Este estudio tiene como objetivo Explorar las narrativas de un grupo de habitantes de Cabrera (Cundinamarca) que han sufrido el conflicto armado en nuestro país para determinar el concepto de salud mental en esta población y como este conflicto ha influido en una construcción propia de la definición de salud mental, y que tan cercano está el concepto a lo plasmado en la legislación colombiana y los documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para de esta forma contribuir al entendimiento de lo que es la salud mental desde el punto de vista de la población. Entiendo que seré entrevistada/o en \_\_\_\_\_ y en los horarios que me convengan.

Se me harán preguntas sobre mi concepción de salud mental, mis experiencias como habitante de Cabrera durante la época que enmarca el trabajo y que fui expuesto al conflicto armado, buscando mi punto de vista sobre esto. Las entrevistas tendrán una duración aproximada de

40 minutos a 1 hora y serán grabadas para poder ser analizadas posteriormente. Es también de mi conocimiento que el entrevistador puede ponerse en contacto conmigo en el futuro a fin de obtener más información sobre los mismos temas tratados en la entrevista inicial.

Entiendo que fui seleccionada/o para participar porque hago parte de la población de Cabrera Cundinamarca que habitó el municipio entre los años 1995 – 2001, y tuve contacto allí con lo que fue el conflicto armado nacional.

He consentido libremente ésta entrevista, se me ha notificado que es totalmente voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquier pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. Se me ha dicho que mis respuestas no serán reveladas a nadie de manera separada del análisis general efectuado por el estudio y que en ningún informe de éste estudio se me identificará por mi nombre, siendo utilizada solamente referencia general a mi calidad de Cabreruno y algunas condiciones socio-demográficas adicionales. Entiendo y acepto que tal confidencialidad es la estrategia empleada por el equipo investigador para proteger mi intimidad. También se me ha dicho que tanto si participo como si no lo hago, o si me rehúso a responder alguna pregunta, no me afectara de ninguna forma.

Entiendo y acepto que por participar en éste estudio no recibiré beneficio directo, más allá de aquel recibido por la comunidad, los profesionales de la salud y futuros usuarios de servicios de salud para atención de personas víctimas del conflicto armado, mediante el conocimiento que se genera por ésta investigación. Igualmente entiendo y acepto que no recibiré ningún tratamiento en salud por parte del equipo investigador, ni se me practicará ningún examen físico ni de laboratorio; solamente se conversará conmigo sobre mis conceptos sobre salud mental, mis vivencias del conflicto armado en Cabrera, y otros tópicos relacionados.

Se me ha preguntado si tengo alguna duda sobre el estudio en éste momento y es de mi conocimiento que los resultado finales de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que la persona del equipo de investigación que debo buscar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos como participante en el mismo es \_\_\_\_\_.

Dicha persona puede ser localizada mediante una llamada telefónica al número: \_\_\_\_\_.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del entrevistado \_\_\_\_\_

