



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**NARRATIVAS SOBRE SALUD MENTAL EN MUJERES VÍCTIMAS DEL  
CONFLICTO ARMADO HABITANTES DEL MUNICIPIO DE CAUCASIA –  
ANTIOQUIA. 2006 -2015.**

**Héctor Jaime García Vergara**

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento Psiquiatría

Bogotá D.C., Colombia

2015



**NARRATIVAS SOBRE SALUD MENTAL EN MUJERES VÍCTIMAS DEL  
CONFLICTO ARMADO HABITANTES DEL MUNICIPIO DE CAUCASIA –  
ANTIOQUIA. 2006 - 2015.**

**HÉCTOR JAIME GARCÍA**

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:

**Especialista en Psiquiatría**

Directora:

Zulma Consuelo Urrego Mendoza. Médica Psiquiatra. ESP. MgSc. Ph.D.

Línea de Investigación:

Conflicto Armado y Salud

Grupo de Investigación:

Violencia y Salud

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento Psiquiatría

Bogotá D.C., Colombia

2015



*Dedicado a*

Las víctimas del conflicto armado en el Bajo Cauca Antioqueño



## **Agradecimientos**

A la Doctora Zulma Urrego, por su acompañamiento afectivo y académico sin el cual no hubiese sido posible este trabajo.

A Josimar, Jaime, y Liliana, quienes de manera desinteresada me abrieron las puertas para trabajar con las personas entrevistadas

A los funcionarios de la unidad de víctimas de Caucasia, al facilitarme toda la logística para poder realizar este trabajo

Y Finalmente, a las personas participantes de este estudio, por permitirme hacer parte de sus relatos por lo menos durante unas horas. Este trabajo es para ustedes.





## Resumen

Investigación cualitativa, desarrollada dentro de los parámetros del análisis narrativo, que exploró las narrativas sobre salud mental construidas por mujeres víctimas del conflicto armado en el municipio de Caucasia, Antioquia durante el período 2006 – 2015, que incluye una temporalidad en la cual dicho municipio sufrió un especial recrudecimiento de la violencia directa producto de las dinámicas del conflicto armado interno vivido en su territorio.

Además de rescatar el punto de vista local sobre su salud mental desde la perspectiva de las mujeres víctimas del conflicto armado en un municipio colombiano especialmente afectado por éste, permitió avanzar en la generación de conocimiento útil para la implementación de aproximaciones sensibles a los equivalentes propios sobre salud mental, en el marco de los procesos de atención y reparación integral a víctimas del conflicto armado interno colombiano, dentro de contextos locales específicos, guiados por un enfoque diferencial y basados en los saberes de la medicina narrativa.

**RESULTADOS:** se entrevistaron diez mujeres que en su mayoría correspondieron a adultas maduras, residentes en el casco urbano del municipio pero algunas también provenientes del área rural, y que durante el periodo de estudio migraron internamente en el municipio; quienes identificaron que sus condiciones de vida y de salud, al igual que su salud mental, se vieron afectadas principalmente por las dinámicas del conflicto armado, tales como la ocurrencia del hecho victimizante, el clima de amenazas y de violencia en el municipio, y la poca participación del Estado en el reconocimiento y la búsqueda de la verdad sobre lo ocurrido, la aplicación de la justicia y la puesta en marcha de adecuadas medidas de reparación para con las mismas. Se reconoció desde las narrativas de las mujeres entrevistadas, la salud mental de una forma amplia, en donde se le dio prioridad a la misma como un estado o condición de bienestar, dependiente de lo contextual y que a la vez se refleja e influye sobre los otros, teniendo como muestras principales la capacidad de guardar memoria sobre la violencia sufrida, el habla coherente para narrar los hechos vividos, la capacidad realizar acciones por los otros y la búsqueda de sentido de la vida a través de esas acciones y por la resignificación de los recuerdos.

**CONCLUSIONES:** Del presente estudio desde la investigación narrativa, se encuentra que en las narrativas de las mujeres víctimas del conflicto armado en Caucasia, se identifica que las condiciones de vida y de salud son afectadas de manera directa y de modo negativo por las dinámicas del conflicto armado, tendiendo éstas al empeoramiento con el paso del tiempo. Que Las mujeres víctimas del conflicto armado en Caucasia definen la salud mental primordialmente como un estado de bienestar, en el que las facultades de la memoria, el contar coherentemente lo sucedido, el encontrar sentido a la vida y el trabajar por los otros son muestras de la misma. Que el conflicto armado es identificado por las mujeres víctimas como un macroproceso destructor de la salud y la salud mental, tanto en el ámbito personal como comunitario. Que Los procesos protectores de la salud

mental para las mujeres víctimas del conflicto armado en Cauca emergen principalmente en las esferas de lo personal, lo familiar, lo laboral y lo comunitario. Y que los procesos destructores y protectores no relacionados con el conflicto armado juegan un rol secundario en las narrativas de las mujeres víctimas del conflicto armado en Cauca, sin por ello dejar de ser tenidos en cuenta.

**PALABRAS CLAVE:** Salud mental, Mujeres, Conflicto armado, Colombia, Investigación Narrativa, Medicina Narrativa, Medicina Social Latinoamericana, Salud Colectiva Latinoamericana.

## Abstract

Qualitative research, developed within the parameters of narrative analysis, that explored the narratives about of the mental health built by women victims of armed conflict in the municipality of Cauca, Antioquia during the period 2006 - 2015, including a temporary period in which the municipality he suffered a period of special upsurge of violence direct product of the dynamics of the internal armed conflict lived in their territory.

In addition to rescuing the local perspective on her mental health from the perspective of women victims of armed conflict in Colombian municipality particularly affected by this , allowed progress in generating useful knowledge for implementing sensitive approaches to own equivalents on mental health , within the framework of the processes of care and comprehensive repair victims of Colombia's internal armed conflict , within specific local contexts , guided by a differential approach based on knowledge of narrative medicine

**RESULTS :** Ten women mostly corresponded to mature adult residing in the urban area were interviewed but some also from the rural area , and that during the study period migrated internally in the municipality; who identified their living conditions and health , as well as their mental health was affected mainly by the dynamics of armed conflict , such as the occurrence of victimizing fact, the climate of threats and violence in the city , and little involvement of the State in recognizing and finding the truth about what happened , the application of justice and the implementation of appropriate remedial measures towards them. It was recognized from the narratives of the women interviewed, mental health in a comprehensive manner, in which priority was given to it as a state or condition of being, dependent on the context and at the same time reflects and influences others, and as samples of the same main shows memory, coherent speech, the actions performed by others and the search for meaning to life.

**CONCLUSIONS:** From this study from the narrative research, it is found that in the narratives of women victims of armed conflict in Cauca, identifies the living conditions

and health are affected directly and negatively by the dynamics of conflict armed , holding them to worsening over time. That the victims of armed conflict in Caucasia women define mental health primarily as a welfare state, in which the powers of memory, tell consistently what happened, finding meaning in life and work for others are samples the same. That armed conflict is identified by female victims as a destroyer macroprocess health and mental health, both in the personal and communal. That the protective processes mental health for women victims of armed conflict in Caucasia emerge primarily in the areas of personal , familiar , labor and community . And the destructive and protective processes unrelated to the armed conflict play a secondary role in the narratives of women victims of armed conflict in Caucasia, without ceasing to be considered.

**KEYWORDS:** Mental Health, Women, Armed Conflict, Colombia, Research Narrative, Narrative Medicine, Latin American Social Medicine, Latin American Collective Health.



# Contenido

	Pág.
Resumen .....	IX
Lista de figuras.....	XVI
Lista de tablas .....	XVIII
Introducción .....	1
<b>1. Planteamiento del problema.....</b>	<b>5</b>
1.1 Pregunta de estudio.....	5
1.2 Objetivos de investigación.....	5
<b>2. Marco Teórico - conceptual.....</b>	<b>7</b>
2.1 Contexto: el conflicto armado interno colombiano y la región de Cauca..	7
2.1.1 Un conflicto armado que supera los 50 años.....	7
2.1.2 El conflicto armado interno en el municipio de Cauca y la afectación de poblaciones civiles: aproximaciones preliminares.....	9.
2.1.3 Demografía de la región del Bajo Cauca y su relación con el conflicto armado interno Colombiano.....	10
2.1.4 Grupos armados ilegales en la región del Bajo Cauca.....	13
2.1.4.1 Las Guerrillas en el Bajo Cauca.....	13
2.1.4.2 Los Grupos Paramilitares.....	14
2.1.4.3 Las Bandas Criminales.....	16
2.1.5 Impacto humanitario del conflicto armado interno colombiano en la región del bajo cauca antioqueño.....	18
2.1.5.1 Tasa de homicidios en el Bajo Cauca en el período 2000 – 2012.....	18
2.1.5.2 Desplazamiento Forzado.....	21

<b>2.2 Objeto: la salud mental y los conflictos armados.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.1 Conceptualizaciones generales en torno a la salud mental.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.1.1 La salud, la enfermedad, y los procesos críticos que les determinan.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.1.2 La salud y la salud mental.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.2. Los conflictos armados y sus impactos sobre la salud mental...26</b>	
<b>2.2.2.1 En el ámbito internacional.....</b>	<b>26</b>
<b>2.2.2.2. En el ámbito nacional colombiano.....</b>	<b>27</b>
<b>2.2.2.3. En Antioquia, la región del Bajo Cauca antioqueño, y en Caucasia.....</b>	<b>32</b>
<b>2.3. Camino: aproximaciones narrativas a los fenómenos de salud y enfermedad mental.....</b>	<b>33</b>
<b>2.3.1. La medicina narrativa.....</b>	<b>33</b>
<b>2.3.2. La investigación narrativa en salud.....</b>	<b>33</b>
<b>2.3.3 los enfoques hermenéutico - interpretativos.....</b>	<b>34</b>
<b>3. Metodología.....</b>	<b>36</b>
<b>4. Aspectos éticos.....</b>	<b>44</b>
<b>5. Resultados y análisis.....</b>	<b>46</b>
<b>5.1 Conceptos sobre salud mental que circulan en las narrativas de mujeres víctimas del conflicto armado habitantes en el municipio de Caucasia, Antioquia.....</b>	<b>46</b>
<b>5.2 Condiciones de vida y de salud en las narrativas de mujeres víctimas del conflicto armado en Caucasia, Antioquia.....</b>	<b>48</b>
<b>5.3 Narrativas sobre procesos percibidos como protectores y deteriorantes de su salud mental y salud general en mujeres víctimas del conflicto armado interno en Caucasia, Antioquia.....</b>	<b>51</b>
<b>5.4 Perspectiva de las mujeres víctimas sobre el papel de los eventos relacionados y no relacionados con las dinámicas del conflicto armado interno en la configuración de procesos protectores y deteriorantes de su salud mental.....</b>	<b>59</b>
<b>5.5 Narrativas emergentes en torno a la salud mental y los procesos que la protegen y la destruyen.....</b>	<b>61</b>
<b>6. Discusión.....</b>	<b>64</b>
<b>7. Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>700</b>
<b>7.1 Conclusiones .....</b>	<b>700</b>

---

<b>7. 2 Recomendaciones.....</b>	<b>71</b>
<b>Anexo 1: Pasos para el Análisis de la Información Transcrita a Partir de las Entrevistas.....</b>	<b>72</b>
<b>Anexo 4: Consentimiento informado.....</b>	<b>73</b>
<b>Anexo 3: Caracterización sociodemográfica de los pacientes.....</b>	<b>74</b>
<b>Anexo 4: Características de las entrevistadas y el entrevistador.....</b>	<b>75</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>77</b>

## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1.</b> La región de Caucasia.....	¡Error! Marcador no definido.0
<b>Gráfica 1.</b> Tasa de homicidios en Bajo Cauca, Antioquia y a nivel nacional 2000-2012.....	19
<b>Gráfica 2.</b> Tasa de homicidios en Bajo Cauca por municipio 2012.....	20
<b>Gráfica 3.</b> Desplazamiento forzado en Bajo Cauca y a nivel nacional 2000-2012.....	22
<b>Gráfica 4.</b> Desplazamiento forzado en Bajo Cauca por municipio 2011- 2012.....	23
<b>Gráfica 5.</b> Factores de riesgo para la salud mental en una serie de pacientes atendidos dentro de una zona fuertemente afectada por el conflicto armado interno colombiano, 2005 – 2009.....	29
<b>Gráfica 6</b> Diagnósticos Principales en una serie de pacientes atendidos por equipos de salud mental dentro de una zona fuertemente afectada por el conflicto armado interno colombiano, 2005 – 2009.....	30





## Lista de tablas

	Pág.
<b>Tabla 1:</b> Población Proyectada para la región del Bajo Cauca Antioqueño en 2012 ( Censo 2005)].....	¡Error! Marcador no definido.1
<b>Tabla 2:</b> Diagnósticos principales en el proyecto de salud mental de Caquetá, Colombia. 2005-2009.....	31
<b>Tabla 3:</b> Niveles Considerados para Asegurar la Heterogeneidad Estructural de la Muestra.....	38





# Introducción

Colombia aparece como el segundo país con mayor prevalencia de trastornos mentales en el estudio de vigilancia de salud mental de la organización mundial de la salud publicado en el 2007; Probablemente esto tenga que ver la situación de violencia en la que se encuentra inmerso el país desde hace más de 5 décadas. Situación de violencia que debe enmarcarse en el desarrollo de un conflicto armado, que según la propia Corte Constitucional colombiana, debe ser entendido en un sentido histórico y amplio, no sólo bélico, tomándose así en cuenta que dinámicas tales como la política económica, social y militar del estado , los procesos de desmovilización de grupos armados ilegales, y la participación de trasnacionales en la explotación de los recursos naturales, entre otros, juegan papeles claves ya sea en la mitigación o exacerbación de este conflicto, y al final, para nuestro interés, en el perfil de salud mental expuesto por el país.

Así, se entiende que es de vital interés para nuestro país, no sólo cuantificar la prevalencia de trastornos mentales que son originados por la violencia surgida en el marco del conflicto armado, sino intentar conocer cualitativamente los equivalentes propios de afectación de la salud mental que poseen las mismas personas afectadas por ese conflicto, los cuales tal vez trasciendan el marco de la psicopatología; delimitar las afectaciones a la salud mental desde una perspectiva propia de las personas afectadas debe partir de conocer el concepto sobre salud mental que circula entre ellas, así como su percepción de cuáles son los procesos protectores y destructivos de esa salud mental, concurrentes en el tiempo y espacio con las dinámicas del conflicto armado.

Igualmente, es de vital importancia acercarse a estos significados dados desde las mujeres, como población que de forma especial ha sufrido tanto directa como indirectamente los estragos del conflicto armado, y que además ha sobrevivido en medio del sufrimiento propio y de familiares.

Así, ésta investigación se propuso construir conocimiento desde un marco situado, sobre cuáles serían las prioridades en cuanto a la afectaciones de la salud mental ante las cuales debe responder el Estado colombiano, tomando en cuenta la percepción de las propias afectadas en la región de Cauca, Antioquia.

La investigación fue llevada a cabo por un habitante proveniente del municipio de Cauca, quien por lo tanto se acerca a la problemática abordada no sólo desde su punto de vista de médico general y de psiquiatra en formación, sino que además lleva consigo el haber sido testigo de primera mano de lo acaecido en la región, sufriendo de manera indirecta los estragos del conflicto armado, y quien también busca con el siguiente trabajo, permitirse escuchar a sus coterráneos, reconstruir partes de su historia, y solidificar su identidad como Caucesano.

El texto está estructurado de la siguiente manera: en primer lugar, se presenta el planteamiento del problema, donde se expone lo que se pretende conseguir con la

realización del mismo. Luego, se presenta un abordaje de cómo se ha presentado el conflicto armado en Colombia y en la región del bajo Cauca. En un tercer momento, se explorarán los conceptos más significativos sobre salud mental con que se cuenta a nivel internacional, nacional y local, y qué dice la literatura también internacional y nacional, sobre cómo la violencia afecta la salud mental. Después, se presentarán las bases epistemológicas y teóricas sobre las que se ampara el estudio, y se expondrá la forma en que el mismo realizará los pasos metodológicos para acceder al cumplimiento de los objetivos propuestos. De manera final, los aspectos éticos se desarrollarán, se expondrán los resultados y el análisis de los mismos, y se terminará con la discusión y las conclusiones posibles a partir del ejercicio investigativo llevado a cabo.







# 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1. PREGUNTA DE ESTUDIO

¿Cuáles son las narrativas relativas a la salud mental construidas por mujeres víctimas del conflicto armado interno colombiano, habitantes en el municipio de Caucasia - Antioquia?

## 1.2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

### OBJETIVO GENERAL:

Explorar las narrativas sobre salud mental construidas por mujeres víctimas del conflicto armado interno colombiano que habitaron en el municipio de Caucasia, Antioquia durante el período de recrudescimiento de la violencia directa producto de las dinámicas del conflicto armado interno vivido en su territorio, que abarcó los años 2006 a 2010; relativas tanto a ese período como al transcurrido entre el año 2011 y la actualidad.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Develar los conceptos sobre salud mental que circulan actualmente en las narrativas de mujeres víctimas del conflicto armado habitantes en el municipio de Caucasia, Antioquia.
2. Indagar narrativamente sobre las condiciones de vida y de salud de las mujeres víctimas del conflicto armado en Caucasia, Antioquia; tanto en el período 2006 – 2010, como en los cinco años siguientes hasta la actualidad.
3. Identificar, a través de la propia narrativa de las mujeres víctimas del conflicto armado habitantes en Caucasia, aquellos procesos percibidos como protectores y deteriorantes de su salud mental y salud general; tanto en el período 2006 – 2010, como en los cinco años siguientes hasta la actualidad.
4. Establecer el papel que los eventos relacionados con las dinámicas del conflicto armado interno juegan en el marco de las narrativas sobre procesos protectores y deteriorantes de su salud mental, elaboradas por mujeres víctimas del conflicto armado habitantes de Caucasia; tomando en cuenta tanto el período 2006 – 2010, como el 2011 - 2015.
5. Determinar el papel que otros eventos no relacionados con las dinámicas del conflicto armado interno juegan en el marco de las narrativas sobre procesos protectores y deteriorantes de su salud mental, elaboradas por mujeres víctimas del conflicto armado habitantes de Caucasia; relativos tanto al período 2006 – 2010, como al transcurrido entre el año 2011 y la actualidad.



## **2. MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL**

### **2.1. CONTEXTO: EL CONFLICTO ARMADO INTERNO COLOMBIANO Y LA REGIÓN DE CAUCASIA**

#### **2.1.1. Un conflicto armado que supera los 50 años**

Colombia es un país ubicado en el extremo nor – occidental de Suramérica, en límites con Centroamérica. Es la única nación de América del Sur que posee costas en el Océano Pacífico y el Mar Caribe. Tiene una extensión de 2'070.408 kilómetro cuadrados, que en su mayoría corresponden a áreas rurales. Su población total es de 42.888.592 habitantes (51.15% y 48.85% hombres); la población rural corresponde a un 25% del total y la urbana al 75% restante (Departamento Nacional de Planeación, 2005). Presenta una notable inequidad en la distribución de los ingresos per cápita, que se ha incrementado en los últimos años alcanzando en la actualidad los niveles más altos en la historia contemporánea del país, con un coeficiente de Gini alrededor del 0.6 en el año 2010 ( para Suecia en el mismo año, el Gini estuvo alrededor de 0.25 )<sup>1</sup>.

El Censo Nacional del 2005 arrojó que un 27,63% de la población tiene Necesidades Básicas Insatisfechas; así como que más de 20 millones de personas en Colombia se encuentran en pobreza, 3 de cada 4 en el campo, y 2 de cada 4 en la ciudad. El desplazamiento forzado de personas desde el campo hacia las ciudades en razón del conflicto armado ha alcanzado un total de 5.195.620 millones de personas entre 1985 y 2010<sup>2</sup>, quienes llegan a engrosar los cinturones de miseria urbanos todos los días (Departamento Nacional de Planeación, 2005; Profamilia, 2010; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - UNDP-, 2009). Adicionalmente, 389.753 personas colombianas se encuentran como refugiadas externas en diversos países del mundo. Además, Colombia es un país diverso, que plantea retos enormes para satisfacer las necesidades diversas propias de su riqueza étnica, cultural, ambiental, política y geográfica, entre otras. El gobierno central no ha dado cuenta plena de las necesidades plurales que se encuentran en un país plural como éste. Tal rasgo ha sido central en el

---

<sup>1</sup> El coeficiente de Gini es una medida estándar de concentración en el ingreso, que varía en lo teórico entre 0 y 1, donde 0 significa igualdad absoluta y 1 desigualdad extrema, donde una sola persona u hogar concentra la totalidad del ingreso. En la práctica, el coeficiente de Gini varía entre 0.25 y 0.65, con el primer valor presente en algunos países escandinavos, y en segundo en países latinoamericanos y africanos.

<sup>2</sup> Tomando en cuenta un subregistro del 29.31% y un rechazo de la población desplazada al registro e identificación que alcanza el 48%. 2.650.625 de ellas fueron desplazadas en los últimos 8 años; y 280.041 durante el 2010.

desencadenamiento y mantenimiento crónico del conflicto armado colombiano hasta nuestros días (Urrego, 2011).

Enmarcada en la violencia estructural denotada en los párrafos anteriores, en Colombia se ha mantenido un conflicto armado que ya alcanza el carácter de crónico, iniciado hace más de cincuenta años, que lejos de agotarse, se renueva día a día en sus dinámicas y características. Se trata de un conflicto que afecta a todo el territorio nacional, aunque de manera no homogénea. Las confrontaciones armadas ocurren principalmente en las zonas rurales, pero el desplazamiento forzado y el traslado progresivo de actores y dinámicas bélicas hacia las zonas urbanas las involucra de manera cada vez más directa (Urrego, 2011).

Sus orígenes se remontan a la llamada “Época de la Violencia”, período de confrontación armada predominantemente rural entre grupos de personas adscritas a los partidos políticos liberal y conservador, que transcurrió entre 1946 y 1966 (Chacón, 2004). Posteriormente, a partir de mediados de la década de los sesenta aparecieron en escena las dos principales guerrillas de izquierda que se mantienen vigentes hasta nuestros días: las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) y el Ejército de Liberación Nacional. Iniciando la década de los ochenta hicieron su aparición, en conexión con actores armados estatales, los grupos Paramilitares, que también se mantienen vigentes hasta nuestros días, aun después de haber protagonizado un discutible proceso de desmovilización pactado con el Estado colombiano, luego de lo cual continúan operando bajo una estructura de mando fragmentada, siendo llamadas ahora “Bandas Criminales Emergentes” –BACRIM- (Urrego, 2011).

El ejército colombiano se ha involucrado durante el mismo período en el conflicto armado bajo diferentes facetas: del lado del partido conservador y junto a la policía en contra de los grupos campesinos liberales y comunistas en la “Época de La Violencia” ; o más actualmente, accionando desde el marco de distintas políticas de guerra contrainsurgente alineadas con marcos de seguridad regional de tendencia norteamericana, orientados a erradicar de la región la llamada “amenaza comunista” en un primer momento, o más recientemente los riesgos para la estabilidad regional impuestos por el denominado “narcoterrorismo”. En efecto, a partir de la década de los noventa, en especial, el fenómeno del narcotráfico ha venido a enlazarse estrechamente con las dinámicas de guerra en Colombia, con participación diversa de todos los actores armados dentro de esta nueva faceta del conflicto, que ha complejizado aún más el panorama. Sin embargo, el narcotráfico históricamente hablando no constituye la razón central del conflicto armado colombiano (Urrego, 2011).