C.C. o T.I. \_\_\_\_\_

Firma entrevistador \_\_\_\_\_

C.C. entrevistador \_\_\_\_\_

## B. Anexo: Formato de entrevista usado para recolección de información

<b>RECUEENTOS NARRATIVOS SOBRE SALUD MENTAL EN CIUDADANOS DE CABRERA CUNDINAMARCA 1995 – 2001</b>		
<b>Guía de Entrevista</b>		
<p>Ya habiéndose presentado a sí mismo el entrevistador, explicado en que consiste el estudio, hecho firmar el consentimiento informado, y solicitada autorización para grabar, se dará inicio a la entrevista hasta completar la información en torno a cada tópico que permita cumplir con su objetivo.</p> <p>Inmediatamente se prenda la grabadora de voz, y antes de iniciar las preguntas, el entrevistado deberá dejar grabada la identificación de la entrevista, indicando el nombre de la persona entrevistada, antecedido por la expresión “Sr.” O “Sra.” Según la apreciación de sexo del entrevistado establecida por el entrevistador, la fecha, hora de inicio, y lugar de realización de la misma.</p> <p><i>[Nota: Respecto a las “preguntas posibles”, si el entrevistado espontáneamente ya ha cubierto los contenidos explorados por una pregunta posterior, ante una previa, la segunda no será necesaria; por eso se plantean como “posibles”]</i></p>		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>TÓPICO</b>	<b>PREGUNTAS POSIBLES</b>
<p><b>Caracterización socio – demográfica de las personas entrevistadas (+)</b></p>	<p>Nombre, sexo, edad, estado civil, lugar de nacimiento, lugar de residencia, años que vivió/ha vivido en Cabrera, escolaridad, ocupación, pertenencia étnica.</p>	<p>Para empezar, cuénteme un poco sobre Ud....:</p> <p>¿(1)Cuál es su edad, (2) estado civil, (3) dónde nació, (4) donde vive actualmente, cuantos años ha vivido o lleva viviendo en Cabrera, (5) hasta que nivel estudió, (6) a qué se dedica, a que grupo étnico considera que Ud. pertenece?</p>



		<p>[Nota: hacer la pregunta abierta, y solo plantear opciones cerradas para elegir si el entrevistado no atina a proporcionar información sobre el tópico indagado; el sexo será registrado durante la transcripción según la identificación efectuada al inicio por el entrevistador sobre el entrevistado mediante el uso de la expresión Sr. o Sra.].</p>
<p><b>Explicitar el concepto de salud mental construido por las personas entrevistadas, y la relación que éste guarda con sus vivencias en el conflicto armado.</b></p>	<p>Narrativas sobre el concepto de salud mental en la población de Cabrera Cundinamarca</p>	<p>- (7) ¿Qué es para Ud. la salud?</p> <p>- (8) ¿Qué es para Ud. la salud mental?</p> <p>- (9) ¿Existe alguna relación entre la salud y la salud mental?</p> <p><i>[En lo sucesivo, se seguirá preguntando por “salud mental”, excepto si el entrevistado tiene dificultades para responder a las preguntas empleando el término “salud mental”, en tal caso, éste puede ser reemplazado por el equivalente propio con el cual el entrevistado la definió: “Ej. Bienestar, confianza, tranquilidad, paz, etc.”].</i></p>
	<p>Narrativas sobre las vivencias que han configurado positivamente y negativamente la salud mental de los entrevistados.</p>	<p>- (10) ¿A lo largo de su vida, cuáles vivencias han ayudado positivamente a construir su salud mental?, (11) ¿Y a lo largo de su vida, cuáles vivencias han afectado negativamente su salud mental?</p> <p>- (12) ¿Específicamente durante el período 1995 – 2001, cuales vivencias le ayudaron a construir positivamente su salud mental?</p> <p>- (13) ¿Y durante ese período 1995 – 2001, cuales vivencias le afectaron negativamente su salud mental? / ¿Cuáles vivencias influyeron negativamente en su salud mental, durante el período 1995 – 2001?</p>
	<p>Lugar de eventos de guerra en Cabrera durante los años 1995 a 2001 en esas vivencias</p>	<p>- (14) Este es un municipio que ha vivido varios momentos que han marcado su historia, ¿Qué lugar ocupan entre todas sus vivencias aquellas relacionadas con eventos ocurridos en Cabrera entre 1995 y 2001?</p>

		<p>- (15) ¿Qué lugar ocupan los eventos de guerra vividos en Cabrera durante 1995 – 2001, en el marco de todos aquellos eventos positivos y negativos que han ido configurando su salud mental a lo largo de la vida?</p>
<p><b>Analizar la visión desde las narrativas de los pobladores de este municipio sobre el papel que la reparación a la salud mental de las víctimas del conflicto armado juega en el marco de la reparación integral.</b></p>	<p>Narrativas sobre reparación integral a víctimas del conflicto armado</p>	<p>- (16) ¿Cómo considera Ud., en general, que pueden ser reparados los efectos negativos sobre la salud mental causados por algunos acontecimientos de la vida?</p> <p>- (17) ¿Cómo considera que podrían ser reparados los efectos negativos sobre su salud mental que pudieran haber sido causados por algunos acontecimientos de su vida?</p> <p>- (18) ¿Cómo considera que podrían ser reparados los efectos negativos sobre su salud mental que le pudieran haber sido causados por eventos propios del conflicto armado vividos en Cabrera durante 1995 – 2001?</p> <p>- (19) ¿Cómo cree que podrían ser ampliados / fortalecidos, los efectos positivos sobre su salud mental que pudieran haber sido causados por algunos eventos de su vida? /</p> <p>- (20) ¿Cómo cree que podrían ser ampliados / fortalecidos, los efectos positivos sobre su salud mental que pudieran haber sido causados por algunos eventos de su vida en Cabrera? /</p> <p>- (21) ¿Cómo cree que podrían ser ampliados / fortalecidos, los efectos positivos sobre su salud mental que pudieran haber sido causados por algunos eventos relacionados con el conflicto armado vividos en Cabrera durante 1995 – 2001?</p> <p>- (22) ¿Qué lugar cree que deben tener los procesos de reparación de la salud y la salud mental en el marco de los procesos de reparación integral a las víctimas del conflicto armado, en general? / (23) ¿Y en cuanto a los habitantes de Cabrera en particular?</p> <p>- (24) ¿Qué conoce sobre procesos de</p>

		<p>reparación en salud y en salud mental ofrecidos a los habitantes de Cabrera afectados por el conflicto armado?</p> <p>- (25) ¿Y en cuanto a procesos de reparación integral para víctimas del conflicto armado colombiano, ¿qué conoce?</p> <p>-(26) ¿Qué tan importante debe ser, en lo que se habla a nivel nacional de reparación a víctimas del conflicto armado, hablar de salud mental?</p>
<b>Objetivos Emergentes</b>	Tópicos Emergentes	-(27) ¿Tiene algo más que agregar que considere importante en torno a los temas que hemos conversado, y que yo no le haya preguntado?

## Bibliografía

1. Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6, 113-116.
2. Carrazana, V. (2003). El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 1(1), 1-19.
3. Herrman, H., Saxena, S., & Moodie, R. (2005). Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. En *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica*. World Health Organization.
4. Entre Organismos, C. P. (2007). Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes. L-131-IASC-2007-316.
5. Atehortúa, M. (2002). Resiliencia: otra perspectiva de las experiencias sociales y personales dentro de la empresa. *Estudios Gerenciales*, 18(82), 47-55.
6. González, C. (2004). Transformación y resiliencia en familias desplazadas por la violencia hacia Bogotá. *Revista de estudios sociales*, (18), 123-130.
7. Ardón-Centeno, N., & Cubillos-Novella, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. *Rev. Geres y Polit. Salud* 2012; 11(23): 12 - 38
8. Congreso de la República de Colombia. (06 de 2011). Ley 1448 de 2011, por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas de conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Bogotá. Recuperado el 25 de Octubre de 2015, de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=43043>
9. Amnistía internacional (2008). *Déjenos en Paz: La Población Civil, Víctima del Conflicto Armado Interno en Colombia.*, pg. 5-109
10. Martínez, J. (2013). Las heridas menos visibles: Salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia. *Médicos sin fronteras*, pg. 3-18