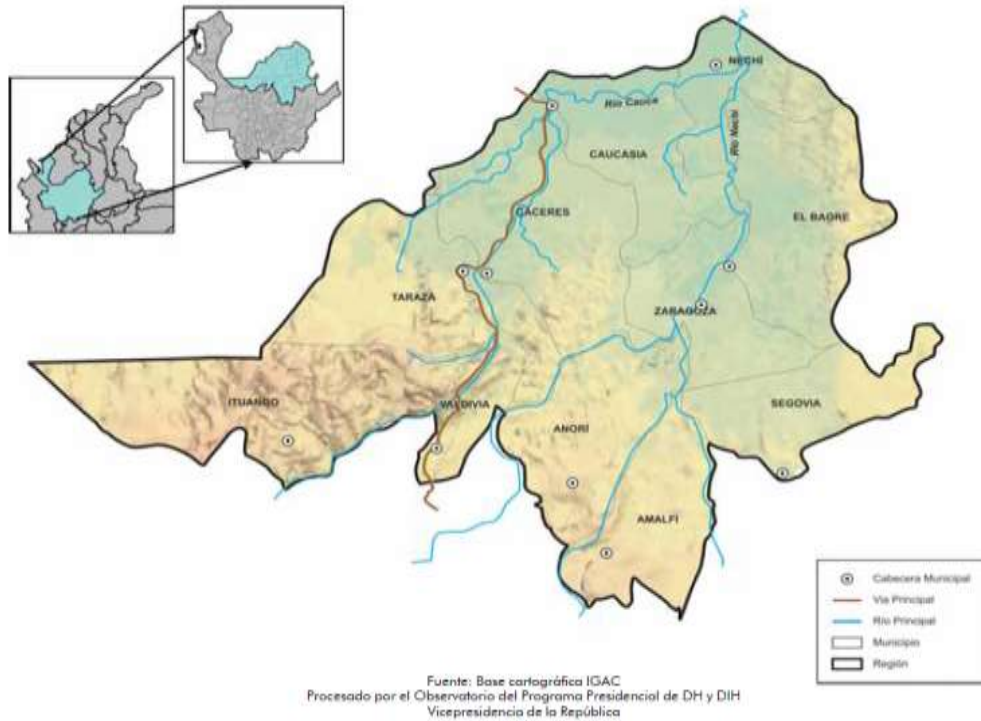
Desde el Estado, se ha respondido adoptando consecutivamente como políticas de guerra al Plan Lazo (1964), destinado a “pacificar” el país; el Plan Andes (1968), centrado en la lucha contraguerrillera; el “Manual Provisional para el Planeamiento de la Seguridad Nacional” (1974); la “Estrategia Nacional” contra la Violencia de Cesar Gaviria (1991); el “Plan Colombia” de Andrés Pastrana (1998), y la “Seguridad Democrática” de Álvaro Uribe Vélez (2002 – 2010); En el periodo 2010-2014 se ha intentado consolidar en el gobierno de Juan Manuel Santos lo iniciado con la seguridad democrática, pero además en el último año y medio se ha iniciado un proceso de negociación con la guerrilla de las FARC, que actualmente se encuentra en curso . En este último período se han combinado estrategias de “guerra total” convencional, con doctrina social de baja intensidad, despliegues masivos de capacidad artillera, armamento blindado, grandes concentraciones de tropas y organización del ejército en cuerpos, divisiones, brigadas, batallones y otra vez el uso de

la población civil para los fines de la guerra. En tal contexto, la afectación de civiles por los efectos del conflicto se ha visto recrudecida en los últimos años, lo cual se refleja entre otras cosas con un incremento inusitado del desplazamiento forzado interno y las solicitudes de refugio externo (Urrego, 2011).

### **2.1.2.El conflicto armado interno en el municipio de Cauca y la afectación de poblaciones civiles: aproximaciones preliminares.**

El municipio de Cauca es la capital de la subregión denominada bajo cauca antioqueño, la cual además alberga los municipios de Cáceres, Tarazá, Nechí, el Bagre y Zaragoza. Es importante también mencionar que los municipios de Ituango, Amalfí, Anorí, Segovia y Valdivia, constituyen el entorno del bajo cauca, ya que los procesos de violencia dados en los mismos han de ayudar a entender la dinámica del conflicto en ésta región. Igualmente como uno de los determinantes de la dinámica del conflicto armado en la región del bajo cauca, debe resaltarse su ubicación geográfica, en donde los ríos Cauca y Nechí constituyen sus accesos fluviales, y en donde la troncal de occidente, la troncal del norte, y la troncal de la paz comunican a la región con el resto del departamento de Antioquia y el departamento de Córdoba (Observatorio del programa presidencial de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2006).

Es esta ubicación la que ha permitido consolidar a la región como un importante centro de intercambio comercial y cultural, y que a su vez ha permitido la confluencia de poblaciones diversas en la misma; pero es esta ubicación también la que ha sido aprovechada por los narcotraficantes para posicionarla como un centro de producción y comercialización de grandes cantidades de cocaína tanto al interior como al exterior del país, y para posteriormente realizar el lavado de activos generados de esta actividad. (Figura 1). Pero igualmente en relación a la geografía de la región el otro determinante muy importante para ayudar a entender los procesos de violencia dados en la misma, desde antaño y actualmente, es el que trata de la confluencia de recursos naturales, y principalmente el oro. Es así como la explotación del oro ha jugado un rol importantísimo incluso para la formación misma de los municipios, y ha influido en gran medida en la génesis de los procesos de violencia vividos en los años cincuenta en la región y en las últimas dos décadas. Aquí cabe resaltar, que el periodo de análisis escogido del actual trabajo, coincide con un aumento espectacular del precio del oro a nivel mundial, y como se verá más adelante, es este factor el que probablemente esté dinamizando en mayor medida el recrudecimiento de la violencia percibido en los últimos 10 años en el municipio de Cauca y aledaños (Observatorio del programa presidencial de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2006).



**Figura 1. La Región de Cauca**

### **2.1.3. Demografía de la región del Bajo Cauca y su relación con el conflicto armado interno colombiano**

El Bajo Cauca es una subregión del departamento de Antioquia, y está integrada por los municipios de Cauca, Cáceres, El Bagre, Nechí, Tarazá y Zaragoza. Se encuentra en el extremo nororiental del departamento antioqueño, y está rodeada al norte por los municipios cordobeses de Puerto Libertador, Montelíbano, La Apartada y Ayapel; al oriente por los municipios de San Jacinto del Cauca y Montecristo de Bolívar y por los municipios antioqueños de Ituango, Valdivia, Anorí y Segovia al costado sur. Su extensión territorial suma 8.485 km<sup>2</sup>, lo que corresponde al 13.5 % del territorio total departamental (Fundación Ideas para la Paz. Área de dinámicas del conflicto y negociaciones de paz unidad de análisis 'siguiendo el conflicto' 2014; Gobernación de Antioquia, 2013).

Según el DANE, la población del Bajo Cauca en el 2012 correspondió a un 4.5 % de la población total del departamento, o sea, 281.325 personas. Presentando una distribución mayoritariamente en el área urbana, correspondiendo al 60% de las personas, mientras

que el 39% lo hicieron en el resto del territorio de la subregión (Fundación Ideas para la Paz. Área de dinámicas del conflicto y negociaciones de paz unidad de análisis 'siguiendo el conflicto' 2014).

<b>MUNICIPIO</b>	<b>POBLACIÓN TOTAL</b>	<b>CABECERA</b>	<b>RESTO</b>
<b>Cáceres</b>	<b>34.865</b>	<b>7.938</b>	<b>26.927</b>
<b>Caucasia</b>	<b>104.318</b>	<b>84.830</b>	<b>19.488</b>
<b>El Bagre</b>	<b>48.568</b>	<b>25.798</b>	<b>22.770</b>
<b>Nechí</b>	<b>24.703</b>	<b>13.004</b>	<b>11.699</b>
<b>Tarazá</b>	<b>39.257</b>	<b>23.750</b>	<b>15.507</b>
<b>Zaragoza</b>	<b>29.614</b>	<b>13.543</b>	<b>16.071</b>
<b>TOTAL REGIÓN</b>	<b>281.325</b>	<b>168.863</b>	<b>112.462</b>

**Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE -**

En el Bajo Cauca hacen presencia varios grupos étnicos, principalmente afrodescendientes y comunidades indígenas. Según la Gobernación de Antioquia en sus lineamientos para el orden territorial, en 2010, la población indígena llegó a un total de 28.192 personas, correspondiendo que 6.295 de éstas, se ubicaban en la región del Bajo Cauca. (Gobernación de Antioquia et al, 2010). La principal Etnia indígena que habita en el Bajo Cauca corresponde a la etnia Zenú.

En Antioquia un total de 593.726 personas se reconocen como afro, lo que lo convierte en el segundo departamento del país con mayor población afrodescendiente, después del Valle del Cauca. En el Bajo Cauca 42.443 personas se reconocen como afrodescendientes (Gobernación de Antioquia, 2012).

En relación a variables socioeconómicas, se observa una disparidad muy llamativa en el Bajo Cauca en relación a la comparación entre tasas de desempleo y de necesidades básicas insatisfechas (NBI). Para el 2011, en el Bajo Cauca se presentó una tasa de desempleo del 4,9; pero para el mismo año, la proporción total de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) fue del 58,95%, (50,57 en las cabeceras y 71,44 en el resto), muy por encima del NBI en Antioquia, que ese año alcanzó el 22,96% (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2012). O sea, menos desempleo, pero sin repercusiones positivas en la economía de las personas.

Como ya se mencionó, la explotación aurífera ha estado intrínsecamente ligada a la configuración económica, social y cultural de los municipios del Bajo Cauca, y por lo tanto,

también a la configuración del conflicto armado en la región. Ya en la década del 50, al Bajo Cauca llegaron personas provenientes del departamento de Bolívar y también de otros municipios de Antioquia, huyendo de la violencia bipartidista, y otros además, en busca de fortunas en la llamada *fiebre del oro* (García, 1993).

La explotación del oro empezó a darse entonces de forma artesanal, convirtiéndose en el sustento de muchas familias hasta la actualidad; sin embargo, posteriormente con la llegada de distintas empresas trasnacionales y nacionales, se inició la actividad minera a mediana y gran escala.

A estos fenómenos, se sumó recientemente la participación de distintos grupos armados ilegales en la actividad minera, los cuales, buscando obtener rentas de la misma para financiar sus proyectos, cada vez se hicieron a más territorios ricos en el mineral, iniciaron la extracción del mismo para su posterior comercialización, y también implementaron la estrategia del cobro de vacunas a quienes explotaran el oro en los territorios sobre los que se daba su control (Instituto popular de capacitación, 2012)

Es esta última dinámica, que teniendo en cuenta el aumento espectacular del precio del oro desde mediados de la década pasada, ha dinamizado de forma importante la forma como se ha presentado el conflicto armado en la región desde entonces.

Así por ejemplo, de acuerdo con la Agencia de Prensa del Instituto Popular de Capacitación (ICP), el 80% de las unidades mineras que operaban en el departamento de Antioquia para el 2011, no poseían título minero; y aunque muchas correspondieran a minería informal no relacionada con los grupos armados, un tanto importante si podrían estar vinculados con los mismos (Fundación Ideas para la Paz, 2011).

Para ejemplificar el vínculo entre minería y financiación de grupos armados ilegales, un estudio de EAFIT y Proantioquia publicado en abril de 2012, calculó que en “el pago de vacunas para la utilización de maquinaria, los grupos armados ilegales estarían recibiendo mensualmente entre 650 y 3.450 millones de pesos, cifra que representaría entre el 20% y el 70% del PIB minero” (Ramírez, 2012) (Fundación Ideas para la Paz. Área de dinámicas del conflicto y negociaciones de paz unidad de análisis ‘siguiendo el conflicto’ 2014).

El Bajo cauca antioqueño también tiene una ubicación geográfica privilegiada, que permite la conexión del interior del país con la costa Caribe, lo que además de permitir un importante intercambio económico y flujo de personas, es utilizado por los grupos armados ilegales vinculados con el negocio del narcotráfico, para optimizar las actividades relacionadas con la producción, la distribución y la comercialización de cocaína; entre estos grupos figurando principalmente los paramilitares, y actual mente las BACRIM. (Sierra 2011; Fundación Ideas para la Paz. Área de dinámicas del conflicto y negociaciones de paz unidad de análisis ‘siguiendo el conflicto’ 2014).



## **2.1.4. Grupos armados ilegales en la región del Bajo Cauca.**

Se podría decir que en la región del bajo cauca se han dibujado a perfección los matices principales que han caracterizado la guerra en Colombia en los últimos 20 años: confluencia de múltiples actores armados ilegales en disputa del control territorial para aprovechamiento del mismo ya sea a través del manejo de los recursos naturales y/o realización de actividades ilícitas (principalmente los relacionados con la producción y comercialización de cocaína), la pobre capacidad del Estado para garantizar el monopolio sobre la fuerza y la reproducción de condiciones de vida dignas para la población, la utilización de estas deficiencias estatales por parte de los grupos ilegales para permear sectores amplios de la población, y finalmente la participación directa del estado en el agravamiento del conflicto ya no sólo por sus deficiencias, sino también por aliarse con uno de los bandos en disputa. Multiplicidad de actores, ya en diferentes órdenes de tiempo, han hecho parte del conflicto armado en la región del bajo cauca. Comenzando por grupos ya desaparecidos como el EPL (Ejército de liberación popular), hasta las recién surgidas BACRIM (bandas criminales), todos los grupos armados ilegales relevantes han hecho parte del panorama de la guerra en el bajo cauca (Observatorio del programa presidencial de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2006).

### **2.1.4.1. Las Guerrillas en el Bajo Cauca**

#### **Ejército de Liberación Nacional (ELN)**

El Ejército de Liberación Nacional llegó al Bajo Cauca a finales de los sesenta, con el propósito de detener la explotación minera realizada en la zona por parte de las grandes empresas. Igualmente el ELN se interesó por la cuestión de la distribución de la tierra, y así realizó propuestas para mejorar este aspecto. (Observatorio del programa presidencial de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2006).

En la actualidad, debido a la lucha llevada a cabo por esta guerrilla en contra del Ejército Colombiano y la sostenida con las AUC (autodefensas unidas de Colombia) en los noventa, su presencia se ha visto bastante mermada en la región, y de acuerdo a información obtenida por la defensoría del pueblo y la Unidad de Análisis “Siguiendo el conflicto”, en el Bajo Cauca se encontraban activos sólo dos frentes para el año 2012. (Observatorio del programa presidencial de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2006).

#### **Ejército Popular de Liberación (EPL)**

El Ejército Popular de Liberación (EPL) no existe actualmente en el país como organización guerrillera, luego de su proceso de desmovilización en 1991. En el Bajo Cauca, hizo presencia desde inicios de los ochenta, hasta la época de su desmovilización. Tuvo como epicentro al municipio de Caucasia, y allí realizó varias acciones con el campesinado a favor de la toma de tierras. (Fundación Ideas para la Paz. Área de dinámicas del conflicto y negociaciones de paz unidad de análisis ‘siguiendo el conflicto’ 2014)

## Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC)

Las FARC son en la actualidad el grupo guerrillero de mayor influencia en la región, que a través del Bloque Iván Ríos con el frente 36 y 18, así como con la Columna Móvil Mario Vélez, está presentes en todos los municipios del Bajo Cauca, principalmente en las áreas rurales del mismo, y especialmente en el municipio de Tarazá. Desde su llegada a comienzos de la década del setenta, esta organización inició la ocupación de zonas que en otro momento estuvieron bajo el dominio de otras guerrillas, como el ELN, y posteriormente extendió sus alcances al realizar alianzas con otras organizaciones también guerrilleras, e incluso con grupos paramilitares, y en la actualidad también con las BACRIM. Igualmente para su supervivencia, esta guerrilla ha incursionado en el negocio de la producción de cocaína, el cobro de vacunas, y la explotación del oro de manera ilegal. (Observatorio del programa presidencial de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2006).

Es llamativo cómo se han articulado los distintos actores en la región, para sobrevivir y sacar réditos del negocio de la cocaína. Mientras las guerrillas presentes se encargan en las zonas rurales de sembrar la coca y procesarla los paramilitares en su momento y actualmente las BACRIM, comercializan la misma en las zonas urbanas, o la exportan al exterior. (Observatorio del programa presidencial de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2006)

### 2.1.4.2. Los Grupos Paramilitares

La llegada del paramilitarismo a la región del bajo cauca se dio dos décadas después de la llegada del ELN a la zona, y se dio a través de la forma de grupos de autodefensas, provenientes principalmente de municipios aledaños del magdalena medio. La posterior consolidación una década después de tales grupos en la región, se vería también asociada a un fenómeno casi de “importación” de la violencia, en este caso proveniente del departamento de Córdoba y del Urabá. La llegada de estos grupos parece que obedeció inicialmente al planteamiento de una lucha anti insurgente, pero que fue mucho más allá y terminó por comprometer el exterminio de grupos políticos de izquierda, la persecución y criminalización de organizaciones defensoras de los derechos humanos y sindicales, y la búsqueda del control territorial para el logro de ganancias a través del negocio de la coca y la explotación del oro (Observatorio del programa presidencial de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2006).

La llegada de los paramilitares al bajo Cauca puede caracterizarse en dos momentos decisivos: primero, la incursión en la década de los ochenta del grupo *Muerte a Revolucionarios del Nordeste* (MRN) que llegó desde el Magdalena Medio, y en segundo término, la instauración de las Autodefensas Unidas de Córdoba y Urabá (Accu) a partir de 1996.

El MRN, en su afán por detener el avance de la Unión Patriótica inicialmente en Segovia, y su extensión al Bajo Cauca y Córdoba, realizó una serie de asesinatos selectivos y masacres, que le aseguraron el control de la zona. En este primer momento, los propósitos obedecían al parecer a restaurar el control político e ideológico de la zona; sin embargo, con la incursión de las Accu, a mediados de los noventa, la violencia ejercida no tuvo sólo

por objetivo consolidar un proyecto antiinsurgente, sino además, sentar las bases para erigir y fortalecer el floreciente negocio de la producción y comercialización de la cocaína, a través de asegurar un control territorial casi que total, y resguardar las rutas de transporte y los puertos de exportación del alcaloide, creando un corredor que “comunicara las regiones de Urabá, Bajo Cauca, sur de Bolívar y Catatumbo, para así tener dominio sobre el norte del país” (Observatorio del programa presidencial de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2006).

### **Bloque Mineros**

El Bloque Mineros, bajo el mando de Ramiro Vanoy alias ‘Cuco Vanoy’, fue el encargado de consolidar a las AUC en la región. Este bloque surgió en Tarazá, siempre ligado a las actividades de producción y comercialización de la Cocaína, y posteriormente se extendió a la zona rural de Cáceres, Valdivia, Briceño, Ituango y Anorí (Observatorio del programa presidencial de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2006).

Además del negocio de la Coca, este Bloque paramilitar también se financió de la explotación minera en El Bagre y Zaragoza.

Este Bloque fue el principal responsable de las masacres cometidas en el municipio de Ituango en La Granja y El Aro, y en el total de su accionar desde sus inicios hasta el año 2006, momento en que se desmovilizaron, según los datos oficiales de Justicia Y paz, cuentan a su haber un total de 7.136 víctimas, de las cuales 1.200 son desaparecidos (\*). Además de realizar múltiples procesos de desplazamiento forzado, reclutamiento de menores, y desaparición forzada. (Observatorio del programa presidencial de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2006).

Como ya dijimos, su desmovilización se dio en el año 2006, el 20 de Enero, en una finca de Tarazá, en donde 2.798 combatientes entregaron 1.432 armas (Observatorio del programa presidencial de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2006).

### **Bloque Central Bolívar**

Luego que el bloque Mineros iniciara la consolidación de las AUC en el Bajo Cauca, el Bloque Central Bolívar (BCB) finalizó esta tarea. El BCB nació de las Accu,(98) donde confluían los pequeños grupos de autodefensa que existían en el Bajo Cauca y el norte de Antioquia, y que estaban bajo el mando de los hermanos Castaño.

Luego que las Accu lograran el control en el sur de Bolívar en el año 2000, dieron paso al surgimiento del BCB, el cual quedaría comandado por Carlos Mario Jiménez, conocido con el alias de ‘Macaco’, Rodrigo Pérez Alzate alias ‘Julián Bolívar’ e Iván Roberto Duque Escobar alias ‘Ernesto Báez’, y su función sería consolidar el dominio tanto en el Bajo

Cauca como en el sur de Bolívar. (Observatorio del programa presidencial de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2006).

El BCB también se financió del negocio de la Cocaína, la explotación del oro y el cobro de vacunas. Y en su accionar delictivo, para finales de 2011, existía un reporte de más de 14.000 víctimas. Este Bloque se desmovilizó gradualmente entre los años 2006 y 2006, y 7.603 hombres entregaron las armas. (Observatorio del programa presidencial de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2006)

#### **.2.1.4.3. Las Bandas Criminales**

Las llamadas Bandas Criminales (BACRIM) vienen a jugar el rol más importante en los últimos 8 años en relación a los procesos de violencia vividos en la región, ya que al ser el producto de la desmovilización de los grupos paramilitares imperantes en las últimas dos décadas, han venido a disputarse el control territorial ejercido por estos grupos extintos no sólo en las áreas rurales sino también en los cascos urbanos, y su modo de operar ha pasado a comprometer a otros sectores de la sociedad, por ejemplo no sólo limitando el cobro de vacunas a mineros informales, sino también a profesores, comerciantes y demás pobladores de la zona (InSight Crime, S.f.).

Al quedar un vacío de poder por así decirlo en la zona al desestructurarse los grupos paramilitares de antaño, las BACRIM vinieron a librar una disputa intensa y sangrienta entre las mismas, y contra las guerrillas presentes, que desencadenó una ola de violencia la cual se reflejó en el recrudecimiento de la guerra entre los años 2006 y 2010, y que sólo ha podido apaciguarse luego del establecimiento de alianzas y pactos entre los grupos sobrevivientes sobre cómo se distribuirían los territorios y el control sobre los mismos (InSight Crime, S.f.).

Las BACRIM operantes en el bajo cauca son Los Urabeños, Los Paisas y Los rastrojos, y en su pasado común tienen el ser producto directo de estructuras paramilitares que no entregaron las armas luego del proceso de desmovilización (InSight Crime, S.f.).

### **Los Urabeños**

Los Urabeños, conocidos también como Águilas Negras, son la Banda Criminal con mayor influencia en la Región del Bajo Cauca, y tienen presencia en la totalidad de los municipios de la región. Sus actividades se concentran en la comercialización de la cocaína, y el cobro de extorsiones a la minería informal.

Esta banda criminal es formada bajo el mando de Daniel Rendón Herrera alias 'Don Mario', quien aprovechando el vacío de poder dejado en la zona luego de la desmovilización de los líderes paramilitares Carlos Mario Jiménez y Ramiro Vanoy, y contando ya con el apoyo de combatientes provenientes del Bloque Centauros, instaura una lucha sangrienta contra reductos de las otras estructuras paramilitares presentes en la región. Esta lucha tuvo como otro importante actor a la banda criminal de Los Rastrojos, con la cual los Urabeños llegaron a un acuerdo de repartición de los territorios a principios del año 2012, disminuyéndose así la escalada de homicidios que se presentó en la zona desde el 2008. Los Urabeños quedaron entonces con el control del norte del País, contando aquí la región del Bajo Cauca, mientras los Rastrojos con el sur del país.

Luego de la captura de “Don Mario”, varios mandos medios de la organización han pasado a ocupar su lugar con el transcurrir de los años.

Para el mantenimiento de su dominio, los Urabeños además de llegar a acuerdos con otras BACRIM, también han establecido acuerdos con las FARC, y se han valido del control territorial para solidificar su posición. (Fundación Ideas para la Paz. Área de dinámicas del conflicto y negociaciones de paz unidad de análisis ‘siguiendo el conflicto’ 2014)

## **Los Paisas**

Esta Banda Criminal es también reconocida como La Banda de Sebastián, y se formó principalmente por reductos del Bloque Mineros. Presentó gran importancia en la zona, sin embargo actualmente no se registra actividad de la misma en el Bajo Cauca.

Su desaparición en la región, se debe a dos factores: la división surgida al interior de sus filas y en sus líderes; y los fuertes golpes recibidos por parte del Ejército Colombiano y de las otras BACRIM.

En el intento por sobrevivir, realizaron alianzas con los Urabeños y con las FARC, sin embargo las mismas no fueron suficientes para garantizar su permanencia en la región. (Fundación Ideas para la Paz. Área de dinámicas del conflicto y negociaciones de paz unidad de análisis ‘siguiendo el conflicto’ 2014).

## **Los Rastrojos**

Esta banda criminal, surgida con integrantes del desmovilizado Bloque Mineros y de combatientes provenientes de Nariño y el Norte del Valle, ejerció un importante control en los municipios de Cáceres y Tarazá, y en compañía de los Paisas, también fue de gran influencia en el municipio de Caucasia.

Sin embargo, luego de la lucha librada con Los Urabeños, sus estructuras se vieron debilitadas, y tras el acuerdo llegado en 2012 con el grupo en disputa, su accionar se vio relegado al sur del País. A pesar de este acuerdo, algunos combatientes se negaron al mismo, y se disolvieron de esta estructura con el fin de continuar la lucha por la zona, sin éxitos hasta el momento.

En la actualidad, los Rastrojos tienen influencia en Remedios y Segovia, y no ha llegado a abarcar el Bajo Cauca. (Fundación Ideas para la Paz. Área de dinámicas del conflicto y negociaciones de paz unidad de análisis ‘siguiendo el conflicto’ 2014).

### **2.1.5. Impacto humanitario del conflicto armado interno colombiano en la región del Bajo Cauca antioqueño**

Los diferentes informes surgidos de fuentes oficiales y de diferentes ONGs nacionales e internacionales, han recogido bajo este ítem las consecuencias del conflicto armado en la región en relación a la tasa de homicidios, el grado del desplazamiento forzado, el uso de menores en la guerra, el número de víctimas por minas antipersonal y la cantidad de secuestros y extorsiones.

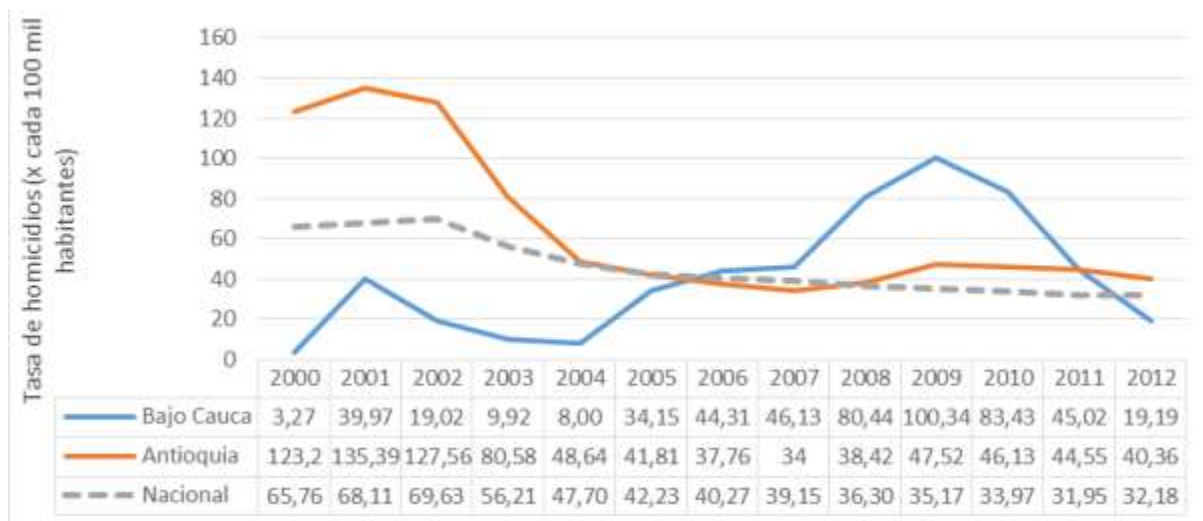
A pesar de evaluarse un número considerable de variables para reflejar la intensidad y el alcance de la guerra en la zona, principalmente a través de focalizarse sobre hechos muy concretos y por lo tanto más objetivables, se nota una insuficiencia en cuanto a focalizarse sobre aspectos más cualitativos y por lo tanto más dicentes de cómo los hechos mencionados han influido directamente sobre los pobladores de la región, sobre sus vidas y su forma de configuración como sociedad. Es así como por ejemplo no existe información de las fuentes mencionadas, que traten sobre aspectos relacionados con la calidad de vida o aspectos de la índole de la salud mental de las personas que habitan en el Bajo Cauca y que han padecido el rigor de la guerra. Este trabajo intenta por lo tanto cambiar la mirada y dirigirla parcialmente sobre ese territorio hasta ahora inexplorado

A continuación, sólo analizaremos la tasa de homicidios presentada, y el comportamiento del desplazamiento forzado, en tanto son los que mejor ilustran el impacto humanitario en la región, en relación a las otras variables mencionadas.

#### **2.1.5.1. Tasa de homicidios en el Bajo Cauca en el período 2000 – 2012.**

Los homicidios en el bajo cauca han comprometido a población tanto rural como urbana, y en el caso del municipio de Caucasia, durante el periodo comprendido entre 2006 y 2010, los mismos se presentaron principalmente sobre el último tipo de población. Durante el periodo entre 2000 y 2005, según los datos arrojados, la tasa de homicidios estuvo por debajo del promedio nacional y del resto del departamento de Antioquia, sin embargo desde el 2006 hasta el 2011, este indicador aumentó significativamente, y superó con creces el promedio nacional y el del resto del departamento de Antioquia durante el mismo periodo. Esto último coincidiendo con el inicio de la disputa entre las BACRIM luego del proceso de desmovilización llevado a cabo por los grupos paramilitares. Finalmente en el año 2012 la tasa de homicidios vuelve a caer por debajo del promedio nacional y del resto del departamento de Antioquia, posibilitado por el “apaciguamiento” de la guerra en la zona luego que se establecieron diversos nexos entre los grupos en disputa (Fundación Ideas para la Paz. Área de dinámicas del conflicto y negociaciones de paz unidad de análisis ‘siguiendo el conflicto’ 2014) (Ver gráfica No. 1).

#### **Gráfica 1. Tasa de homicidios en Bajo Cauca, Antioquia y a nivel nacional 2000-2012**



**Fuente: Policía Nacional**

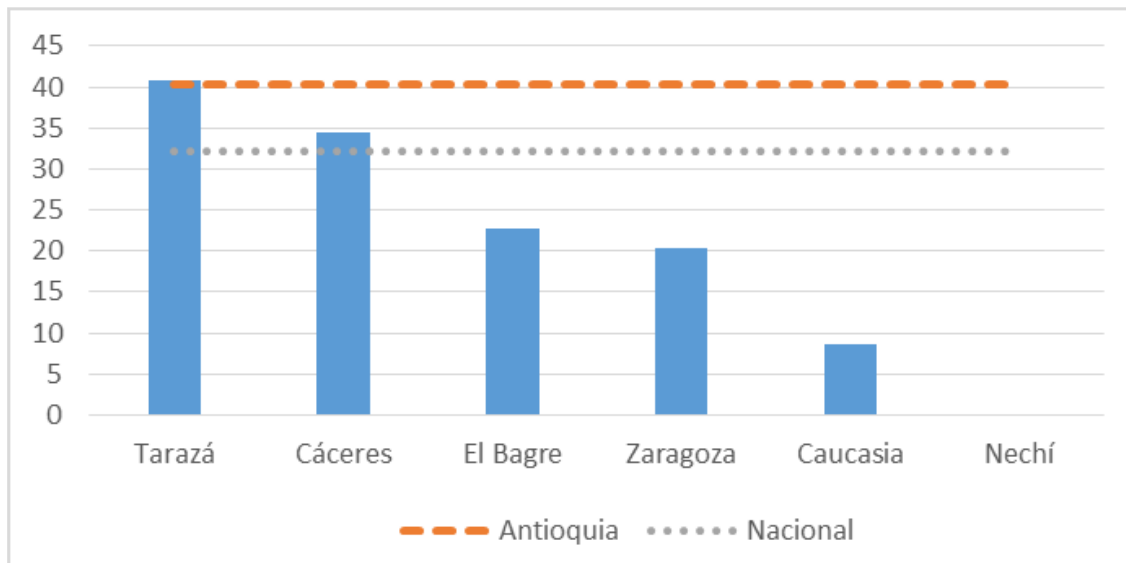
En el Bajo Cauca se cuantificaron 1.366 homicidios entre 2000 y 2012. La tasa de homicidios por cada cien mil habitantes (hpch) de la región presentó un comportamiento acorde con el proceso de consolidación del proyecto paramilitar en la región, la posterior desmovilización de sus estructuras, y la lucha acaecida entre los reductos de las mismas por el territorio y el dominio. Así, entre 2000 y 2005 los homicidios en la zona estuvieron por debajo del promedio Departamental y Nacional, coincidiendo con el poderío ejercido por el Bloque central Bolívar y el Bloque mineros en los 6 municipios. (ver Gráfica 2). (Fundación Ideas para la Paz. Área de dinámicas del conflicto y negociaciones de paz unidad de análisis ‘siguiendo el conflicto’ 2014).

Sin embargo, con el inicio del proceso de desmovilización de las estructuras paramilitares en el año 2005, se presenta un aumento progresivo en los homicidios en la región, que llegó a su cúspide en el año 2009, y superando con creces el promedio nacional, cuando se acrecentó aún más el vacío de poder en la región luego de la extradición de varios ex comandantes paramilitares. (Fundación Ideas para la Paz. Área de dinámicas del conflicto y negociaciones de paz unidad de análisis ‘siguiendo el conflicto’ 2014).

Así por ejemplo, en el año 2009, los municipios de Cáceres, Tarazá y Caucasia, presentaron tasas de homicidios superiores a 100 hpch.

Ya desde el 2010, los homicidios en el Bajo Cauca iniciaron un descenso progresivo, reflejado en tasas por cada cien mil habitantes de 83, 4 en ese año, 45 en el 2011, y 19,2 en el 2012. Este comportamiento, es también comprensible si se relaciona con la consolidación progresiva que se dio de Los Urabeños en los distintos municipios, y finalmente con el acuerdo logrado entre esta estructura y Los Rastrojos en el año 2012. (ver Gráfica 1) (Fundación Ideas para la Paz. Área de dinámicas del conflicto y negociaciones de paz unidad de análisis ‘siguiendo el conflicto’ 2014)

En este periodo de tiempo, los homicidios se presentaron de manera diferencial de acuerdo a los municipios afectados, tal como se ilustra en la gráfica 2.

**Gráfica 2. Tasa de homicidios en Bajo Cauca por municipio 2012\***

**Fuente: *Policía Nacional***

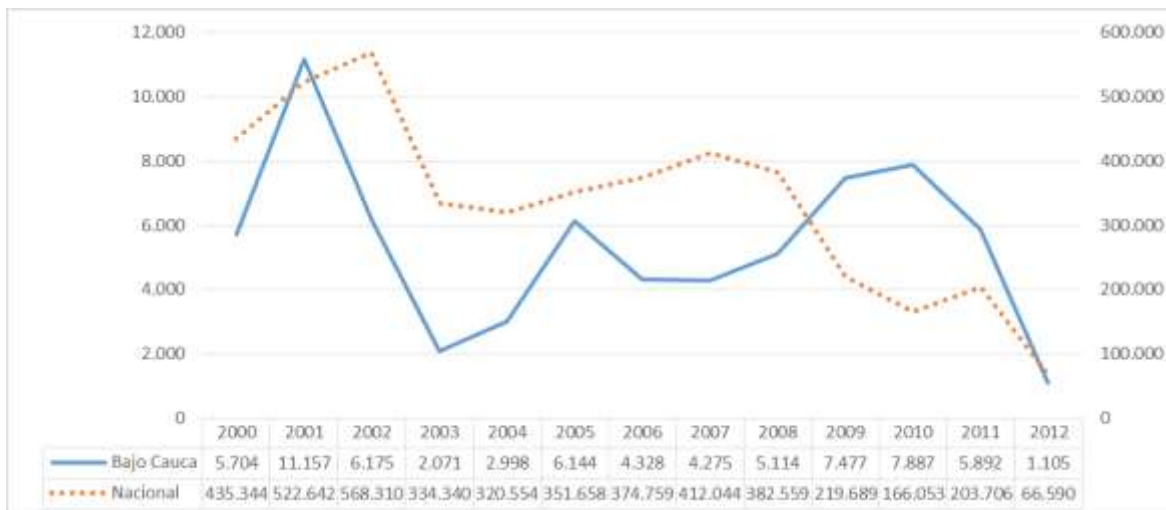
\*La línea punteada en naranja indica la tasa de homicidios de Antioquia para el año 2012, y la línea punteada en gris indica la tasa de homicidios nacional para ese mismo año.



### 2.1.5.2. Desplazamiento Forzado.

El número de personas desplazadas en la región del bajo cauca también da luces sobre la dinámica del conflicto armado en la región y sus consecuencias, y en mejor medida logra este objetivo por sobre el resto de indicadores analizados, incluso la tasa de homicidios, ya que refleja cómo la guerra en la región, y posiblemente en todo el país, es una disputa por la tierra, en donde no sólo se busca por parte de los grupos armados ilegales el logro de los beneficios derivados del control de los recursos y del negocio de la coca, sino donde también se han articulado intereses de poderes económicos nacionales e internacionales en búsqueda de suelo para la extracción de minerales y la explotación de los mismos. Así por ejemplo, mientras las tasa de homicidios durante el año 2001 para la región estuvo por debajo del promedio nacional, el indicador concerniente al número de personas desplazadas en el bajo cauca siguió la tendencia nacional en cuanto a este mismo indicador, coincidiendo con el establecimiento de los grupos paramilitares en la zona y el inicio de su mayor ofensiva por el control. Igualmente el número de personas desplazadas en la zona vuelve a presentar un pico en el año 2005, coincidiendo con el inicio de las disputas de las BACRIM antes mencionado, y a la par de la tendencia nacional; pero finalmente en el año 2010, a diferencia de lo acontecido a nivel nacional, y reflejando las particularidades tomadas por la guerra en esta zona del país, el número de personas desplazadas logra su segunda mayor cantidad en el periodo 2000-2012, en el contexto de un establecimiento de las BACRIM en la zona, y permitiendo concluir que el “apaciguamiento” antes mencionado iniciado desde el 2010, es sólo un aspecto superficial que esconde que el verdadero objetivo es la tierra. (Ver gráfica 3) (Fundación Ideas para la Paz. Área de dinámicas del conflicto y negociaciones de paz unidad de análisis ‘siguiendo el conflicto’ 2014).

**Gráfica 3. Desplazamiento forzado en Bajo Cauca y a nivel nacional 2000-2012**



**Fuente: Sipod y Registro Único de Víctimas (RUV)**

El comportamiento del desplazamiento forzado en la región del Bajo Cauca también es comprensible en relación a la consolidación del proyecto paramilitar entre los años 2000 a 2005, el posterior inicio del proceso de desmovilización, y luego la lucha iniciada entre las BACRIM, con la finalización de la misma en el 2012; sin embargo, también aquí debe tenerse en cuenta, a diferencia con lo sucedido en relación a los homicidios, que lo sucedido con el auge de la explotación minera del oro, llevó a un nuevo recrudecimiento del desplazamiento forzado, en donde de nuevo cobró vital importancia el despojar a las personas de sus tierras para someterlas al negocio minero.

Así, entre el 2000 y el 2012, fueron desplazadas de manera forzada 70.327 personas en la región. En el año 2001, se presentó el mayor número de desplazados, obedeciendo a los enfrentamientos dados entre guerrillas y paramilitares (ver Gráfica 3) (Defensoría del Pueblo Regional Antioquia, 2011; Fundación Ideas para la Paz. Área de dinámicas del conflicto y negociaciones de paz unidad de análisis ‘siguiendo el conflicto’ 2014).

En el 2005, con el inicio del proceso de desmovilización, se dio el segundo pico de desplazamiento forzado en la región, relacionado con la reconfiguración que se dio en el control de los territorios y las rutas para la puesta en marcha del negocio de la producción y comercialización de la coca

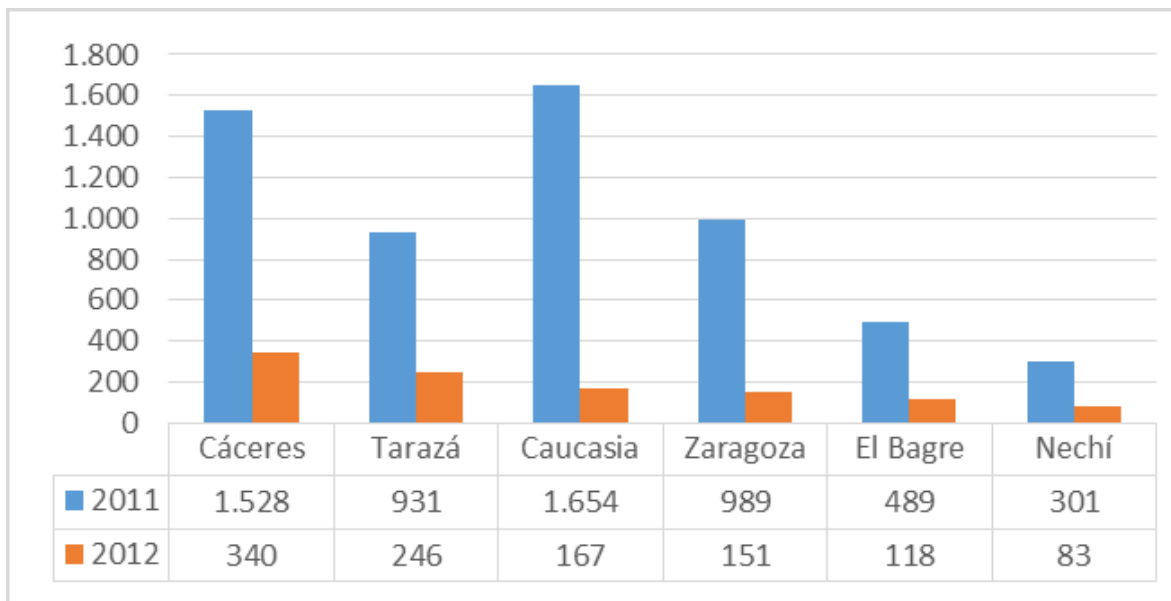
Luego, entre el 2009 y el 2010, de nuevo aumentó la cantidad de personas desplazadas de manera forzada, coincidente este fenómeno, con la disputa llevada a cabo por los

territorios entre los Urabeños y Los Rastrojos. Aquí, es llamativo que en el resto del país, ya se iniciaba el descenso del desplazamiento Forzado. (Echandía, 2013).

El desplazamiento forzado en la región, afectó a 5.892 personas en el año 2011, y en el año siguiente, a 1.105; lo que a pesar de representar una importante reducción, aún dio muestra de un mantenimiento de este fenómeno en la zona, relacionado de manera principal, con la lucha por el territorio ya no sólo para establecer en el mismo la dinámica de siembra de cultivos ilícitos, sino además por la existencia de recursos mineros en éste, y por lo tanto la subsecuente necesidad de apoderarse de los mismos. (Observatorio del programa presidencial de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario, 2006).

Finalmente, debe decirse que el fenómeno del desplazamiento forzado se dio de manera diferenciada en los distintos municipios, coincidiendo con los puntos más álgidos de los enfrentamientos entre las BACRIM.(Fundación Ideas para la Paz. Área de dinámicas del conflicto y negociaciones de paz unidad de análisis 'siguiendo el conflicto' 2014). (ver gráfica 4)

**Gráfica 4. Desplazamiento forzado en Bajo Cauca por municipio 2011-2012**



**Fuente: Sipod y Registro Único de Víctimas (RUV) .**

## **2.2. Objeto: la salud mental y los conflictos armados**

### **2.2.1. Conceptualizaciones generales en torno a la salud mental**

#### **2.2.1.1. La salud, la enfermedad, y los procesos críticos que les determinan**

Las razones y los modos en que las personas enferman, sanan, o mueren, son objeto de análisis a partir de diferentes perspectivas, expertas y tradicionales, en nuestros días como en tiempos pasados.

En la actualidad, son tres las perspectivas dominantes en el campo experto de la salud, para explicar tales realidades inherentes a la condición del ser humano: las explicaciones construidas desde los factores de riesgo, propias de la epidemiología clásica; la visión desde los determinantes sociales de la salud, surgida en el contexto del saber de la epidemiología social anglosajona; y su comprensión como resultado de procesos sociales protectores y destructivos en constante pugna, existentes en diferentes dominios de la realidad social y finalmente expresados por personas concretas, comprensión surgida en el marco de la epidemiología crítica, perteneciente al campo de la medicina social y salud colectiva latinoamericanas (Breilh, 1998; Krieger, 2001; Laurell, 1982).

Desde la perspectiva de la epidemiología crítica latinoamericana, Jaime Breilh emplea las categorías de subsunción y generación para indicar las relaciones de doble vía establecidas entre dominios sociales de lo general (las características de la sociedad en general), lo particular ( relativo a los modos de vida impuestos al sujeto en virtud de su pertenencia a ciertos grupos humanos) y lo singular ( expresado por el propio sujeto, a partir de los estilos de vida, el fenotipo, el genotipo, y sus concreciones biológicas y psicológicas ), y entre procesos críticos protectores y destructivos ubicados a lo largo de esos niveles e interrelacionados entre sí; todo ello enmarcaría la determinación del proceso salud – enfermedad – cuidado (Breilh, 1989, 2003).

Para el caso de Cauca, Antioquia, el conflicto armado interno impresiona desde lo teórico como un fuerte proceso destructivo de la salud mental individual y colectiva, junto con otros como las consecuencias sociales de la minería, entre otros. La exploración sobre dicha matriz de procesos críticos en torno a la salud mental, según lo expresado en sus narrativas por los habitantes de Cauca, hace parte central del presente estudio. En relación con lo anterior, el concepto de salud y que subyace a este trabajo es el propio de la salud colectiva, medicina social, y epidemiología crítica latinoamericana, tal como se ha explicado en los párrafos anteriores.