11. Congreso de la República de Colombia. (21 de 01 de 2013). Ley 1616 de 2013. Recuperado el 25 de Octubre de 2015, sitio web: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
12. Andrade, G. R., & Hurtado, P. (2014). Grupos pos desmovilización y desplazamiento forzado en Colombia: una aproximación cuantitativa. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. Acceso, 5.
13. Londoño R. (2011). Juan de la Cruz Varela y la sociedad campesina de la provincia de Sumapaz, 1850-1980. Bogotá: Centro editorial, Facultad de Ciencias Humanas.
14. Edgar Téllez. (1990). El Ejército Ataca Casa Verde, de El Tiempo, recuperado el 25 de Octubre de 2016 Sitio web: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-34015>
15. Uribe Catalina. (1997). La Jugada de la Guerrilla en Cabrera, de El Tiempo, recuperado el 25 de octubre de 2015, Sitio web: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-635761>
16. Vásquez, T. (2002). Análisis del conflicto armado en Cundinamarca y Bogotá 1995-2001. Bogotá: CINEP/Mesa de Planificación Regional Bogotá y Cundinamarca. No pg. 48
17. Salgado Lévano, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78.
18. De Santacruz, C., Chams, W., & Fernández de Soto, P. (2006). Colombia: violencia y salud mental La opinión de la psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(1), 30-46.
19. Rodríguez, J., De La Torre, A., & Miranda, C. T. (2002). La salud mental en situaciones de conflicto armado. *Biomédica*, 22, 337-4
20. Mogollón Pérez, A. S., Vázquez Navarrete, M., & García Gil, M. (2003). Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Revista Española de Salud Pública*, 77(2), 257-266.
21. Gutiérrez, C. H., López, Á. M. B., & Valencia, N. M. (2015). Intervención sobre narrativas prototipo para la prevención del reclutamiento en niños y niñas de un municipio colombiano. *WorldShare Books*, No pg. 17.
22. Urrego, Z. (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 307-319

23. Procuraduría General de la Nación, (2008). Conceptos básicos acerca de la ley 975 de 2005 Justicia y paz y de los derechos de las víctimas. Procuraduría General de la Nación. Recuperado el 20 de Julio de 2015, sitio web: [http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/descargas/victimas\\_2007/conceptosbasicos\\_ley975.pdf](http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/descargas/victimas_2007/conceptosbasicos_ley975.pdf)
24. Salgado Lévano, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78.
25. Giraldo, D. I. & González E.M. (2013). Investigación cualitativa: un recorrido por el interior del ser. Medellín, Colombia. Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.
26. Charon, R. (2001). A model for empathy, reflection, profession, and trust. *Journal of the American Medical Association*, 286, 1897-1902. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194300>
27. Wojnar, D. M., & Swanson, K. M. (2007). Phenomenology an exploration. *Journal of holistic nursing*, 25(3), 172-180.
28. Giraldo, D. I. & González E.M. (2013). Investigación cualitativa: un recorrido por el interior del ser. Medellín, Colombia. Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.
29. Ovecchio, C. (2009). Ética y medicina narrativa: una perspectiva filosófica (Doctoral dissertation, Universidad de Salamanca). Tesis Doctoral. No pg. 463
30. Pérez, F. (2005). La entrevista como técnica de investigación social. *Fundamentos teóricos, técnicos y metodológicos. Extramuros*, 8(22), 187-210.
31. Fiske, M., Kendall, P. L., & Merton, R. K. (1998). Propósitos y criterios de la entrevista focalizada (traducción de Consuelo del Val y Javier Callejo). *Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales*, (1), 215-227.
32. Vargas Vásquez, R. Experiencias de violencia intrafamiliar en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia). 2004. No pg. 170
33. República De Colombia Ministerio De Salud Resolución N° 008430 De 1993 (4 de octubre de 1993) Por La Cual Se Establecen Las Normas Científicas, Técnicas Y Administrativas Para La Investigación En Salud. No pg. 12
34. Cardona, H, Sepúlveda, S., Angarita, A., & Parada, A. (2012). Salud mental y transformaciones del mundo de la vida en un escenario de violencia política y social. *Psychologia: avances de la disciplina*, 6(1), 47-62
35. República de Colombia, Ministerio de Salud (2016), Encuesta Nacional de Salud mental 2015, Recuperado el 30 de Octubre de 2016, sitio web: [http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta\\_Nacional\\_de\\_Salud\\_Mental\\_Tomo\\_I.pdf](http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf)