#### **2.2.1.2. La salud y la salud mental**

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud es entendida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 1946); desde la entrada en vigencia de ésta definición en 1948, y hasta la fecha, dicha definición oficial de salud permanece inalterada.

La misma OMS define que " la salud mental es el goce del grado máximo de salud que se puede lograr, es uno de los derechos fundamentales e inalienables del ser humano, sin distinción de raza, religión ideología política o condición económica y social"(Comité de Salud Mental de La OMS. Citado por: Organización Panamericana de la Salud / Universidad de Antioquia / Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2003).

En contextos de emergencia humanitaria, tales como los conflictos armados, el Comité Permanente entre Organismos (IASC) reconoce que las afectaciones de la salud mental son múltiples, y exceden el ámbito de lo individual y la perspectiva psicopatológica, adentrándose en los terrenos de alteración del bienestar tanto de las personas, como de la comunidad a la cual pertenece (Comité Permanente entre Organismos - IASC -, 2007).

Desde la Medicina Social Latinoamericana, autoras como Alicia Stolkiner definen la salud mental como "el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto y su realidad" (Campaña, 1995); así se asumió en este trabajo.

En el departamento de Antioquia, las autoridades sanitarias declararon que la salud mental se entendería como "la capacidad manifiesta del ser humano de identificarse como individuo dentro de una determinada sociedad o cultura, relacionándose objetiva y armoniosamente con el medio en el que participa, creando mayor bienestar para él y los demás y adquiriendo por ello un sentido para su existencia"(Organización Panamericana de la Salud / Universidad de Antioquia / Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2003) .

El Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia ha avalado la definición canadiense de salud mental según la cual ésta se entiende como " la capacidad de todas las personas y los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales para el logro de las metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común"(Organización Panamericana de la Salud / Universidad de Antioquia / Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2003).

La exploración de los equivalentes locales de salud mental manejados por personas y grupos humanos ubicados dentro de contextos temporo-espaciales específicos, afectados o no por conflictos armados, es tema de investigación abierto, al cual este estudio pretende contribuir. En una exploración de las 100 primeras referencias recuperadas en Google Académico académico, utilizando como palabras clave "salud mental AND caucasia" no fue encontrado ningún artículo que abordara la exploración de conceptos locales sobre salud mental.

### **2.2.2. Los conflictos armados y sus impactos sobre la salud mental**

### 2.2.2.1. En el ámbito internacional.

Según el Convenio de Ginebra, firmado en 1949, un conflicto armado es una confrontación que *“tiene lugar en el territorio de una Alta Parte contratante entre sus fuerzas armadas y fuerzas armadas disidentes o grupos armados organizados que, bajo la dirección de un mando responsable, ejerzan sobre una parte de dicho territorio un control tal que les permita realizar operaciones militares sostenidas y concertadas y aplicar el Protocolo de Ginebra”* (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2008); esa es la definición que se adoptó para efectos de éste trabajo.

Ha sido ampliamente reconocido el impacto negativo que los conflictos armados de diversa índole pueden llegar a tener sobre la salud mental de las personas que los vivencian. Son diversas las vertientes desde las cuales se han abordado dichos impactos, habitualmente privilegiando el conocimiento experto por sobre el popular a la hora de definir tales afectaciones. Esto es evidente en las revisiones de literatura sobre el tema a nivel mundial, pues la mayor parte de lo publicado corresponde a versiones sobre la afectación de las personas por la violencia masiva de los conflictos armados en términos de síntomas, síndromes y trastornos mentales. No obstante, también existe algún cuerpo de literatura emergente en que las vivencias subjetivas de las propias personas afectadas, y los impactos psicosociales no psicopatológicos, son el centro del análisis. Se dará cuenta a continuación del panorama hallado al respecto.

Desde una perspectiva de la psicopatología que puede producirse en las personas expuestas a los efectos de un conflicto armado, la literatura internacional reporta con mayor frecuencia la afectación de éste tipo de víctimas por trastornos de estrés postraumático y trastornos depresivos mayores; no obstante, resultan también frecuentes los reportes de afectación por otros trastornos de ansiedad, por trastornos relacionados con el uso indebido de alcohol y otras sustancias psicoactivas, y por múltiples quejas somáticas, solo en ocasiones sostenidas por traumatismos físicos sufridos en el marco de las confrontaciones armadas. (Davidson GR, 2008a; Mollica RF Poole C Tor S, 1998; Morina N, 2012; Steel Z Silove D Bird K McGorry P and Mohan P, 1999; Steel Z, 2009; Weinstein HM, 1996).

Numerosos autores describen que el tipo de victimización sufrida tiene relación con el tipo y magnitud de la sintomatología mental que posteriormente emerge en las personas afectadas.

Las manifestaciones somáticas son evidenciadas más frecuentemente en mujeres, y especialmente en aquellas que han sufrido fuertes traumatismos físicos en el marco de las hostilidades, han sido agredidas físicamente de alguna forma por los combatientes, han presenciado masacres o agresiones hacia otras personas, o han tenido que salir desplazadas forzosamente por amenazas (Schubert C; Punamaki R., 2011).

En general, se ha encontrado que la exposición a victimizaciones sexuales, así como a ser testigos de torturas y masacres, o quienes han recibido amenazas directas contra su vida, suelen tener posteriormente con mayor frecuencia y severidad síntomas de tipo depresivo y ansioso postraumático; igualmente, que las mujeres de toda edad son las más expuestas a victimizaciones sexuales durante las guerras, sin que se excluya la existencia de otros tipos de personas afectadas por ésta modalidad de victimización; así mismo, se ha descrito que son más frecuentes las ideaciones e intentos suicidas en víctimas de conflictos

armados con quejas somáticas previas (Bowes IT O’Gorman EC and Sayers A, 1991; Keller A, 2006; Lopes-Cardozo BL, 2005; Morina N, 2012; Priebe S, 2010; Schubert C; Punamaki R., 2011).

No obstante, también se han descrito algunos aspectos que pueden modular las manifestaciones adversas de la violencia masiva sobre sus víctimas, disminuyendo la afectación de su salud mental. Por ejemplo, suele ser menor la afectación por síntomas mentales en víctimas que logran encontrar reasentamientos seguros luego de un desplazamiento forzado, buenas calidad de vida posterior a la victimización sufrida, así como acceso a educación para las niñas, niños y adolescentes, y de trabajo digno para las personas adultas, que permita el sustento propio y de la familia a cargo (Davidson GR, 2008b; Montgomery E., 2011; Steel Z, 2009).

Dejando a un lado los trastornos psicopatológicos, también han sido documentados a nivel internacional como consecuencias del trauma derivado de un conflicto armado, algunas afectaciones vivenciales y psicosociales dadas por la aflicción, el miedo que se instaura en sujetos y comunidades como consecuencia de lo vivido, la desconfianza entre personas y grupos humanos, la desestructuración social de los órdenes preexistentes y pérdida de tradiciones culturales protectoras del bienestar y la salud mental, con emergencia posible de desorden social y violencia interpersonal secundaria (Rodríguez J, 2002) .

#### **2.2.2.2. En el ámbito nacional colombiano.**

De acuerdo con la ley 1448 de 2011, se entiende por víctimas del conflicto armado interno colombiano: *“aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1o de 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 interno. 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. A falta de estas, lo serán los que se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente. De la misma forma, se consideran víctimas las personas que hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización. La condición de víctima se adquiere con independencia de que se individualice, aprehenda, procese o condene al autor de la conducta punible y de la relación familiar que pueda existir entre el autor y la víctima”* (Congreso de la República de Colombia, 2011); ésta fue la definición conceptual que al respecto asumió éste trabajo.

Son pocos los estudios conducidos a la fecha dentro de zonas fuertemente afectadas por conflicto armado interno, en busca de los impactos emocionales y mentales que éste pueda estar teniendo sobre los pobladores civiles.

Las dificultades metodológicas que se plantean al realizar éste tipo de trabajos en zonas afectadas por dinámicas de guerra son muchas, lo mismo que los problemas éticos que se plantean ante la necesidad de investigar, pero a la vez, de no revictimizar y de proporcionar atención sanitaria antes que obtener datos útiles ante todo para el investigador que para las víctimas. Por todo lo anterior, se cuenta con evidencia fragmentada, sobre todo

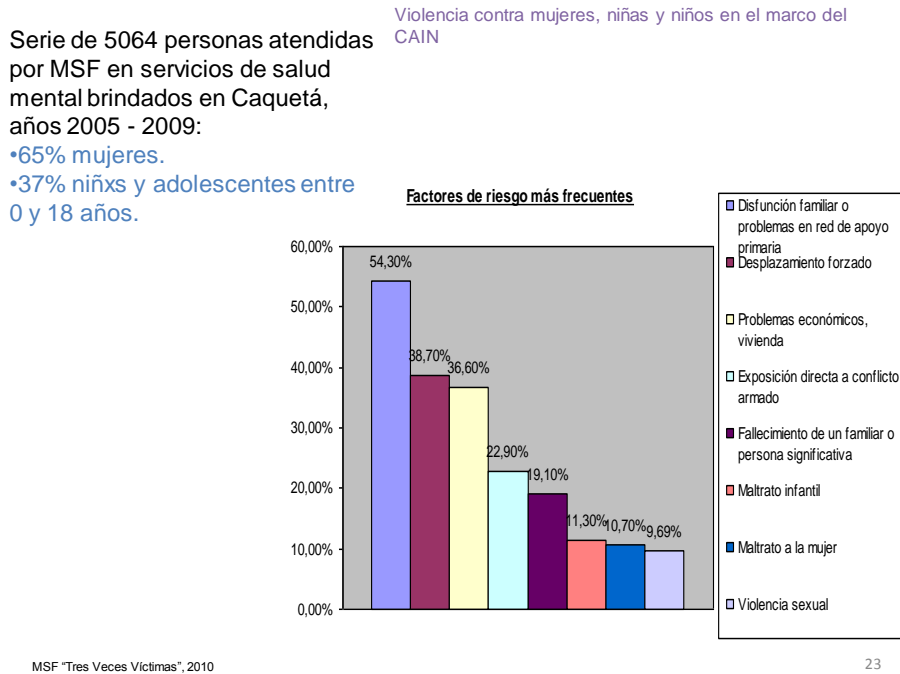
construida a partir de la exploración de poblaciones desplazadas o retornadas posteriormente a los sitios de donde fueron inicialmente expulsadas.

Uno de los pocos estudios que se ha dirigido al análisis de los impactos mentales de las dinámicas de guerra sobre las colombianas y colombianos que se encuentran viviendo en las zonas de confrontación fue presentado a la opinión pública el año pasado por una ONG internacional de ayuda humanitaria en salud, que analizó un total de 5.064 casos de personas atendidas por sus servicios especializados de salud mental dispuestos en el departamento de Caquetá durante cinco años. Se trata del estudio realizado a la fecha en la más grande muestra clínica de personas sometidas al conflicto armado que se encuentra actualmente disponible en el país. Analizaremos ahora algunos de sus resultados principales (Médicos Sin Fronteras, 2010).

Independientemente del motivo de consulta, o el diagnóstico clínico efectuado a las personas consultantes, en el estudio de MSF se caracterizó la exposición de las personas a eventos directa e indirectamente relacionados con el conflicto armado interno, conceptualizados como “factores de riesgo” para la salud mental, con los resultados que se exponen a continuación (Médicos Sin Fronteras, 2010) (Ver Gráfica No. 5):



**Gráfica No. 5. Factores de riesgo para la salud mental en una serie de pacientes atendidos dentro de una zona fuertemente afectada por el conflicto armado interno colombiano, 2005 – 2009.**



**Fuente: Médicos Sin Fronteras, 2010.**

En cuanto a los efectos del conflicto armado interno sobre la salud mental de las personas, el estudio de Médicos Sin Fronteras permitió afirmar que el perfil epidemiológico identificado el departamento del Caquetá, una zona fuertemente afectada por el conflicto armado colombiano, construido con base en los diagnósticos clínicos de los consultantes, reflejaba con exactitud el típicamente descrito para las poblaciones civiles sometidas a una confrontación armadas, con las siguientes características (Médicos Sin Fronteras, 2010) (Ver Gráfico No. 6):

**Gráfica No 6. Diagnósticos Principales en una serie de pacientes atendidos por equipos de salud mental dentro de una zona fuertemente afectada por el conflicto armado interno colombiano, 2005 – 2009.**



**Fuente: Médicos Sin Fronteras, 2010.**

En la categoría “Otros diagnósticos”, y en los diez primeros lugares, se ubicaron diagnósticos clínicos claramente relacionados con las situaciones de guerra, tales como el Trastorno por estrés agudo (1.38%) y el Trastorno por Estrés postraumático (1.50%). No obstante, nótese que en esta población rural, sometida constantemente a los rigores del conflicto, pero atendida precozmente por los servicios de salud que realizaban en estudio, tales entidades clínicas ya consolidadas no se constituían en las más frecuentes, como si lo eran otras “reacciones normales ante sucesos altamente anormales” tales como los trastornos adaptativos, problemas relacionales, o personas que consultaron sin diagnósticos clínicos, simplemente en busca de apoyo y escucha ante su situación, como se mostró antes (Médicos Sin Fronteras, 2010) (Ver Tabla No 2).

**Tabla No. 2 Diagnósticos principales en el proyecto de salud mental de Caquetá, Colombia. 2005-2009.**

Diagnósticos principales en el proyecto de salud mental de Caquetá, Colombia. 2005 – 2009.

Tipo de diagnóstico	Principal (n)	%
Trastorno depresivo mayor, episodio único	574	11,33
Trastorno depresivo mayor recidivante	50	1,00
Trastorno bipolar	48	0,94
Otros trastornos del estado de ánimo	420	8,29
Trastorno por estrés agudo	70	1,38
Trastorno por estrés postraumático	76	1,50
Trastorno de pánico (angustia) con y sin agorafobia	15	0,29
Otros trastornos de la ansiedad	217	4,28
Trastorno adaptativo	946	18,70
Trastornos somatomorfos	16	0,31

Fuente: MSF, 2010.

Complementando lo anterior, la misma ONG Médicos Sin Fronteras publicó en el año 2013 otro estudio sobre salud mental en las poblaciones que atendió durante el año 2012 dentro de los territorios de: Cauca, Caquetá, Putumayo, y Nariño, tratándose en éste caso del reporte de una serie clínica conformada por 4.455 personas (Médicos sin Fronteras, 2013).

Este estudio no se centró en establecer diagnósticos psicopatológicos en las personas atendidas, sino en describir los síntomas que les llevaron a consultar. Al respecto, los síntomas más comunes fueron los de ansiedad y depresión, seguidos por aquellos de índole psicosomática y comportamental. En los registros de psicología, el humor triste se reportó para 38% de las personas consultantes; la preocupación constante en el 34%, y la ansiedad/estrés en un 29% (Médicos sin Fronteras, 2013).

Cabe resaltar el hallazgo en torno a que la población que ha padecido la desaparición o el asesinato de un familiar tiene un riesgo cercano al de la población no expuesta a lo mismo, para desarrollar ideas/intenciones suicidas. En el caso de la población víctima del conflicto armado expuesta a violencia sexual, la propensión a las conductas suicidas fue 3.8 veces más alta que en población no expuesta (Médicos sin Fronteras, 2013).

Cuando se han empleado perspectivas más amplias que la biomédica para valorar la afectación de la salud mental por el conflicto armado interno, algunos autores han resaltado que deben tomarse en cuenta aquellas que aquejan al individuo en sí mismo, y las que alteran su contexto relacional y comunitario.

Entre las manifestaciones colectivas, se han mencionado para Colombia las afectaciones relativas a la inversión del sentido de las instituciones sociales, la alteración de los roles y reglas de juego tradicionales, junto con la instauración de un clima de incertidumbre en las comunidades. A nivel individual dicho clima de incertidumbre, junto con los efectos de las victimizaciones concretas, se manifiestan mediante diversos indicadores de sufrimiento

humano expresados en detrimento de la salud mental y el bienestar psicosocial, entre otras posibilidades (Corporación AVRE. 2010) .

Adicionalmente, no es posible separar con facilidad las manifestaciones de afectación en las esferas física y mental de las personas. Se ha recomendado que las intervenciones se dirijan no solo a mitigar el dolor y sufrimiento emocional de las personas afectadas, sino que busquen integrar acciones de atención primaria en salud, guiadas a evitar la aparición de trastornos mentales severos; así mismo, se reclama una relación dialógica entre las ciencias sociales y las biomédicas para la comprensión y abordaje de las afectaciones generadas en la salud mental por la exposición a violencia propia de las situaciones de conflicto armado interno, con sus específicos correlatos socio – políticos (Sánchez, R; Jaramillo, L. 1999; Castaño, B. S.f.).

No obstante, ésta perspectiva de abordaje sobre la afectación de la salud mental, más centrada en las experiencias y percepciones de las personas víctimas, y en las connotaciones socio – políticas de la victimización, que en la perspectiva de los expertos en salud mental y sus discursos técnicos, no es la dominante en la literatura científica nacional producida en torno al tema.

Este estudio pretende aportar construcción de conocimiento en esa última dirección, aproximándose a la percepción de su salud mental que tienen los habitantes de Cauca, e indagando sobre las apreciaciones que ellos mismos han construido en torno al papel jugado por el conflicto armado, en el marco de otros eventos, para el mantenimiento o deterioro de la salud mental, previamente entendida en sus propios términos.

### **2.2.2.3. En Antioquia, la región del Bajo Cauca antioqueño, y en Cauca.**

Ya se mencionó en una sección anterior de éste texto cómo en una exploración efectuada dentro de Google académico utilizando como palabras clave “salud mental AND Cauca” no se encontró ningún artículo que tratara sobre la definición de conceptos locales de salud mental en éste territorio; tampoco se obtuvieron resultados cuando se empleó como referente territorial de la búsqueda al “Bajo Cauca” antioqueño.

En cuanto a la afectación de la salud mental dentro de otros territorios campesinos antioqueños igualmente azolados por el conflicto armado, investigaciones recientes han mostrado como la habituación a ese tipo de conflicto armado interno prolongado propio de Colombia, y lo sorprendente de sus dinámicas, ha impuesto a las personas el reto cotidiano de reinventarse la existencia; en ese marco, el sufrimiento aparece en función de los significados particulares que cada sujeto le se asigna a los eventos padecidos, al margen de cualquier generalización posible; de la mano con el sufrimiento, las personas campesinas antioqueñas han dado muestras de resistencia individual y colectiva muy variadas, centradas en la sociabilidad, la muy clara delimitación de los escenarios público y privado para el transcurrir de la vida, las acciones asociativas y colectivas para protegerse de los embates de las dinámicas de la guerra, el fortalecimiento de las redes de apoyo familiar y vecinales, y la espiritualidad. Todo ello, propio del campo de la salud mental, e irreductible a las lecturas psicopatológicas (Arias – López. 2014, 2015).

## **2.3. Camino: aproximaciones a los fenómenos de salud y enfermedad mental**

### **2.3.1. La Medicina Narrativa**

La medicina narrativa es la manifestación práctica de la ética narrativa, a partir de allí se puede afirmar que tanto la medicina como la percepción de enfermedad o de salud que posea una persona, se basará en una configuración narrativa y lingüística predominante. La medicina expresa la aplicación de la ética narrativa a la relación médico paciente y a los problemas propios del campo sanitario. A través de las narraciones, la medicina narrativa pretende comprender a las personas en sus propios contextos, haciéndola el foco más importante de información para planear la intervención de sus cuestiones relativas al campo de la salud y la enfermedad; de éste modo, logra mejorar la comunicación entre sistema médico de ayuda y personas que reclaman atención en él, pudiéndose planificar opciones terapéuticas o de intervención en general que resulten más apropiadas para las características de las personas y sus contextos. Tiene así la tarea de recontextualizar la salud y la enfermedad en el marco del espacio relacional en que emergen (Lovecchio, 2009).

Desde la medicina narrativa se toman en cuenta de manera central las percepciones de salud y enfermedad que prevalecen en la comunidad, incorpora el contenido de las narrativas personales a la visión convencional sobre los problemas considerados como parte del campo de acción del médico, y se la considera una herramienta especialmente útil para mejorar la calidad de la atención médica (Larraguibel, 2009).

### **2.3.2. La Investigación Narrativa en Salud**

En los diseños narrativos, la persona investigadora recolecta información sobre la experiencia de determinadas personas en relación con un asunto en estudio perteneciente al ámbito del proceso salud – enfermedad – cuidado, resultando de interés tanto las personas en sí mismas como sus entornos (Salgado, 2007).

Si bien el modelo teórico y metodológico dominante a la fecha en el campo de la investigación en salud es el de la epidemiología clínica, y sus correlatos de la Medicina Basada en la Evidencia; es también cierto que cada día cobra mayor relevancia la inclusión de los aspectos subjetivos y contextuales, centrados en el propio sujeto y sus experiencias de salud y enfermedad, para guiar la toma de decisiones clínicas. Es en ese contexto que ha surgido la denominada Medicina Basada en Narrativas, impulsando en su seno la investigación narrativa en el campo de las ciencias médicas y de la salud (Hueso, 2006).

Lejos de tratarse de posturas que deban entrar en competencia, la Medicina Basada en Narrativa y la Medicina Basada en Evidencias están llamadas a complementarse, en aras de brindar la mejor atención posible a las personas que acuden a los servicios para la atención de sus asuntos de salud y enfermedad (Hueso, 2006).

Este trabajo pretende aportar en el sentido de la construcción de información narrativa útil para comprender mejor los asuntos pertenecientes al campo de la salud mental en

personas habitantes de territorios afectados por el conflicto armado interno colombiano, estimulando la construcción progresiva de un cuerpo de conocimiento integral sobre el tema, que permita brindar intervenciones en salud y enfermedad mental dirigidas a dichas poblaciones, con sensibilidad a sus propias percepciones de necesidad, convicciones, y puntos de vista.

### **2.3.3. Los enfoques Hermenéutico – Interpretativos**

La línea de investigación hermenéutica epistemológica que también puede ser denominarse interpretativa, se define generalmente en la metodología cualitativa; el interés por saber lleva a la comprensión para poder estar en sociedad, de lo que se sigue la construcción del sentido de la realidad partiendo de unas bases epistemológicas que encuentran su principal soporte en el desarrollo del conocimiento a partir de la hermenéutica.

La hermenéutica es un método que busca descubrir los significados de los fenómenos experimentados por los individuos a través del análisis de sus descripciones, para eso, se centra en la atención en la experiencia vivida de una persona y obtiene similitudes y significados compartidos. (Solano, 2006)

Para lograr esto, se asume que las personas experimentan el mundo a través del lenguaje, y por lo tanto, es a través del análisis del lenguaje, que se accederá a esas experiencias de las personas

Desde Gadamer, siguiendo la línea del conocimiento hermenéutico, es fundamental la construcción subjetiva y continua de aquello que le da sentido a la realidad que se investiga como un todo que se hace comprensible por la relación con ese todo y sus partes, ya que las partes se identifican entre si y en relación con el todo. De este modo el conocimiento se mueve a través de las postulaciones de sentido comunes que cambia en la interacción con la comprensión de nuevos postulados que según el contexto se van matizando con nuevos niveles de comprensión hasta formular postulados que trasciendan los prejuicio atreves de la anticipación de sentido estableciendo una comprensión del todo, ya que la comprensión del mundo y la realidad depende de cómo lo interpretamos (Gadamer, 1993).

Los elementos fundamentales que definen la hermenéutica como paradigma epistemológico, son ( Vargas, 2011):

- La realidad subjetiva.
- La implicación del sujeto en el objeto.
- La realidad como estructural y sistemática (cada parte en relación con el todo y entre sí).
- La realidad compleja.
- La realidad como interpretable.

Existen diferentes enfoques hermenéuticos, y entre estos, uno de los más influyentes y que será el utilizado en nuestro estudio, es el de Paul Ricoeur. La fenomenología

---

hermenéutica de Ricoeur es bastante particular, al considerar que el sujeto, es sujeto de experiencia, indicando que el mismo debe ser pensado en referencia al mundo, y no a su versión idealista. En tanto que las personas son sujetos de experiencias, y que ese mundo en el que participan es llevado al lenguaje, es a través de la pluralidad de lenguajes que se dará un índice de la pluralidad de experiencias. Ricoeur considera que la experiencia humana es múltiple, plural, y como tal tiene que ser considerada. (Domingo, 2001)

Ricoeur también considera que la imaginación, “es una forma en la que podemos hacer resistencia contra el dominio de la Razón devenida técnica”, y que también permite acercarnos y comunicarnos con otras comunidades y otras culturas.

Ricoeur también propone una “hermenéutica de la distancia”, en la que dice que lo que hace posible una interpretación, es el que exista una distancia entre el emisor y el receptor. El paradigma por lo tanto de esta hermenéutica es el análisis del texto, entendido el mismo como todo discurso fijado por la escritura. Según esta visión, el texto en cierta medida cobra vida, independencia respecto al autor, y a su vez, puede permitir la introducción del lector en el mismo, a través de la tarea interpretativa. (Cárdenas, 2015)

Finalmente debe decirse, que la importancia de aplicar los enfoques hermenéuticos-interpretativos en la investigación en el área de la salud, radica en que a través de los mismos, se evitaría la práctica muy extendida en este campo de reducir en fragmentos, en lo teórico, a las personas, tanto para su estudio como posterior intervención, y por el contrario, se generarían saberes que partiendo de las vivencias mismas expresadas por las personas, tomaran en cuenta las singularidades de cada sujeto, su integralidad, y permitieran entonces cuidados en salud más personales (Solano, 2006).





# 3.METODOLOGÍA

## **Tipo de Estudio:**

Se trata de un estudio cualitativo, de corte narrativo, enmarcado epistemológicamente en la fenomenología – hermenéutica de Paul Ricoeur, y teóricamente en los preceptos de la medicina narrativa (38) y la medicina social – salud colectiva latinoamericanas.

## **Período de estudio:**

Dado que se pretende analizar las narrativas sobre salud mental en habitantes de territorios colombianos fuertemente afectados por el conflicto armado interno, y su percepción sobre el lugar que ocupan en la estructuración de su salud mental los eventos derivados de ese conflicto armado, en el marco de otros eventos no relacionados, el período de estudio fue elegido de modo que incorporara desde el inicio del proceso de desmovilización de los grupos paramilitares presentes en la zona hasta la configuración del dominio por parte de las BACRIM, reflejando el periodo en que se presentó la segunda mayor escalada del conflicto en la región del bajo Cauca, y la principal ola de violencia en el municipio de Caucasia; abarcó narrativas sobre los años 2006 – 2015.

## **Población y muestra:**

La población estuvo constituida por la totalidad de las mujeres de Caucasia habitantes en dicho territorio, incluidas en las bases de datos estatales para reparación de víctimas. Se trabajó con una muestra no probabilística, de corte estructural y seleccionada a juicio, en el marco de la cual se eligieron los sujetos a entrevistar con base en su representatividad en el marco de los siguientes criterios conceptuales: (Ver Tabla 3)

**TABLA 3. Niveles Considerados para Asegurar la Heterogeneidad Estructural de la Muestra**

Niveles Considerados para Asegurar la Heterogeneidad Estructural de la Muestra		
Edad	Pertenencia étnica	Espacio
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adolescente</li> <li>- Adulta joven durante el período 2006 – 2010.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertenencia Étnica (indígena – afrocolombiana - otra)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habitante rural de Caucasia</li> <li>- Habitante de cabecera municipal Caucasia</li> <li>- Su residencia varió entre zona rural y cabecera municipal de Caucasia</li> </ul>
Elaborado a partir de: Mejía, J (2000) El muestreo en investigación cualitativa. Investigaciones sociales IV (5): 165 – 180.		

El tamaño de la muestra se definió según estrategia de saturación, y correspondió a 10 mujeres, representantes de la mayor variedad posible de parámetros estructurales incluidos en el cuadro anterior, de modo que se aseguró un mínimo de heterogeneidad. No fue posible conseguir la participación de una mujer de etnia indígena

Finalmente, se entrevistó un sujeto de sexo masculino, de etnia indígena, como estrategia para la confrontación de los datos.

### **Estrategias y técnicas para la recolección y procesamiento de la información:**

La información fue recolectada mediante la realización de entrevistas focalizadas, que tomaron en cuenta los siguientes tópicos para su desarrollo:

NUMERO DE ORDEN	TÓPICO	PREGUNTAS SUGERIDAS
1	Identificación y Condiciones de vida y de salud	<p>Actualmente, período 2011 – 2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuál es su nombre?</li> <li>- ¿Cuál es su edad?</li> <li>- ¿En qué parte de Caucasia vive?</li> <li>- ¿A qué se dedica?</li> <li>- ¿Con quién vive?</li> <li>- / ¿Estado Civil? / Percepción de pertenencia étnica / Sexo-género.</li> </ul> <p>Durante el período 2006 – 2010:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuál era su edad?</li> <li>- ¿En qué parte de Caucasia vivía?</li> <li>- ¿Cambió de sitio de residencia durante ese período?</li> <li>- ¿Con quién vivía?</li> <li>- ¿A qué se dedicaba?</li> <li>- ¿Cómo eran sus condiciones de vida?</li> <li>- ¿Cuáles eran sus condiciones de salud?</li> </ul>
2	Conceptos sobre salud y salud mental	<p>Actualmente, período 2011 - 2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Para Usted qué es la salud?</li> <li>- ¿Para Usted qué es la salud mental?</li> <li>- ¿De qué manera se relacionan, si lo hacen, la salud y la salud mental?</li> <li>- ¿Cómo considera Usted que es su salud actualmente? / ¿Cuáles son las razones para ello?</li> <li>- ¿Cómo considera Usted que es su salud mental actualmente? / ¿Cuáles son las razones para ello?</li> </ul>

		<p>En el período 2006 – 2010:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cómo considera que fue su salud en el período 2006 – 2010? /</li> <li>- ¿Cuáles fueron las razones para ello?</li> <li>- ¿Cómo considera que fue su salud mental en el período 2006 – 2010? / ¿Cuáles fueron las razones para ello?</li> </ul>
3	Percepción de procesos protectores y destructivos de la salud mental.	<p>Actualmente, período 2011 - 2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles son los eventos-circunstancias-condiciones-procesos que usted considera están protegiendo actualmente su salud mental // que le están ayudando actualmente a tener mejor salud mental?</li> <li>- ¿Cuáles son los eventos-circunstancias-condiciones-procesos que usted considera están destruyendo – deteriorando actualmente su salud mental // que le están haciendo tener peor salud mental en éste momento?</li> </ul> <p>En el período 2006 – 2010:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles son los eventos-circunstancias-condiciones-procesos que usted considera protegieron su salud mental en ese período // que le ayudaron a tener mejor salud mental en ese período?</li> <li>- ¿Cuáles son los eventos-circunstancias-condiciones-procesos que usted considera destruyeron – deterioraron su salud mental en ese período// que le están hicieron tener mala salud mental en ese momento?</li> </ul>
4	Papel de los eventos relacionados con las dinámicas del conflicto armado interno en el marco de otros eventos, en las narrativas sobre procesos protectores y	<p>Actualmente, período 2011 - 2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles son los eventos-circunstancias-condiciones-procesos que usted considera más importantes para proteger actualmente su salud mental? ¿Por qué?</li> <li>- ¿Cuáles son los eventos-circunstancias-condiciones-procesos que usted considera</li> </ul>

	deteriorantes de su salud mental.	más importantes para que en la actualidad su salud mental se deteriore? // ¿Por qué?
5	Establecer el papel que otros eventos no relacionados con las dinámicas del conflicto armado interno juegan en el marco de las narrativas sobre procesos protectores y deteriorantes de su salud mental, elaboradas por mujeres víctimas del conflicto armado habitantes de Caucasia durante el período 2006 – 2010.	<p>En el período 2006 – 2010:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles fueron los eventos-circunstancias-condiciones-procesos que usted considera fueron más importantes en ese período para proteger su salud mental? ¿Por qué?</li> <li>- ¿Cuáles fueron los eventos-circunstancias-condiciones-procesos que usted considera fueron más importantes en ese momento para que su salud mental se deteriorara? // ¿Por qué?</li> </ul>
6	Tópicos emergentes	¿Desea agregar algo más relacionado con el tema sobre el cual hemos estado hablando, que yo no le haya preguntado y Usted considere importante?

El entrevistador fue el investigador principal, un profesional en medicina, entrenado en técnicas de entrevista psiquiátrica; ese profesional realizó la totalidad de las entrevistas para asegurar homogeneidad en los procedimientos de toma de la información.

Las entrevistas fueron grabadas, y posteriormente transcritas línea a línea. El entrevistador adicionalmente tomó notas diferidas sobre sus impresiones y demás aspectos que consideró relevantes en relación con cada entrevista. El entrevistador (investigador principal), revisó línea a línea las transcripciones realizadas por su asistente de investigación, con el fin de aumentar la consistencia interna del estudio. Igualmente, tanto el investigador principal como el coinvestigador (tutora) y los asistentes llevarán notas de campo que sirvan para apoyar el análisis de la información recabada con las entrevistas. El procesamiento de la información se hizo de manera manual.

**Estrategias y técnicas para el análisis de la información:**

Como se ha mencionado, el análisis de la información se hizo manualmente, siguiendo las técnicas propias del análisis narrativo de narrativas. Específicamente, se procedió a procesar la información transcrita a partir de las entrevistas realizadas, siguiendo los pasos descritos por Colazzi en 1978 para analizar información cualitativa desde una perspectiva hermenéutico- fenomenológica (ver anexo 1), asistiendo por matrices el proceso.

El análisis de la información fue realizado por uno de los participantes en la investigación (investigador principal), con revisión por otro (coinvestigador) con el fin de aumentar la consistencia interna del estudio.

### **Estrategias para asegurar el rigor de la investigación:**

De acuerdo con Gubba y Lincoln, los criterios que más se utilizan para establecer el rigor de una investigación cualitativa son los siguientes: 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 fueron asumidos para el presente estudio de la siguiente manera:

- **Dependencia o consistencia lógica:** es el grado en el cual diferentes investigadores que recolecten datos similares de campo y efectúen los mismos análisis generaran resultados similares. En éste estudio, tanto el investigador principal como una coinvestigadora revisaron de manera cruzada la transcripción y análisis de la información.
- **Credibilidad:** se logra cuando el investigador logra producir hallazgos que son reconocidos por los participantes como una aproximación verdadera a lo que ellos sienten y piensan. En el estudio en cuestión, se empleó la estrategia de validación cara a cara, junto con la toma de notas diferidas luego de las entrevistas, así como contrastación de las percepciones sobre transcripciones y análisis, realizados entre investigador principal y coinvestigadora; se emplearon además transcripciones textuales de las entrevistas para respaldar las interpretaciones realizadas .
- **Auditabilidad o Confirmabilidad:** es la posibilidad de que un tercer investigador pueda seguir la ruta de trazada por el investigador principal y su equipo. Serán llevadas notas de campo por todos los miembros del equipo de investigación con éste fin; del mismo modo, se grabaron las entrevistas, se llevaron notas diferidas de entrevista, y sobre ambas bases se revisaron por una segunda persona la fidelidad de las transcripciones ofrecidas para el análisis; todas las características de las personas participantes como entrevistados y sobre los contextos de estudio fueron documentados, discutidos, y registrados en las notas de campo.
- **Transferibilidad:** habla de la posibilidad de extender los resultados del estudio a otros contextos diferentes al estudiado, que se le asemejen. Para ello, se describieron las personas participantes y sus circunstancias, se tomó en cuenta la representatividad de los datos como un todo, y se indicó lo típico y atípico de las respuestas de las personas participantes.



## 4. ASPECTOS ÉTICOS

La actual investigación aunque valoró a través de un método de entrevista aspectos vivenciales y psicológicos de un número dado de sujetos, no buscó modificar ninguna de las variables biológicas, psíquicas o sociales de los mismos, y por lo tanto cumple los criterios de una investigación sin riesgo acorde con la normativa colombiana; y aunque según lo reglamentado en la resolución 008430 de 1993 no se hace indispensable el desarrollo y puesta en marcha de un consentimiento informado para llevar a cabo este tipo de investigaciones dado que se interactuó con mujeres víctimas del conflicto armado interno, y teniendo en cuenta los peligros y dificultades que conlleva tal condición en nuestro país, se realizó un consentimiento informado con cada uno de los sujetos que hicieron parte del estudio, en el que se cumplieron los ordenamientos presentados en el artículo 15 de la resolución ya mencionada. Igualmente, ya que en el estudio se pretendió trabajar exclusivamente con habitantes del municipio de Caucasia, se solicitó la aprobación por parte de la autoridad local pertinente, en este caso la oficina de desarrollo del municipio de Caucasia, para la puesta en marcha del estudio.

Finalmente en tanto la actual investigación abordó temas de gran sensibilidad y relevancia tanto para los investigadores como para los sujetos a entrevistar, se realizó la devolución de los hallazgos del proceso investigativo a los sujetos participantes, con esto mostrando a los mismos la importancia de su participación y buscando validación cara a cara de los resultados obtenidos.





## 5. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Respecto a las 10 mujeres entrevistada, fueron la mayoría adultas maduras, en unión libre, mestizas y chilapas<sup>3</sup>, residentes en el casco urbano del municipio pero algunas también provenientes del área rural, y que durante el periodo de estudio migraron internamente en el municipio (Ver anexo 2 y 3). También se entrevistó a un hombre, adulto mayor, indígena, residente del área rural, campesino, cuyas narrativas fueron utilizadas como estrategia de contrastación en relación con las narrativas obtenidas de las mujeres ya mencionadas. A continuación se presentarán los resultados analíticos de las entrevistas organizados temáticamente acordes a los objetivos propuestos.

### 5.1. Condiciones de vida y de salud en las narrativas de mujeres víctimas del conflicto armado en Caucaasia, Antioquia

La mayoría de mujeres entrevistadas reconocieron que sus condiciones de vida eran buenas de forma previa al hecho victimizante, y que posterior al mismo, casi siempre porque la persona desaparecida o asesinada jugara el rol de principal aportante económico familiar, estas condiciones empeoraron. Igualmente, en varios casos además de ésta pérdida mencionada, también se dio conjuntamente un proceso de desplazamiento forzado, con lo que las condiciones de vida logradas hasta ese momento, fueron malogradas. Los siguientes relatos ayudan a ilustrar lo mencionado:

*«Pues ni muy bueno ni muy malo. Pues como le digo yo viví muy bueno desde que el hermano estuvo viviendo pero desde que ya mataron al hermano mío a mí se me dañó todo porque, muchas veces aguantamos hambre, porque no alcanza pa la comida, porque hay veces que no tenemos pa la comida por la tarde porque hay veces que a él le va mal en el trabajo, que las deudas son pesadas, usted sabe que esas ventas ambulantes unas veces les va bien y otras veces no, y entonces no le alcanza a uno , uno tiene que pagar Jhonson pa cruzar al otro lado, pagar tres que uno tiene que pasar»* (fragmento tomado de entrevista E 2)

---

<sup>3</sup> En el contexto de Caucaasia se entiende por Chilapo a una persona proveniente del municipio de córdoba, Campesina, que se ha asentado a vivir en la zona antioqueña.

*«Vivíamos del monte, y nosotros nos tuvimos que bajar así de repente, dejar todo. (llanto).»* (Fragmento tomado de entrevista E 5)

*“Bien, bien. Vivíamos tranquilos, vivíamos en la casita...él tenía su ganadito, la finquita, y todo eso, pero al desplazarnos...”* (Fragmento tomado de la entrevista E6)

*“Muy mal, muy mal porque imagínese usted me ha tocado hacer lo que no hacía antes. Por mi esposo no me tocaba ser mantequera de nadie, y ahora sí; ahora sí me toca porque ajá, qué voy a hacer. De casarme otra vez, pa qué, ya no.”* (Fragmento tomado de la entrevista E6)

*“sí, uno dice que sí cambia porque de todas maneras, uno a veces tiene necesidades, cómo te digo, que él podía darle a uno lo que necesitaba y eso, cubrir esas necesidades a veces”* (Fragmento tomado de la entrevista E 8)

*“Umju, ya no hay mina grande que contraten trabajadores; y prácticamente no estamos aguantando hambre tampoco pero, porque él se va a barequear, se va con su matraca y llega por la tarde. Trae pa el diario pero no es como cuando trabajábamos los dos juntos porque había, pero ahora estamos los dos criseados”* (Fragmento tomado de la entrevista E 10)

De forma similar la mayoría de mujeres entrevistadas, narraron haber presentado en general un empeoramiento de sus condiciones de salud y de su salud mental luego del hecho victimizante, la mayoría permaneciendo con malas condiciones de salud y salud mental hasta la actualidad, mientras otras se recuperaron y actualmente expresan tener buenas condiciones de salud.

El empeoramiento de las condiciones de salud asociadas al hecho victimizante, se asoció principalmente al surgimiento de cambios emocionales a raíz del mismo y al surgimiento de múltiples preocupaciones e incertidumbres sobre lo acontecido y sobre las nuevas condiciones de vida a partir de entonces. También el empeoramiento de las condiciones de salud en algunos casos se asoció al clima de amenazas y violencia presentes en este periodo en el municipio.

*«Muy muy bien, vea que yo de eso pa acá vivo enferma de la presión, vivo muy enferma, muy enferma, esa presión me mantiene tan enferma, vea que hay veces que me agarra un dolor de cabeza que hasta me tienen que hospitalizar»* (Fragmento tomado de la entrevista E 6)

*“Mal, yo creo que hace que lo mataron a él no me he sentido bien de salud, mantengo enferma... y me hace mucha falta”* (Fragmento tomado de la entrevista E2)

*«Y que siento me ha marcado para toda la vida, el no saber qué hicieron con mi hijo, qué pasó con él. Y eso es lo que yo le pido a esta gente que de pronto me colaboren en esto, saber dónde quedó, qué hicieron con él. Hasta que*

*no lo encuentre no tengo paz en mi alma; en eso me ha marcado.»* (Fragmento tomado de la entrevista E 5)

*“Ah pues bien. Que tenía las ganas de salir bien, de caminar, y ahora camino y ya me duele la cadera, ya un poco deteriorada”* (Fragmento tomado de la entrevista E 10)

No se presentó ninguna diferencia significativa entre las narrativas ofrecidas por las mujeres entrevistadas, y las obtenidas por el hombre participante del estudio al respecto de este tópico

## **5.2. Conceptos sobre salud mental que circulan en las narrativas de mujeres víctimas del conflicto armado habitantes en el municipio de Caucasia, Antioquia**

La mayoría de personas entrevistadas en sus narrativas equipararon los conceptos de salud y salud mental, y las reconocieron de una forma amplia, como estado o condiciones de bienestar, y también como la ausencia de enfermedades, dolores o preocupaciones. Así, estas definiciones combinaron tanto un acercamiento a las mismas en positivo, el del bienestar y, un componente en negativo, el de ausencia de ciertas características consideradas perjudiciales.

*“Para mí es algo de salud, es un estado de estar uno bien, pues que no tenga uno enfermedades....que uno esté bien”* (Fragmento tomado de la entrevista E1)

*“Bueno la salud, es lo, lo más importante que debe tener un ser humano para desarrollar cualquier tipo de actividad, cualquier logro que vaya a tener en su vida, lo primordial pues que uno debe tener»* (Fragmento entrevista E 4)

*“Yo diría que la salud es como estar en buenas condiciones, o sea, tener una salud bien buena, una vida bien buena, no tener que sufrir uno tanto, pienso yo. Que no le duela a uno nada, no tenga que pensar tantas cosas, no tenga que sufrir tanto estrés, por tantas tristezas y tantas amarguras de todo”* (Fragmento tomado de la entrevista E 6)

*«La salud es, estar bien en lo personal, en lo laboral, en todo. Que uno se siente con ánimos de seguir luchando, es eso»* (Fragmento tomado entrevista E 10)

*“la salud mental es lo más importante para manejar todos los procesos y todas las situaciones que nosotros tengamos en nuestra vida, porque si nosotros no sabemos manejar una situación, va a crear un conflicto total en nuestra vida, en nuestro entorno familiar, en nuestro entorno social, todo”* (Fragmento tomado de la entrevista E4)

*“O sea, va más que todo mental con todo lo emocional; o sea, lo veo yo, lo emocional te afecte, y que de pronto te afecte tu salud”* (Fragmento tomado de la entrevista E 7)

*“La salud mental...como, pensar, analizar las cosas, desde otro punto”*  
(Fragmento tomado de la entrevista E 9)

*“para mí la salud mental es, que yo participe en algo, que me ponga a estudiar, todo eso, que va la mente desarrollándose. Ya”* (Fragmento tomado de la entrevista E 3)

En estas mismas mujeres, en las definiciones obtenidas de salud mental, se presentan de manera común y prioritaria las siguientes características: en primer lugar, la memoria, el habla coherente, el hacer y la búsqueda de sentido en la vida como componentes fundamentales de lo que es la adecuada salud mental. Esto posiblemente relacionado con la importancia para estas personas de recordar lo sucedido y no olvidarlo, contarlo coherentemente, transmitirlo a otros y querer seguir viviendo, en medio de un conflicto armado en donde precisamente perciben ha ocurrido lo contrario: los sucesos dados se han encontrado envueltos de incertidumbres, no se han reconocido completamente por el Estado, se han contado a medias, no se han dado medidas de no repetición, y los motivos para continuar viviendo cada vez se han tornado más precarios.

*“La salud mental.....digo yo que uno no esté loco (risas). Que uno se le olvidan las cosas y eso. Así estoy yo, porque a veces cuando uno va a hacer las cosas y no estoy pendiente y me asiento y se me olvida qué tengo en el fogón y se me quema”* (Fragmento tomado de la entrevista E 1)

*«No sé, la salud mental, es que será, yo no sé....tener uno como mucho sentido, ponerle sentido a las cosas, entender bien lo que le digan a uno...»* (Fragmento tomado de la entrevista E2)

*“No sé. No sé. Que lo que le digan a uno, uno tenerlo en la mente para grabarlo lo que le digan a uno, así, y eso lo tengo yo sino que hay veces que se me olvidan las cosas y no tengo buen sentido pa hablar, pero sí, sí se me graban las cosas y yo le pongo sentido a las cosas”* (Fragmento tomado de la entrevista E 2)

*“Sí, uno piensa que tiene que recordar bien lo que pasó, y no olvidarlo, perdonar pero no olvidar”* (fragmento tomado de la intervención de la participante de la entrevista E4 en reunión de devolución de resultados)

*«Sin embargo yo tengo ánimos de vivir y ganas de seguir viviendo»*  
(Fragmento tomado de la entrevista E 9)

*“Yo mi hijo no se me olvida, pero tampoco”* (Fragmento tomado de la entrevista E 9)

En segundo lugar, la salud mental se identifica como afectada de manera directa y primordial por los eventos y circunstancias relacionadas con el conflicto armado, y en menor medida, por otras dinámicas parcialmente dependientes del conflicto armado. En tercer lugar, de manera casi total se menciona que la salud mental al afectarse, ha de influir directamente en el empeoramiento de la salud física propia, y que en algunos casos esta afección podrá reflejarse en los otros y deteriorar la salud mental de éstos.

*“Yo digo que tanto pensar, las preocupaciones”* (Fragmento tomado de la entrevista E 1)

*“Yo me mantengo pensando, me desvelo por la noche, yo pienso mucho, yo como que no tengo tranquilidad, yo invito por ahí amigas, me voy a caminar pa distraerme porque si estoy en la casa estoy pensando cómo, mantengo no sé como con muchos pensamientos, no sé de qué o cómo pienso muchas cosas”* (Fragmento tomado de la entrevista E 2)

*“Sí porque si uno no está bien de mente, ni de salud, lógico que uno no está bien y no va a brindarles a los demás algo bueno. Así me siento yo”* (Fragmento tomado de la entrevista E 5)

*“Sí porque, yo reflejo lo que siento...por lo menos afecto a mis hijos, y al núcleo familiar, porque ya no soy la misma, no soy alegre. Yo me siento afectada”* (Fragmento tomado de la entrevista E 5)

*“Emocionalmente es la parte que de pronto más me ha afectado. Por todas las causas y por todos los hechos que han sucedido en mi familia. Eso es lo que de pronto más me ha llevado que a no tener esa salud mental que bien, ahí es donde veo que más me ha afectado”* (Fragmento tomado de la entrevista E 7)

*“Ahora, pues todavía no estoy loca tampoco (risas) ni tampoco se me ha perdido la memoria”* (Fragmento tomado de la entrevista E 9)

Finalmente el componente de la salud mental como ausencia de enfermedad mental o locura, también es reconocido en las definiciones dadas, pero nunca como única característica de lo que es la salud mental. Los siguientes son algunos de los fragmentos que ilustran lo mencionado:

*“Tener los 5 sentidos, no tener locura”* (Fragmento tomado de la entrevista E 6)

*«La salud mental, es... que uno no tenga...uno a veces piensa cosas, y eso lo llena de, de, de vacíos, de depresión, cualquier, esos son, digamos que pensar en eso.»* (Fragmento tomado de la entrevista E 8)

En este tópico, se presentó una diferencia entre las narrativas ofrecidas por las mujeres entrevistadas, y las ofrecidas por el hombre participante del estudio, la cual consistió en que en las narrativas de este último, se identificó como muestra de una adecuada salud mental, la capacidad de perdonar a los victimarios, mientras que en las narrativas de las mujeres esta posibilidad no se vio reflejada:

*“La salud mental? La salud mental es lo que uno piensa, me entiende, lo que uno piensa; a veces uno piensa, yo voy a coger a ese hombre y lo voy a matar y*

*hacer, lo voy a deshacer; no no no, eso no ha llegado a mi cabeza todavía. Eso no me ha llegado a mi cabeza, yo digo que si me toca de verlo y me dice que lo perdona yo lo perdono, yo estoy capacitado para eso, porque hay un Dios grande y poderoso, y uno tiene que creer en él”* (Fragmento tomado de la entrevista E c)

### **5.3. Narrativas sobre procesos percibidos como protectores y deteriorantes de su salud mental y salud general en mujeres víctimas del conflicto armado interno en Cauca, Antioquia**

*«Pues en la actualidad lo que me ha ayudado a mí con la salud mental será qué, mis hijos y mis nietos, porque ellos son los que están conmigo siempre, pendientes de mí, los dos hijos, los nietos siempre me acompañan, siempre están conmigo; qué tal que fuera sola, jum, en cambio los pechos siempre me distraen mucho, y ellos, ella ella, el hijo no porque el hijo trabaja, no tiene lugar, pero más sin embargo siempre se preocupa, pero la tengo a ella, que ella es, ella ve que me duele cualquier cosa y eso ella ahí mismo corre, si algo a prestar plata o ella alguna cosa hace pero, ella se preocupa mucho por mí»* (Fragmento tomado de la Entrevista E2).

*«Bueno. Mi salud mental, como le digo siempre la ha protegido mi familia. O sea mi familia es el eje central que no me ha dejado caer, que no me ha dejado desbocarme, es mi familia. Porque la familia es el eje central de todo, de la sociedad, de toda la vida»* (Fragmento Tomado entrevista E4)

Estos fragmentos ilustran lo expresado por casi la totalidad de mujeres entrevistadas, alrededor de que el apoyo emocional brindado por la familia y los amigos, movilizado en torno al hecho victimizante, aparece como el principal proceso protector de su salud mental. Debe agregarse que este apoyo también se ve reflejado en el soporte de ayudas materiales y económicas, de vital importancia en los casos en que el hecho victimizante implicó también Desplazamiento forzado y el empeoramiento de las condiciones económicas previas. También, la familia al proporcionar responsabilidades y sentido para continuar viviendo, poderosamente ayuda a proteger de forma prolongada la salud mental de estas personas.

En segundo término, el trabajo, es identificado casi de forma general por las mujeres entrevistadas como otro importante proceso protector, al proporcionar además de ingresos económicos, actividades a realizar que permiten organizar el tiempo de las personas, generan distracciones, y que permiten ampliar la red de amigos y conocidos. A continuación los siguientes fragmentos darán muestra de esto:

*«Bueno una de las cosas que de pronto, ... que en estos momentos tde que, que pasó muy ocupada, con la cuestión de mi trabajo, eso evita que, pensar cierto, en cosas que le han sucedido a uno; estar uno ocupado sería uno de los factores que me ayudan»* (Fragmento tomado de la entrevista E7)

*«Por eso, por eso fue que pues me fui pa el colegio. Me hice el compromiso con el colegio de ir a cocinar a los niños; uno ahí se relaja ajá, en cambio que en la casa uno ahí, y yo que mantengo sola, se le vienen distintos pensamiento a la mente, en cambio allá en el colegio con la bulla de los niños y eso, se relaja más»* (Fragmento tomado de la entrevista E 1)

*«Yo trabajaba en esas minas y me pagaban bien. Pagaban mejor que aquí en el pueblo, que aquí en el pueblo no le pagan...en las minas sí me pagaban bien, el patrón que yo tenía pagaba seiscientos el mes»*( Fragmento tomado de la entrevista E 3)

*«Sí, porque yo nunca he dejado de trabajar. Yo aunque mi hijo estaba perdido yo seguí trabajando, común y corriente porque me tocaba, ese era mi trabajo»* (Fragmento tomado de la entrevista E 5)

En algunos casos el trabajo implicó además el poder compartir experiencias y ayudar a otras personas también víctimas del conflicto armado, con lo que se generaron sentimientos importantes de valía personal, solidaridad y deseos de superación de las dificultades actuales, sobre todo al hacerse conscientes que el conflicto armado ha afectado de gran manera a muchas personas, en algunos casos con más severidad que a ellas mismas, y que por lo tanto al estas otras personas seguir luchando, les llenaba de fuerzas para sí mismas.

*«Eh, nosotros tenemos un proyecto que se llama Retorno a Caucaasia, de unas casas, y también pues todos los días, día a día veo pues a esas personas, me veo reflejada en esas personas, que de pronto no tienen la estabilidad económica que yo tengo en el momento, y todo eso me ayuda a ir despejando, a decir sí puedo, soy capaz»* (Fragmento tomado de la entrevista E 4)

*«Mire yo, prácticamente, como yo no soy una persona que se quede por ahí achantada en la casa, porque cuando yo no estoy haciendo nada yo me voy con mi marido a barequear porque mi marido barequea por ahí cerquita, y si no estoy por ahí en la Cruz roja, estoy haciendo alguna cosa, pero no estoy...Hago actividades con los del barrio, y así no me quedo quieta»* (Fragmento tomado de la entrevista E 10)

También para algunas de las mujeres entrevistadas, la realización de actividades de índole comunitario, ya fuese con personas también víctimas del conflicto armado o con otros grupos como los pertenecientes por ejemplo a vecinos del barrio o personas en condiciones de vulnerabilidad, proporciona sentido de pertenencia, también sentimientos de solidaridad, de utilidad personal, y facilita el encuentro en lugares para el ocio y la diversión. Así, jugando también el rol de proceso protector de la salud mental. En estas actividades mencionadas, al compartirse experiencias en común sobre los hechos victimizantes vividos, se dan reflexiones que podrían servir para la construcción de una



memoria histórica local sobre el conflicto armado en el municipio de Caucasia. Los siguientes son fragmentos referentes a este tópico:

*“No, allá en mi barrio en los Diciembres que hago el pesebre, les doy regalos, el día de las madres les hago un detallito a las madres, porque yo soy líder de ahí” (Fragmento tomado de la entrevista E 10)*

*«Esas actividades fueron las más importantes, porque yo no estaba sola, estaba acompañada, entonces al acompañarme yo sabía que había gente que me rodeaba y que no pensaba en lo que me había sucedido y estaba entretenida en lo que iba a hacer, pensaba en lo que iba a hacer» (Fragmento tomado de la entrevista E 10)*

*“Sí yo me reunía con Eder, él es el presidente de los desplazados. Yo me reunía desde el 2004, 2005, 2006. Yo me iba para allá y me demoraba allá, y hablábamos y todo, uno se va, como la mente se le va despertando, se le olvidan a veces los problemas que tiene en la casa y eso” (Fragmento tomado de la entrevista E 3)*

Para muchas de las personas entrevistadas, la espiritualidad y la religiosidad fueron reconocidas como procesos protectores de la salud mental, al movilizar en las personas sentimientos de aceptación, resignación, perdón y al proporcionar la esperanza de una justicia de carácter no terrenal que actuaría para resarcir lo sucedido. La participación en actividades religiosas también facilitaría el recibir consejos de apoyo por parte de figuras de importancia como Padres y pastores. Como ejemplo mostramos los siguientes fragmentos de las narrativas obtenidas:

*“Y pidiéndole mucho a Dios que nos de fuerza y sabiduría porque somos muy temerosos de Dios, y yo pienso que lo que uno haga mal, lo paga, y que cuando pienso en eso o pensamos en eso, es lo que aguanta a no proceder contra muchas personas que han tenido de pronto que, o que uno cree que, igual son conjeturas, uno no puede confirmar, pero igual sí se le daña a uno el ratico” (Fragmento tomado de la entrevista E 7)*

*«A la iglesia, le pedía a mi Dios, Dios mío dame salud, Dios mío dame resistencia, señor ten piedad de mí. O sea le pedía mucho a Dios porque...Mi familia y Dios.» (Fragmento tomado de la entrevista E 9)*

Previo al empeoramiento del conflicto, algunas mujeres identificaron en sus narrativas que la existencia de un clima de fraternidad en la localidad donde vivían fue un proceso protector para su salud mental, asociado también a la participación en fiestas costumbristas y de antaño. Estos fragmentos ejemplificarán lo mencionado:

*«En esa vereda era un ambiente sano, todo el mundo estaba pendiente de los otros, no es nada comparado con ahora, uno va por allá y eso está sólo por allá» (Fragmento tomado de la entrevista E 6)*

*“Sí uno podía salir, uno allá salía, y pues cada quince días habían fiestas, uno salía, se entretenía un rato, y no había eso que había pasado. Yo salía normal. Ya*

*de allí pa acá fue que la cosa se puso así grillera*" (Fragmento tomado de la entrevista E 6)

Para la gran mayoría de las mujeres entrevistadas, tal como lo veremos en relación a los procesos deteriorantes, el Estado ha jugado un papel insuficiente a la hora de abordar los hechos victimizantes y de brindar adecuadas medidas de reparación para ellas; sin embargo, para una de las entrevistadas, la ayuda monetaria proporcionada por el Estado, fue narrada como un proceso protector, al parcialmente aliviar carencias económicas. Sin embargo también fue reconocido que esta ayuda económica se ha dado de forma irregular tanto en tiempo como en cantidades de dinero proporcionadas. A continuación proporcionamos el fragmento correspondiente:

*«Es mejor porque yo ahora recibo la ayuda humanitaria, que nos manda el gobierno. A mí al principio me mandaban ochocientos, como ochocientos cincuenta y cinco; y ahora, ahora en este mes que pasó hacen dos meses, yo se me hizo eso tan raro que mandaron un millón doscientos, qué raro*" (Fragmento entrevista E3)

Finalmente respecto a los procesos protectores identificados por las mujeres entrevistadas, algunas reconocieron como un proceso de esta índole el recibir atención por parte de profesionales del área de la salud mental, principalmente por psicólogos y bajo la modalidad de la participación en grupos de víctimas donde se compartían las experiencias vividas, se permitía la expresión de emociones y se abordaban formas de cómo hacer frente a las perturbaciones emocionales. En este respecto sin embargo, también fue reconocido por algunas de las mujeres participantes, que la participación de los trabajadores de la salud en general, y también bajo la forma de atención individual, podría jugar un papel protector de su salud mental, pero que hasta el momento no ha estado disponible, ha sido de difícil acceso, y por lo tanto en el momento no podría ser reconocido como un proceso protector. Estos fragmentos ilustran lo mencionado:

*"No pues aquí recibimos charlas muy buenas, y con la psicóloga ella nos, como pa que nosotros saquemos lo que llevamos guardado dentro, lo del suceso que nos sucedió, entonces ya uno va, lo va demostrando que uno está más bien, en figuritas, en cuadro, ya"* (Fragmento tomado de la entrevista E 10)

*"Ella nos explica cómo nos fue por primera vez, por segunda vez, por tercera vez, qué sentimos actualmente, cómo estamos, eso nos pregunta ella, o nos explica. Ella es una psicóloga"* (Fragmento tomado de la entrevista E 9)

En relación a los procesos destructores de la salud mental, las mujeres entrevistadas reconocieron como principal proceso de esta índole el padecimiento del hecho victimizante, ejemplificado en los siguientes fragmentos:

*"Yo pienso, por ejemplo, yo digo que si bian {sic} sido personas malas, o hubieran estado metidos en algo que no fuera, bueno, ahí diría yo, ellos estaban metios {sic} en cosas malas, pero no ellos no estaban metios {sic} en nada malo...»* (Fragmento tomado de la entrevista E1)

*"Pues, lo que más me deterioró la salud mental fue que yo siempre pienso, usted cree que cuando me dijeron a mí que a mi hermano lo mataron, que llegaron y me*

*llamaron a la puerta que mi hermano lo mataron, y venir yo y ver a mi hermano tirado en ese charco de sangre, y usted cree que eso pa uno mantenerlo en la mente, eso a mí no se me olvida. Eso donde llegar y yo verlo tirado ahí (llanto)...cuando me llamaron a la puerta, yo me puse que yo no sabía qué hacer, yo creí que era mentira, y venir y verlo tirado ahí en ese charco de sangre, eso fue muy duro pa mí...casi me borra la mente, como si se me hubiera escrito en la mente, eso fue lo que más deterioró la salud mental mía...de verlo ahí tirado en ese charco de sangre, que yo no esperaba eso y yo todavía me acuerdo y me parece que fue ayer que lo vi ahí tirado y yo no creo y no quiero como aceptar”* (Fragmento tomado de la entrevista E2)

*“Pues, eh, que la pérdida me ha afectado, era un pelao muy joven....(llanto). Eso, me tiene muy triste, ha acabado conmigo, no lo supero. No lo supero porque era un pelao bueno, honesto, me ayudaba mucho. Tengo ratos que, me dan ganas de golpear las paredes, me siento impotente”* (Fragmento tomado de la entrevista E 5)

Y es que el hecho victimizante no sólo implicó la pérdida del ser querido o el desplazamiento forzado del lugar autóctono, sino que también significó el surgimiento de múltiples incertidumbres sobre lo ocurrido, y vino apareado en muchos casos de otro importante proceso destructor de la salud mental para la mayoría de las mujeres entrevistadas, la imposibilidad de denunciar estos hechos victimizantes, y por lo tanto de tratar de encontrar la verdad y ser objeto de adecuadas medidas de reparación, debido al surgimiento de amenazas contra su propia vida e integridad o la de sus seres queridos, en caso de llevar a cabo estas acciones. Amenazas que de manera reconocida a través de rumores, provenían de los mismos entes perpetradores de los hechos victimizantes. Así reconocido en los siguientes fragmentos:

*«Y que siento me ha marcado para toda la vida, el no saber qué hicieron con mi hijo, qué pasó con él. Y eso es lo que yo le pido a esta gente que de pronto me colaboren en esto, saber dónde quedó, qué hicieron con él. Hasta que no lo encuentre no tengo paz en mi alma; en eso me ha marcado.»* (Fragmento tomado de la entrevista E 5)

*“Eso marca a uno, porque cuando a una persona la matan, la recogen, la entierran, hay más alivio para uno; porque a mí me pasó, a mi hermano me lo mataron, lo recogimos, pero al menos sabemos dónde está enterrado; pero una situación como la que estamos viviendo yo y mi familia, es algo muy doloroso”* (Fragmento tomado de la entrevista E 5)

*“Claro, sí, me ha afectado mucho, imagínese, de yo saber que lo que le pasó a mi esposo, y aparecer ahí que no, que no cuenten lo que en verdad le pasó a uno”* (Fragmento tomado de la entrevista E 6)

*«Pues que no tuviera ninguna situación así como la mía; pues, porque una situación así lo que hace es que esa persona siempre ande pensando, por qué pasó esto, lo otro. Y una persona que no tiene una situación o que no vive una*

*situación así, tiene la mente diferente, libre de conceptos, de emociones, de preguntas, de todo eso» (Fragmento tomado de la entrevista E 8)*

*«Y el problema es que aquí uno tiene que estar es callado porque....esas vainas que hay raras.... Uno le matan su hijo de uno, y uno tiene es que estar callado porque si no matan a uno, le matan el hijo, le matan al otro» (Fragmento tomado de la entrevista E 7)*

De manera seguida, la mayoría de mujeres participantes narraron que el clima de amenazas y violencia generalizada en el municipio fueron un importante proceso destructor de su salud mental. Tal como se ejemplifica en los siguientes relatos:

*«Yo cuando ellos salen a hacer algún mandado, a hacer una tarea, estoy preocupada. Yo estoy es llame a la niña, ella tiene un celular, y yo paso, a qué horas te vas a venir, ya vente, yo me preocupo. Si el niño está pa la calle yo también estoy... y a veces lo salgo a buscar a los vecinos a donde está él, y me lo traigo» (Fragmento entrevista E2)*

*«Lo que sí se oyó hablar es que en ese entonces, 2006, 2007, 2008, hubo una violencia muy grande aquí en Caucasia. A los pelaos, el que no se quería ir se lo llevaban a las malas, los desaparecían, el que no los amenazaban, tenían que irse a las buenas o las malas» (Fragmento tomado entrevista E 5)*

*“Sí, la violencia empezó como en el 2009, a finales del 2009, 2010, y uno sí veía que cada 8 días que un muerto, que un homicidio, sí; pero, como le digo, sí me afectó, me afectó mucho porque este pueblo se volvió horrible, parecía un fantasma, aparte de eso muchas personas, soy de las personas que siente el dolor ajeno así yo no sea familia de esa persona, me duele, me duele pues, no soy ajena a decir, no es que era, de malas lo mataron, no, porque también me pongo en el zapato de esa persona” (Fragmento tomado entrevista E 4)*

*“Mira, yo, cuando nosotros salimos de allá, usted sabe que aquí había tanta violencia, yo cuando vine, ah que ahí mataron a fulano, ya yo me quería morir, yo me ponía temblosita, fría, me daba pavor, yo tenía que encerrarme, me quedaba por ahí tres días con esa cosa” ( Fragmento tomado de la entrevista número 6)*

*«Me pregunto por qué nosotros los seres humanos no reaccionamos a una cosa de esas, sino que nos trancamos de puertas y ventanas y a dejar que otros vengan y acaben con los seres humanos; ese es el dolor que yo llevo dentro, porque si de pronto todos hubiéramos reaccionado de pronto a él no se lo hubieran llevado, de pronto lo hubieran matado, pero su familia tuviera la tranquilidad de haberlo enterrado, eso es lo que me duele a mí, lo que me duele a mí en la cabeza» (Fragmento tomado de la entrevista E 10)*

El hecho victimizante y el clima de violencia en el municipio de Caucasia probablemente han sido las dinámicas más notorias que han deteriorado la salud mental de las mujeres entrevistadas, pero a esto debe agregarse que de forma importante se generaron marcadas dificultades económicas y precariedades materiales a raíz principalmente de la pérdida de los familiares que eran los principales soportes económicos en el hogar, tal como ya se mencionó; y en algunos casos, se recurrió al endeudamiento económico con

miras por ejemplo a retornar al lugar de donde forzosamente se fue desplazado, con malos resultados debido a la permanencia del control de los victimarios en tales territorios, y por lo tanto la imposibilidad del retorno, a lo que se agregó la nueva deuda surgida:

*«O sea la idea era hacer un préstamo y devolverse pa la finca, pero no, esa gente sigue por allá, y toca pagar vacuna, trabajar para darles a ellos»* (Fragmento tomado de la entrevista E 6)

Finalmente en relación a los procesos deteriorantes que fueron narrados por las mujeres entrevistadas como de mayor peso, sino tal vez el de mayor peso de todos luego de la ocurrencia del hecho victimizante, debe mencionarse la falta de reconocimiento de los hechos por parte del Estado, en relación a que muchos de éstos fueron perpetrados por las BACRIM, y de la implementación por lo tanto de medidas de reparación adecuadas fueron identificados como tales; esto surgió tanto en las entrevistas realizadas de forma individual con cada una de las participantes, como también en la reunión de devolución de resultados, donde la discusión a partir de este punto fue la que mayor relevancia tuvo. También se reconocieron en este punto por algunas de las mujeres participantes, que además del Estado, hay una ausencia de reconocimiento de la sociedad en general sobre sus sufrimientos, una constante injusticia que recae sobre ellas, y además malas prácticas hacia las mismas de personas que ofreciendo ayudarles, por el contrario pretenden aprovecharse de su vulnerabilidad. A continuación exponemos los fragmentos más dicientes de lo mencionado:

*“me han puesto muchas trabas no sé, porque ahora ya últimamente todo iba bien, y ahora últimamente ya resultó que, que ya lo que sale es muerto el otro hermano mío... no sé por qué enredaron, ya había un papel de que el muerto es XXXXX, el que está vivo. Y que en Concordia, que hicieron tender la familia en el suelo, y que le dieron no sé cuántos tiros, y eso no es así, eso fue acá en Caucasia; y el hermano mío se llama XXXXX, y este se llama XXXX, entonces yo no sé por qué enredaron, me han puesto tantas trabas y no, no sale nada”* (Fragmento tomado de la entrevista E2)

*“Pues, todo como que ya lo he dicho, lo más esencial es la familia, pues el gobierno nunca he visto yo que tenga un programa dirigido a la familia, al entorno familiar, nunca, pues no he visto, aquí en Caucasia no lo veo, o si lo hay no lo han desarrollado como debe de ser, con las políticas que debe de ser, cierto. Como que empezar y cerrar los ciclos, los conflictos que hay”* (Fragmento tomado de la entrevista E3)

*«La injusticia, la injusticia de ver cómo está este país, la corrupción que se ve mucho, cierto; todo lo que está pasando pues con la ley, con lo de las víctimas, los reinsertados ahorita, que los reinsertados tiene más condiciones más garantías que de pronto las personas que hemos sido víctimas como tal, cierto. Eso ya. Eso me da impotencia, eso me da rabia de ver por ejemplo cómo se maneja todo, la política, todas esas cosas que están haciendo que la sociedad, o sea, que no haya un futuro para nuestros hijos, para, o sea ya no tenemos un valor, ya no tenemos un cariño no tenemos una amor, ya el amor se ha perdido, el amor se ha perdido; y por ejemplo el bienestar familiar y todo, tratar de llegar a la*

*familia que es el eje central, no se está haciendo, eso sí me deteriora la salud mental, cierto»* (fragmento tomado de la entrevista E4)

*«Para que la plata saliera ligero. Tocaba pagar dos millones de pesos que cobraba la abogada. Pero una señora de allá, que no, que eso no tenía derecho de cobrar nada, que para eso el gobierno tiene sus abogados, entonces dejemos eso quieto, esperemos a ver, que eso algún día sale.»* (Fragmento tomado de la entrevista E1)

*«A mí ninguna organización me ha ayudado. No nada, no hay nadie (llanto). Siento una vulnerabilidad muy grande. He tocado muchas puertas. Incluso los otros días fui al médico, fui a una consulta por lo mismo, porque mantengo muy... y le dije al médico que me mandara unas pastillas, algo que estaba muy estresada; y me dijo mujer qué te pasa, no lo que pasa es que tengo un problemas así y así, y me dio una orden para que me viera un psicólogo; pero el seguro no me la autorizó, entonces no seguí insistiendo más tampoco»* (Fragmento tomado de la entrevista E 5)

*“Ah, yo quisiera saber por qué no salgo incluida en lo de víctimas, de un hecho que fue cierto, algo que no me lo estoy inventando yo, eso yo quisiera saberlo por qué no, nosotros cada rato venimos acá, que hay que esperar, que no han respondido nada”* (Fragmento tomado de la entrevista E 6)

*“Sí porque, a los diez meses de haber matado a mi papá, mataron a dos primos, y a ellos ya los pagaron, y yo conozco muchos casos, que ya les han hecho reparación, y a nosotros no, ni siquiera nos han metido al programa. No entiendo por qué dicen que no es un hecho victimizante, si lo que pasó está dentro del maco de lo que dice la ley”* (Fragmento tomado de la entrevista E 6)

Otras circunstancias no relacionadas directamente con el conflicto armado, tales como el encarecimiento de las condiciones de vida, la inestabilidad laboral, el endeudamiento con entidades bancarias y comerciales, la estigmatización por parte de los vecinos, la separación de relaciones de pareja y el empeoramiento de las relaciones intrafamiliares, fueron narrados como procesos deteriorantes de la salud y la salud mental, por las mujeres entrevistadas. Los siguientes fragmentos ejemplifican lo mencionado:

*“La inestabilidad laboral, eso me afecta mucho, por lo que te decía los compromisos que hemos adquirido. Eso me afecta. El solo hecho con la cuestión de los docentes de los concursos, yo me he presentado dos veces y no he podido pasar, y en estos momentos estaban reubicando al personal que por mérito ganó su concurso, eso emocionalmente, y mi salud mental, me preocupaba mucho, eso hubo noches enteras que no dormía porque yo decía, woao, si a mí me sacan de ese empleo, mamá, cómo hago yo para pagar los compromisos, y que en la casa la única que le puede colaborar a mi familia soy yo; entonces al quedar yo sin una estabilidad laboral, te podrás imaginar todo lo que afectaría, a mí, a mi familia, porque directamente ellos cuentan es conmigo”* (Fragmento tomado de la entrevista E 7)

*“Porque yo le salí de fiadora a una comadre mía, y eso me tiene a mí con la cabeza vea, porque me están llamando, eso fue en el 2012 que serví de fiadora*

*para un celular de TIGO, y yo me desentendí porque yo creí que era una persona que iba a pagar su deuda, y entonces me llaman a la casa al hijo, y mi marido me pegó un regañón”* (Fragmento tomado de la entrevista E 10)

*“pues la verdad que sí, yo digo que el que me afecta más es, es ese problema, porque yo quiero vivir bien con mis dos hijos, mi yerno y mi nuera, pero, con ella vivo bien, pero con el hijo no puedo, con el hijo no puedo, él es muy especial conmigo, y él habla conmigo donde yo me encuentro con él o yo lo busco pa hablar con él, pero no es lo mismo porque ella me visita y él no me puede visitar ni yo lo puedo visitar a él”* (Fragmento tomado de la entrevista E 2)

*“Bueno la deterioró un poco la separación, porque fue muy duro. Pues nadie quiere separarse por las circunstancias que hayan sido. Son procesos que desgastan tu salud mental y física; porque uno empieza a reconstruir nuevamente su vida, cierto. Entonces qué voy a hacer, qué objetivos, porque uno ya tiene trazado unos objetivos y unas metas con esa persona. Es muy duro, es muy duro porque uno empieza desde cero su vida”* (Fragmento tomado de la entrevista E 4)

*“Allá a donde yo vivo, yo he sufrido bastante porque antes le hacen reclamo a uno que porque uno les dice que por qué hacen tal cosa, y entonces le dicen a uno, hay y usted que no es de por aquí, que ya quiere mandar aquí, que apenas vino ayer y que vea que están de antes...como que lo discriminan a uno”* (Fragmento tomado de la entrevista E 2)

No se presentó ninguna diferencia significativa entre las narrativas ofrecidas por las mujeres entrevistadas, y las obtenidas por el hombre participante del estudio al respecto de este tópico

#### **5.4. Perspectiva de las mujeres víctimas sobre el papel de los eventos relacionados y no relacionados con las dinámicas del conflicto armado interno en la configuración de procesos protectores y deteriorantes de su salud mental**

Inicialmente debe aclararse que la mención de relación o no relación existente entre los eventos narrados y el conflicto armado fue hecha por el investigador principal, teniendo en cuenta los aspectos teóricos revisados sobre el conflicto armado en Colombia, y además la propia experiencia obtenida de ser oriundo del municipio de Caucasia.

Los eventos narrados que fueron relacionados directamente con el conflicto armado como procesos deteriorantes de la salud mental de las mujeres participantes fueron: el hecho victimizante, las amenazas contra la propia vida en caso de denunciarse el hecho victimizante, el clima de inseguridad en el municipio, el no reconocimiento del hecho victimizante por parte del Estado, principalmente ante hechos victimizantes cometidos por las BACRIM, el deterioro en las condiciones materiales directamente relacionados con el

asesinato o desaparición de familiares que eran los principales aportantes económicos del hogar, la ausencia de investigaciones por parte del Estado para aclarar los móviles y autores de los hechos victimizantes, y la no puesta en marcha de adecuadas medidas de reparación por parte del Estado.

Para las mujeres entrevistadas, estas dinámicas fueron los principales procesos destructores de su salud mental en orden de importancia, y entre los mismos, el hecho victimizante, las precariedades económicas derivadas, y la percepción de inoperancia del Estado en relación a lo sucedido, fueron los más relevantes.

*“y ya después que lo mataron ahí ya. La salud mía no ha sido muy buena ni mental ni nada porque yo me mantengo muy estresada. Yo el día que amanezco más contenta ese día yo me pongo a pensar en él y a llorar, siempre que discuto con mi esposo lo lamento a él y lloro, lo lamento siempre. Va a ser ocho años y yo todavía es como si fuera ayer que se hubiera desaparecido, él a mí me hace mucha falta. Tengo otro hermano pero no, no es lo mismo que él”* (Fragmento tomado de la entrevista E2)

*“no nos reconocen, no nos reconocen, el gobierno no nos reconoce, mientras siga así, en Colombia nunca habrá paz”* (Fragmento de la participación en la reunión de devolución de resultados por parte de la mujer de la entrevista E4)

Las dinámicas relacionadas con el conflicto armado que actuaron como procesos protectores, nacieron principalmente desde las esferas de lo personal, lo familiar y lo local del barrio y el trabajo, y entre éstas el apoyo familiar y de los amigos, emocional y económico, en torno al hecho victimizante, constituyó el proceso de esta índole de mayor peso. También se mencionó la participación en grupos de víctimas donde se compartieron experiencias comunes, se brindó soporte emocional, y se realizaron actividades de ocio como otro importante proceso protector. Finalmente, la ayuda económica del Estado, representada en un auxilio económico, fue reconocida parcialmente como un proceso protector de la salud mental

*“mis hijos me dan fuerzas para soportar ese dolor, para vivir”* (Fragmento tomado de la entrevista E 5)

*“La compañía de los hijos, ellos no me dejan que me achicopale así. Cuando me ven enredada por ahí, por lo menos que yo me pongo a pensar, Dios mío con qué voy a pagar, ellas, los esposos de ella, las ayudan a ellas, y me ayudan a mí.”* (Fragmento tomado de la entrevista E 6)

*“Es mejor porque yo ahora recibo la ayuda humanitaria, que nos manda el gobierno a mí al principio me mandan ochocientos, como ochocientos cincuenta y cinco; y ahora, ahora en este mes que pasó hacen dos meses, yo se me hizo eso tan raro que mandaron un millón doscientos, que raro”* (Fragmento tomado de la entrevista E 3)

Las dinámicas no relacionadas con el conflicto armado que actuaron como procesos protectores de la salud mental, también se configuraron desde lo personal, lo familiar y lo local, y fueron identificadas por las mujeres entrevistadas en orden de importancia así: El trabajo, como medio para obtener ingresos económicos, generar sentimientos de valía, y



proporcionar distracción. Las actividades de ocio, al proporcionar distracción. El trabajo en comunidad, como forma de generar y fortalecer vínculos con otros allegados, generar sentimientos de valía y dar distracciones. Y las fiestas locales, previo al hecho victimizante, al generar clima de alegría y posibilidades de compartir con los vecinos y allegados.

Finalmente, las dinámicas no relacionadas con el conflicto armado que se identificaron como procesos destructores de la salud mental de las mujeres entrevistadas, sobre las cuales no se pudo establecer cuál era de mayor peso, ya que se presentaron de acuerdo a cada persona en particular, fueron: los procesos de separación de pareja, las dificultades en las relaciones intrafamiliares, las deudas con las entidades bancarias, la inestabilidad laboral y el aumento en el costo del nivel de vida.

No se presentó ninguna diferencia significativa entre las narrativas ofrecidas por las mujeres entrevistadas, y las obtenidas por el hombre participante del estudio al respecto de este tópico

## 5.5 Narrativas emergentes en torno a la salud mental y los procesos que la protegen y la destruyen

En las narrativas de la mayoría de las mujeres entrevistadas se identificaron dos tópicos como emergentes: el relato sobre el hecho victimizante, que no fue preguntado en la entrevista, y la apreciación sobre el papel que ha jugado el Estado colombiano en relación a estos hechos victimizantes y las medidas de reparación ofrecidas.

En relación al relato del hecho victimizante, las mujeres entrevistadas fueron padecientes de homicidio de alguno de sus familiares, desaparición forzada de alguno de sus familiares, desplazamiento forzado, la combinación de desplazamiento forzado y homicidio de alguno de sus familiares, o la combinación de desaparición forzada de uno de sus familiares y asesinato de dos de sus familiares. Los actores armados en su mayoría no fueron identificados formalmente, sin embargo, la mayoría de mujeres reconocieron que se trataron de las BACRIM. En un caso se sospechó también que se tratara de una desaparición realizada por el Ejército de Colombia como parte de los llamados “falsos positivos”. Los siguientes fragmentos dan cuenta de esto:

*“Vivía en la Finca, nosotros teníamos una finca pa los lados de Colombia. En una vereda que se llama Quebradona. Lo asesinaron, en la misma casa donde él vivía”* (Fragmento tomado de la entrevista E 6)

*“Sí, eran paramilitares, o bandas criminales, para allá residían los de Sebastián...”* (Fragmento tomado de la entrevista E 6)

*“A nosotros nos tocó salir el mismo día que mataron a mi papá. Que teníamos que salir de ahí antes de 24 horas. Y nosotros salimos de allá”* (Fragmento tomado de la entrevista E 6)

*“A uno lo desaparecieron, y a los otros dos los mataron cerquita de la casa”* (Fragmento tomado de la entrevista E 7)

*“No se supo. Había varias, estaban las tres, las tres, cómo le diré, la guerrilla, el ejército y paramilitares. y él era celador de una mina, y en ese tiroteo a él lo mataron”* (Fragmento tomado de la entrevista E 9)

*“A mí sí me gustaría pues que, que los hechos que pasan aquí no quedaran tan quietos, que la ley sí tomara cartas en el asunto y que investigaran más, porque para mí sería muy injusto que maten a personas inocentes y que quede eso como que ahí”*(Fragmento tomado de la entrevista E 7)

*“Para mí, en estos momento que se pudieran esclarecer los hechos; otro, que le dieran la máxima, que la persona que lo hizo obtenga su merecido, y que lo otro que es lo más importante, que si yo sé que la ley del hombre no lo hace, Dios sí lo hace. Pero generalmente eso hecho del dinero, no es lo que llena las expectativas para uno, no”* (Fragmento tomado de la entrevista E 7)

*“me han puesto muchas trabas no sé, porque ahora ya últimamente todo iba bien, y ahora últimamente ya resultó que, que ya lo que sale es muerto el otro hermano mío... no sé por qué enredaron, ya había un papel de que el muerto es xxxx que está vivo. Y que en Concordia, que hicieron tender la familia en el suelo, y que le dieron no sé cuántos tiros, y eso no es así, eso fue acá en Cauca; y el hermano mío se llama xxxxxx, y este se llama xxxxxx, entonces yo no sé por qué enredaron, me han puesto tantas trabas y no, no sale nada”* (Fragmento tomado de la entrevista E 2)

*“Ajá, ya estoy esperando a ver qué día me llaman o qué, a ver qué me dicen, que la otra vez me dijeron que entutelara, que la abogada allá en Medellín cobraba dos millones de pesos, que algún día sale, que esperara a ver”* (Fragmento tomado de la entrevista E 1)

No se presentó ninguna diferencia significativa entre las narrativas ofrecidas por las mujeres entrevistadas, y las obtenidas por el hombre participante del estudio al respecto de este tópico

## **6. DISCUSIÓN**

Desde hace varias décadas, y de forma cada vez más generalizada, la salud mental ha sido definida en los distintos círculos académicos de una forma holística, en donde la visión positivista y biologicista ha sido superada, y se ha incluido en la definición de la misma aspectos sociales, culturales, y de forma importante, aquellos relacionados con el logro de una adecuada calidad de vida y bienestar.

Desde el enfoque de la medicina social, además de tenerse en cuenta esto ya mencionado, se ha dado vital importancia a la interrelación del sujeto con su realidad como la principal fuerza determinante para la configuración de la salud mental. Así por ejemplo, Alicia Stolkiner define la salud mental como: “el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto y su realidad” (Stolkiner , 1995).

A pesar de lo ya mencionado, y de la importancia reconocida de abordar los aspectos psicosociales, en la literatura relacionada con violencia y salud mental en nuestro país, se sigue hablando de esta última en términos mayoritariamente de psicopatología, relacionándose cómo ciertos síntomas o alteraciones emocionales, cognitivas o conductuales, se presentan luego de ciertos hechos ligados a la violencia sociopolítica en el marco del conflicto armado. Así, en la revisión sistemática llevada a cabo por Campo de la literatura publicada entre el año 1993 y el 2014 en el país, en relación a la prevalencia de síntomas y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento, y a pesar de la gran importancia de las conclusiones surgidas, no se encuentra que se haga alusión en los estudios abordados, sobre alguna posible alteración de la salud mental, que escape a la dimensión psicopatológica. (Campo-Arias, 2014).

Son pocos entonces los estudios que intentan hablar de la salud mental en términos positivos, y mucho menos los otros que pretenden trabajar con lo que significa la salud mental para las personas implicadas. Siendo esto una urgencia reconocida desde hace mucho en el país, en tanto como lo proponen Jaramillo y Sánchez, en relación a las intervenciones en víctimas del conflicto armado en condición de desplazamiento, “dentro de un planteamiento de integralidad debe trabajarse más el concepto de “salud mental” que el de “enfermedad mental”. Es decir, las intervenciones no sólo tienen que ver con la atención individual, dirigida a disminuir el dolor y el sufrimiento emocional de aquellos que han sido forzados al desplazamiento; sino que también debe orientarse hacia acciones en el ámbito primario, guiadas a evitar la aparición de trastornos mentales severos” (Sánchez, R. Jaramillo, L, 1999).

Nuestro estudio, apostándole a generar conocimiento acorde con la visión de la salud mental en positivo, ha partido de los preceptos de la medicina narrativa y se ha enmarcado teóricamente en los postulados de la Epidemiología crítica, para pretender develar las narrativas construidas por las mujeres víctimas del conflicto armado en el municipio de Cauca, atendiendo precisamente a esa interrelación dada en un momento histórico entre las mismas, y la realidad inherente a dicho municipio en un marco preciso de recrudecimiento de la violencia del conflicto armado.

En esta interrelación dada, nuestro estudio observó que la realidad del conflicto armado fue el principal macroproceso que determinó tanto cómo se definió la salud mental de las personas afectadas por el mismo, como qué dinámicas íntimamente relacionadas con éste vinieron a jugar el papel de procesos protectores o deteriorantes de la salud mental de los sujetos afectados.

Se encontró entonces que para la mayoría de las mujeres entrevistadas la salud mental implica el poseer una buena memoria para recordar los hechos vividos, el poder contar coherentemente la propia historia, el hacer por los demás, y el buscar un sentido en la vida; y esto es entendible si en la contraparte aparece una realidad en la que los sucesos dados en el marco del conflicto armado se han encontrado envueltos de incertidumbres, no se han reconocido completamente por el Estado, se han contado a medias, no se han garantizado medidas de no repetición, y los motivos para continuar viviendo cada vez se han tornado más precarios.

Así, aunque en nuestro estudio también se encontraron aspectos de gran importancia que previamente han sido descritos en la literatura, como por ejemplo la aparición de incertidumbres, desconfianza y sentimientos de tristeza como muestra de alteraciones en la salud mental en víctimas del conflicto armado (Campo-Arias, 2014; Sánchez, R. Jaramillo, L, 1999), también permitió dilucidar características consideradas por las mismas víctimas, como muestras de adecuada salud mental, y que sobre todo, para las mismas eran las primordiales a la hora de definir qué podría considerarse como mentalmente saludable en medio del conflicto armado.

Es sobre esta definición en positivo, y en este grupo en particular, que creemos podría intervenir con mayor énfasis, para lograr mejores resultados en la recuperación de la salud mental de las personas afectadas. Esto implicaría, como se mencionará más adelante, no sólo la asistencia en lo intrapsíquico de los sujetos, sino también el abordaje por ejemplo, de cómo reestablecer y mantener la adecuada memoria histórica de los hechos, contextualizada en los procesos socio – políticos que rodearon las vivencias, y hacer que éstos se integren en la vida de los afectados, posibilitando que se pueda contar los mismos a la sociedad y al Estado, para que fuesen reconocidos como tal; así mismo, integrar socialmente y permitir que las víctimas creen redes para hacer cosas para sí mismas y por los demás, y finalmente, abrir perspectivas para que la vida retome sentido en medio del conflicto y sus recuerdos.

Al respecto de la memoria, algunos investigadores han propuesto que: “ante estas características particulares del contexto colombiano se requiere pensar en una intervención psicosocial que apunte a la recuperación de la memoria, aspecto sobre el cual los profesionales de la psicología no han trabajado lo suficiente, en la medida en que no se han realizado investigaciones e intervenciones que den cuenta de la incidencia de las violaciones de los derechos humanos en los proyectos de vida individual y colectivo de las personas víctimas de hechos violentos” (Aguilera, 2013).

Partir desde una visión de la salud mental construida por los mismos sujetos afectados, y tener en cuenta también su visión sobre lo que les ha ayudado a enfrentar las adversidades en medio de una realidad agreste, es en primera medida una forma de respetar la agencia de las personas, de luchar contra la estigmatización de las víctimas vistas como entes pasivos sobre los cuales se debe llegar con un paquete de medidas previamente establecidas, y finalmente, un método preliminar para poder construir intervenciones acordes con la realidad misma del problema a afrontar.

Y es que en relación al aspecto de la estigmatización, importantes estudios han mencionado el papel que juega ésta en el empeoramiento de la salud mental de las poblaciones; y específicamente, en la población colombiana afectada por el conflicto armado, cómo el proceso de estigmatización - discriminación, además de presentarse de forma más reiterada en la misma, es un escollo inmenso para el logro de una adecuada reparación (Campo-Arias; Herazo, 2014).

Según Campo, “el estigma afecta a la salud mental no solo porque representa un estresor importante para las personas y los colectivos discriminados, sino también porque da cuenta de las desigualdades e inequidades que se observan en salud” (Campo-Arias; Herazo, 2014), y menciona además, que en Colombia, al igual que en otros países en vías de desarrollo, el estigma es la barrera más importante en salud mental.

Así es entonces de vital importancia, generar prácticas que ataquen este proceso estigmatización-discriminación sobre las víctimas del conflicto armado, tanto a la hora de investigar como de intervenir, y nuestro estudio entonces, pretende ofrecer un pequeño paso en esa dirección.

Es preciso en este momento, antes de avanzar en dirección de las narrativas halladas en este estudio en relación con los procesos percibidos como protectores o deteriorantes de la salud mental, ahondar en el parecido que las definiciones construidas sobre la salud mental hechas por las mujeres entrevistadas, tienen con las surgidas desde los principales círculos académicos y organizaciones directrices de salud a nivel mundial.

Así, Citando la definición más extendida, según la OMS, la salud mental corresponde a un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS). Definición ésta que ha sido la guía de muchas otras subsecuentes, y que para también mostrar otro ejemplo pero ya desde el ámbito nacional, ha permitido la inclusión de cada vez más factores y procesos como determinantes y determinados por la salud mental.

Según El Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, la salud mental se entiende como “la capacidad de todas las personas y los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales para el logro de las metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común” (DSSA, 2003).

En este sentido, es de gran importancia encontrar que las narrativas sobre la salud mental construidas por las mujeres víctimas del conflicto armado participantes en este estudio, reflejan de manera casi total los aspectos mencionados en las definiciones ya citadas, al por ejemplo, reconocer la salud mental como estado o condición de bienestar, dependiente de los aspectos vivenciales a las que son expuestas las personas, y que además permitirá el desarrollo adecuado de los sujetos e influenciará en la salud mental de los demás. Vale resaltar también, que lo encontrado en el presente estudio, no es importante sólo porque esté acorde con unas definiciones construidas probablemente desde sectores académicos reconocidos, sino porque al surgir desde las narrativas mismas de las personas, permite crear un puente entre lo teórico y lo vivencial, y en cierta medida, convalidar lo primero.

Pero la definición de la salud mental no sólo ha tendido, como ya lo dijimos, a construirse de forma holística, sino que también ha tenido en cuenta los contextos en que se da. Así, y relacionado íntimamente con la naturaleza de este estudio, la salud mental en contextos de emergencia humanitaria, como en los conflictos armados, según el Comité Permanente entre Organismos (IASC) (IASC, 2007), también se entiende en una perspectiva no psicopatológica únicamente, y se adentra en los terrenos de alteración del bienestar tanto de las personas, como de la comunidad a la cual pertenece.

En este estudio, dirigido precisamente a mujeres inmersas en un contexto de conflicto armado, se constata que las alteraciones principales a la salud mental no se dan simplemente en manifestaciones de síntomas, sino que abarcan dimensiones de lo comunitario, familiar, económico y personal, que de manera final, alteran eso que puede ser entendido como el bienestar.

Ahondando en las especificidades de lo hallado en el estudio, deben resaltarse las diferencias existentes entre este aspecto clave de los que es la salud mental para las mujeres víctimas del conflicto armado en Caucasia, “poseer una memoria adecuada, contar coherentemente, hacer cosas y buscar sentido en la vida”, y por ejemplo, la definición de salud mental surgida desde la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada este año en el país en la población en general. En la encuesta en mención, se obtuvo para el grupo poblacional de 18 años o más, que la salud mental se refería a “sentirse bien, feliz, en paz con uno mismo”, “superar dificultades y seguir adelante”, “salud física, comer, dormir, descansar” (MPS, 2015).

Definiciones entonces muy divergentes, que ayudan a dimensionar y reflejan cómo las dinámicas del conflicto armado influyen en la formación de las narrativas sobre salud mental en las mujeres víctimas del conflicto en Caucasia, y las hacen particulares. Es decir, la salud mental en Colombia, no es lo mismo para personas que han estado expuestas al conflicto armado, y aquellas que no.

Para fortalecer esto último mencionado, es interesante relacionar lo hallado en el estudio Tres veces víctimas (MSF, 2010), de Médicos Sin Fronteras, llevado a cabo sobre una población colombiana afectada también de forma importante por el conflicto armado, con nuestro estudio, y aunque en el primero no se planteó el objetivo de definir la salud mental para las personas participantes del mismo, sí se encontró que las personas afectadas exponen un perfil de salud mental diferente al resto de la población Colombiana, se encuentran expuestos a factores de riesgo dependientes directamente del conflicto armado, y por lo tanto necesitan acciones en salud diferenciadas; esto, guardando las proporciones, concordante con lo hallado en nuestro estudio en relación a los procesos que son percibidos como destructores de la salud, en donde se identificó que los principales corresponden a dinámicas directas del conflicto armado.

En Tres veces víctimas, los 5 factores de riesgo más frecuentes a los que estuvieron expuestas las personas estudiadas correspondieron a disfunción familiar o problemas en la red de apoyo primaria; desplazamiento forzado; problemas económicos, vivienda; exposición directa a conflicto armado y fallecimiento de un familiar o persona significativa; y también de forma importante se resaltó cómo las víctimas del conflicto armado sufren también de estigmatización del resto de la sociedad, abandono por parte del Estado, y no

son objetos de medidas de reparación desde lo legal y lo económico acordes a sus necesidades (Médicos Sin Fronteras, 2010).

En nuestro estudio por su parte, a través de las narrativas, se identificaron como principales procesos destructores de la salud mental el padecimiento del hecho victimizante, la falta de certezas y de investigaciones sobre el mismo, la imposibilidad de denuncia de éste, el clima de amenazas y violencia en el municipio, las dificultades económicas y precariedades materiales derivadas del hecho victimizante, y la falta de reconocimiento de los hechos por parte del Estado y de la implementación por lo tanto de medidas de reparación adecuadas.

Derivando ahora un mayor énfasis a la exploración de las narrativas sobre los procesos protectores y deteriorantes de la salud mental, lo encontrado en este estudio también ha ido en consonancia con la literatura que aborda la manera en que debería prestarse la atención tanto en salud como en salud mental a las personas víctimas del conflicto armado, en donde debería primar el enfoque psicosocial, ya que como se ha descrito ampliamente, los daños en lo material, lo laboral, las relaciones intrafamiliares y la dinámica comunitaria, son las afecciones que más conllevan a sufrimiento y deterioro (AVRE, 2006).

Así, fijarse como único objetivo de atención en estas personas las alteraciones emocionales y cognitivas acaecidas, aunque necesario, sería insuficiente para lograr la recuperación y la mejoría en la salud y la salud mental buscadas. Según la corporación AVRE, “El impacto de la violencia sociopolítica afecta los diferentes ámbitos de la actividad humana, generando consecuencias en lo colectivo, lo comunitario y en la sociedad en general. Los impactos se expresan en la desconfianza, la ruptura de las relaciones, la pérdida de solidaridad; en la fragmentación del tejido social e institucional” (AVRE, 2006).

Los procesos protectores narrados por la mujeres participantes del estudio, ilustran también lo encontrado en otras investigaciones, donde precisamente se ha dilucidado que las formas de afrontamiento que utilizan las víctimas del conflicto podrían enmarcarse en las esferas de lo individual y lo social, haciendo parte de la primera herramientas como la espiritualidad, la religiosidad, la actitud positiva hacia uno mismo, y de la segunda procesos relacionados con el apoyo familiar y de los amigos, la participación en actividades de índole comunitario, y el poder trabajar (AVRE, 2011; Hernández, 2013). “Las redes de apoyo informales actúan como soporte para el cumplimiento de fines y objetivos que permiten la solución de los problemas inmediatos” (Hernández, 2013).

Estudios que han evaluado el bienestar psicológico en víctimas del conflicto armado en condición de desplazamiento, han encontrado que en las mismas a pesar del surgimiento de síntomas asociados al trauma, también se desarrollan en ellos elementos asociados a la salud mental, tales como un aumento en sus propósitos en la vida y un incremento en la satisfacción con la vida, a pesar de lo ocurrido (Manrique, 2008).

Así, se propone que: “Desde este punto de vista, no tiene sentido imaginarse a la persona en situación de desplazamiento, inmerso en su desgracia y abatida por completo, sino que es posible pensar que en su cotidianidad, estas personas encuentran espacios para reír, sentirse tranquilos, disfrutar de las cosas, sentirse satisfechas con su vida a pesar de las condiciones en las que se encuentran” (Manrique, 2008).

Igualmente la creación de redes de víctimas, hace parte de esta esfera de lo social, y ha sido ampliamente reconocida como una estrategia o proceso de gran importancia a la hora



de permitir la recuperación en la salud mental de las víctimas del conflicto. Así, en trabajos principalmente realizados con personas víctimas del desplazamiento forzado, se ha notado que la organización de las mismas en grupos y redes en ciudades como Bogotá, les ha permitido visibilizarse, responder a necesidades básicas inmediatas, y reclamar acciones por parte del Estado en pro de la justicia (Guiso, 2010).

En nuestro estudio, las mujeres entrevistadas dieron un gran peso a las dinámicas de índole social, como principales procesos protectores de su salud mental, tanto antes de la ocurrencia de los hechos victimizantes, como después de los mismos.

Las personas entrevistadas, reconocieron como principales procesos deteriorantes de su salud mental, además del hecho victimizante en sí, las consecuencias que el mismo trajo tanto en lo económico, como lo familiar y social, lo que conllevaría a pensar con más fuerza, que precisamente el enfoque de intervención psicosocial, teniendo en cuenta las particularidades de cada sujeto, sería de mayor utilidad para la búsqueda de una adecuada reparación de las mismas.

Finalmente, la percepción de inoperancia del Estado a la hora de reconocer los hechos victimizantes, investigar los mismos, impartir justicia, y garantizar adecuadas medidas de reparación, fue narrado por las mujeres participantes como un proceso muy importante para deteriorar su salud mental, lo cual va muy de la mano con lo reconocido en otras investigaciones, donde se ha observado que la ineficacia del Estado principalmente al no proporcionar medidas de reparación acordes a la situación de las víctimas, ha llevado a un empeoramiento en el conflicto mismo, y a una perpetuación de los daños en el bienestar de las poblaciones afectadas (Grupo de trabajo Reparación integral, 2008).

Nuestro estudio es el único realizado en la región de Caucasia, que explorando las narrativas sobre salud mental y procesos sociales críticos determinantes de la misma, ofrece resultados surgidos desde las concepciones directas de las mujeres víctimas del conflicto armado, y que por lo tanto presenta un acercamiento a aspectos no evidenciables desde otro tipo de estudios, contribuyendo así a la generación de un abordaje más inclusivo en este tipo de poblaciones.

## 7. Conclusiones y recomendaciones

### 7.1 Conclusiones

- En las narrativas de las mujeres víctimas del conflicto armado en Caucaasia, se identifica que las condiciones de vida y de salud son afectadas de manera directa y de modo negativo por las dinámicas del conflicto armado, tendiendo éstas al empeoramiento con el paso del tiempo.
- Las mujeres víctimas del conflicto armado en Caucaasia definen la salud mental primordialmente como un estado de bienestar, en el que las facultades de la memoria para recordar lo vivido, la coherencia para contar lo sucedido, el encontrar sentido a la vida , y el trabajar por los otros, son muestras de la misma
- El conflicto armado es identificado por las mujeres víctimas como un macroproceso destructor de la salud y la salud mental, tanto en el ámbito personal como comunitario.
- Los procesos protectores de la salud mental para las mujeres víctimas del conflicto armado en Caucaasia emergen principalmente en las esferas de lo personal, lo familiar, lo laboral y lo comunitario.
  
- Los procesos destructores y protectores no relacionados con el conflicto armado juegan un rol secundario en las narrativas de las mujeres víctimas del conflicto armado en Caucaasia, sin por ello dejar de ser tenidos en cuenta.

### 7. 2 Recomendaciones

En tanto el actual estudio exploró las narrativas sobre la salud mental en mujeres víctimas del conflicto armado en el municipio de Caucaasia, se hace primordial llevar a cabo también este ejercicio en hombres, lo que posibilitaría el poder comparar los significados dados por unos y otras, encontrar diferencias, similitudes, y su vez llegar a una comprensión mayor del fenómeno. La aproximación preliminar efectuada al respecto mediante la estrategia de contrastación con una narrativa masculina así lo sugiere; igualmente, quedó planteada la necesidad de explorar narrativas similares en mujeres indígenas afectadas por el conflicto armado, pues no lograron incluirse en éste estudio.

Por cuanto en nuestro estudio sólo se trabajó con mujeres en su mayoría víctimas de homicidios o desaparición de sus seres queridos, o víctimas del desplazamiento forzado,

sería crucial incluir a personas que hubiesen padecido otro tipo de hechos victimizantes, que aunque menos frecuentes, podrían ayudar a encontrar relaciones entre cómo, de acuerdo a los hechos padecidos, las personas configuran sus narrativas y sus acciones.

También se recomienda incluir para este tipo de investigaciones, a niños y adolescentes, lo que serviría para relacionar cómo el ciclo vital ha de influir en las concepciones construidas sobre la salud mental.

Finalmente, sería de gran importancia continuar estudios que basándose en las narrativas de las personas, exploraran no sólo conceptos relacionados con el proceso salud-enfermedad, sino por ejemplo, que indagaran por los significados dados a lo que es la violencia, la paz, el mismo conflicto armado y sus causas, y así, intentar construir un cuerpo de conocimientos que desde el mundo de las experiencia mismas de las personas, pudiese ser contrastable con las versiones oficiales que se ofrecen en torno a la realidad de la violencia sociopolítica en el país.

## **Anexo 1: Pasos para el Análisis de la Información Transcrita a Partir de las Entrevistas**

Paso del análisis	Propósito
1. Lectura y relectura de las transcripciones.	Adquirir percepción de experiencia general sobre el tema.
2. Extraer las frases significativas.	Generar información directamente relacionada con el fenómeno a estudio.
3. Formular significados.	Delinear significados emergentes en varios contextos donde se expresa el fenómeno.
4. Categorizar en grupos de temas y validar confrontando con el texto original.	Identificar experiencias comunes para todos los informantes.
5. Describir.	Generar un modelo teórico prototípico.
6. Efectuar devolución a los participantes.	Validar los hallazgos.
7. 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.
<b>Fuente:</b> Modificado a partir de Colazzi, citado por Wojnar, D; Swanson, K (2007) Phenomenology: An exploration. Journal of Holistic Nursing. 25 ( 3): 172 – 180.	

## Anexo 2: Consentimiento informado

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en una investigación sobre “Narrativas sobre Salud Mental en Personas Habitantes durante el período 2006 – 2010 en un Municipio Colombiano Directamente Afectado por el Conflicto Armado Interno: Caucaasia – Antioquia “.

Entiendo que se me realizará una entrevista, la cual será grabada y durante la cual se tomarán notas, en la que se me preguntarán aspectos relacionados con mis condiciones de vida y de salud durante el período en estudio, las ideas que tengo respecto a lo que es mi salud mental y su relación tanto con mi salud general como con mis condiciones de vida y otros procesos que existieron en Caucasia durante los años 2006 - 2010. Que esta información será confidencial, y que la misma no se usará con fines legales en ninguna ocasión. Se me ha proporcionado el nombre del investigador principal, que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y el celular o correo electrónico que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento libre y voluntariamente a participar en esta investigación como entrevistado, y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento si así lo deseo.

Nombre del Participante\_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ [Día/mes/año]

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para la persona potencialmente participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que esta persona ha dado consentimiento libre y voluntariamente luego de ser informado.

Nombre del Investigador\_\_\_\_\_

Firma del Investigador principal\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ [Día/mes/año]

## **ANEXO 3: Caracterización sociodemográfica de las participantes**

Grupo de edad	Adulta joven (21 a 37 años) Dos mujeres	Adulta madura (38 a 54 años) Seis mujeres	Adulta mayor (55 a 68 años) Dos mujeres			
Pertenencia étnica	Mestiza Cuatro mujeres	Chilapa Tres mujeres	Negra Una mujer	Paisa Una mujer	Blanca Una mujer	
Estado civil	Casada Una mujer	Soltera Una mujer	Unión libre Cinco mujeres	Separada Una mujer	Viuda Dos mujeres	
Área de residencia	Urbana Ocho mujeres	Rural Dos mujeres	Migración rural a urbana (2006 a 2015) Dos mujeres			
Oficio	Cocinera Dos mujeres	Docente Dos mujeres	Ama de casa Dos mujeres	Desempleada Dos mujeres	Estudiante Una mujer	Trabajadora doméstica Una mujer

## ANEXO 4: características de las entrevistadas y del entrevistador

Entrevista características	Entrevistada	Entrevistador
E 1	Mujer, adulta madura, mestiza, Unión libre, área rural, cocinera.	Hombre, adulto joven, chilapo, soltero, área urbana, médico residente de Psiquiatría
E 2	Mujer, adulta mayor, paisa, casada, área urbana (migración rural a urbana), ama de casa.	Hombre, adulto joven, chilapo, soltero, área urbana, médico residente de Psiquiatría
E 3	Mujer, adulta madura, mestiza, viuda, área urbana, trabajadora doméstica	Hombre, adulto joven, chilapo, soltero, área urbana, médico residente de Psiquiatría
E 4	Mujer, adulta joven, blanca, separada, área urbana, docente	Hombre, adulto joven, chilapo, soltero, área urbana, médico residente de Psiquiatría
E 5	Mujer, adulta madura, chilapa, unión libre, área urbana (migración rural a urbana), ama de casa.	Hombre, adulto joven, chilapo, soltero, área urbana, médico residente de Psiquiatría
E 6	Mujer, adulta madura, chilapa, viuda, área rural, cocinera	Hombre, adulto joven, chilapo, soltero, área urbana, médico residente de Psiquiatría
E 7	Mujer, adulta madura, chilapa, unión libre, área urbana, docente	Hombre, adulto joven, chilapo, soltero, área urbana, médico residente de Psiquiatría
E 8	Mujer, adulta joven, mestiza, soltera, área urbana, estudiante	Hombre, adulto joven, chilapo, soltero, área urbana, médico residente de Psiquiatría
E 9	Mujer, adulta mayor, negra, unión libre, área urbana, desempleada	Hombre, adulto joven, chilapo, soltero, área urbana, médico residente de Psiquiatría
E 10	Mujer, adulta madura, mestiza, unión libre, área urbana, desempleada.	Hombre, adulto joven, chilapo, soltero, área urbana, médico residente de Psiquiatría
E c	Hombre, adulto mayor, indígena, unión libre, área rural, campesino	Hombre, adulto joven, chilapo, soltero, área urbana, médico residente de Psiquiatría





## Bibliografía

- Aguilera, A. (2013). Componentes epistemológicos y metodológicos de la atención psicosocial a víctimas de guerra y violencia política en Colombia. *Revista Tesis Psicológica*, 8 (1), 68-79.
- Arias-López, B. (2015). Vida cotidiana y conflicto armado en Colombia: los aportes de la experiencia campesina para un cuidado creativo. *Aquichan*, 15(2), 239-252.
- Arias-López, B. (2014). La potencia de la noción de resistencia para el campo de la salud mental: Un estudio de caso sobre la vida campesina en el conflicto armado colombiano. *Salud Colectiva*, 10(2), 201-211.
- Bowes IT O'Gorman EC and Sayers A. (1991). Assault Characteristics and Post-Traumatic Stress Disorder in Rape Victims. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 83, 27-30.
- Breilh, J. (1989). *Epidemiología, Economía, Medicina, y Política*. Mexico D.C.: Fontamara.
- Breilh, J. (1998). La sociedad, el debate de la modernidad, y la nueva epidemiología. *Rev. Bras. Epidemiol.* , 1(3), 207 – 233.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Campaña, A. (1995). *Salud mental: conciencia vs. Seducción por la locura*. Quito. : CEAS.
- Campo-Arias A, Herazo E. Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *REV COLOMB PSIQUIAT*. 2014;43(4):212-217
- Campo-Arias A. Oviedo H. Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *REV COLOMB PSIQUIAT*. 2014;43(4):177-185
- Castaña, B. (S.f. ). A proposito de lo psicosocial y del desplazamiento (pp. 11): Corporación AVRE.
- Cárdena A. Paul Ricoeur: Una perspectiva interpretativa desde su hermenéutica. 2015. Tomado de: <http://myslide.es/education/paul-ricoeur-una-perspectiva-interpretativa-desde-su-hermeneutica.html>
- Comité de Salud Mental de La OMS. Citado por: Organización Panamericana de la Salud / Universidad de Antioquia / Dirección Seccional de Salud de Antioquia. (2003). *Hacia un plan Operativo de Salud Mental para Antioquia*. . Medellín: Universidad de Antioquia. Disponible en: <http://www.disasterinfo.net/desplazados/informes/ops/planopant2003/planop01concepto.htm> (Citado de: 03/11/2014).
- Comité Internacional de la Cruz Roja. (2008). *Cuál es la definición de 'conflicto armado' según el derecho internacional humanitario* Ginebra: CICR. Disponible en: <http://www.icrc.org/spa/assets/files/other/opinion-paper-armed-conflict-es.pdf> (Citado de: 10/08/2014).

- Comité Permanente entre Organismos - IASC -. (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Ginebra: IASC.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1448. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Gaceta del Congreso de la República de Colombia.
- Corporación AVRE. (2010). Reflexiones desde la práctica de acompañamiento psicosocial y en salud mental: lecciones aprendidas. (pp. 76 p): Corporación AVRE.
- Chacón, M. (2004). Dinámica y determinantes de la violencia durante “La Violencia” en Colombia. .  
Bogotá: Universidad de Los Andes. Documentos CEDE 2004 – 16. ISSN 1657-7191 (Edición electrónica). Marzo.
- Davidson GR, M. K., Schweitzer R.,. (2008a). Review of refugee mental health and wellbeing: Australian perspectives. *Australian Psychologist*, 43(3), 160-174.
- Davidson GR, M. K., Schweitzer R.,. (2008b). Review of refugee mental health and wellbeing: Australian perspectives. *Australian Psychologist*, 43(3), 160-174.
- Defensoría del Pueblo Regional Antioquia. (2011). Informe sobre desplazamiento forzado en Antioquia y valoración de la política pública de atención integral. Medellín: Defensoría del Pueblo.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2012). Principales indicadores del mercado laboral: Departamentos-2012. Boletín de Prensa.: DANE. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ml\\_depto/Boletin\\_dep\\_12.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ml_depto/Boletin_dep_12.pdf) (Citado de: 08/08/2013).
- Departamento Nacional de Planeación. (2005). Colombia Censo General 2005: [http://www.dane.gov.co/daneweb\\_V09/index.php?option=com\\_content&view=article&id=307&Itemid=124](http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=307&Itemid=124) (Citado de: 30/04/2011).
- Domingo T. La fenomenología hermenéutica de Paul Ricoeur: mundo de la vida e imaginación. Investigaciones fenomenológicas: Anuario de la Sociedad Española de Fenomenología: 2001. (3); 291-302
- Echandía, C. (2013). Narcotráfico: Génesis de los paramilitares y herencia de bandas criminales. Bogotá: Fundación Ideas para la Paz.
- Encuesta Nacional de salud mental en Colombia, 2015; Ministerio de la protección social  
Tomado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>.
- Fundación Ideas para la Paz. (2011). Plan de Consolidación en el Bajo Cauca. Bogotá: Ideas para la Paz.
- Fundación Ideas para la Paz. Área de dinámicas del conflicto y negociaciones de paz unidad de análisis ‘siguiendo el conflicto’ (2014). Dinámicas del conflicto armado en el bajo cauca antioqueño y su impacto humanitario. Boletín No. 68: FIP-USAID-OIM.
- Gadamer. (1993). Verdad y Método. Salamanca, España: Ediciones Sígueme.
- García, C. El Bajo Cauca antioqueño, Bogotá, Cinep e Iner U. de Antioquia, 1993. 253 pag.

- Gobernación de Antioquia. (2012). Plan de Desarrollo Antioquia 2012-2015. Medellín: Gobernación de Antioquia.
- Gobernación de Antioquia et al. (2010). Lineamientos de Ordenación Territorial para Antioquia. Medellín: Gobernación de Antioquia.
- Gobernación de Antioquia. Memorias foro subregional ¿De qué vivirán los pobladores rurales? Bajo Cauca. 2013. Tomado de:  
<http://antioquia.gov.co/PDF2/9%20MEMORIAS%20BAJO%20CAUCA-%20FORO%20RURAL.pdf>
- Gómez O. Corporación AVRE; Aspectos psicosociales de la reparación integral. Voces de memoria y dignidad. 2006; tomado de: <http://www.corporacionavre.org/wp-content/uploads/2015/03/psicosocial1.pdf>
- Grupo de trabajo de reparación integral. Reparación integral (RI) para las mujeres víctimas de violencia sociopolítica en Colombia. 2008. Tomado de: <http://www.corporacionavre.org/wp-content/uploads/2015/06/REPARACI%C3%93N-INTEGRAL-RI-PARA-LAS-MUJERES-V%C3%8DCTIMAS-DE-VIOLENCIA-SOCIOPOL%C3%8DTICA-EN-COLOMBIA.pdf>
- Guiso, A; Briceño, R; Acevedo, J. (2010, julio-diciembre). Organizaciones de población desplazada en la construcción de presentes y futuros dignos. Estudios Políticos, 37, Instituto de Estudios Políticos, Universidad de Antioquia, (pp. 73-94).
- Hernández A. Habilidades familiares para sobreponerse a la adversidad. Cultura científica JDC; 2013; (11): 80 - 84
- Hueso, H. (2006). La necesaria subjetividad de la psiquiatría basada tanto en evidencia como en narrativas. *Academia Biomédica Digital*, 29, Disponible en: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_vit/article/view/5372/5168](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vit/article/view/5372/5168) (Citado de: 5309/5310/2014).
- Instituto popular de capacitación. (2012). Informe de derechos humanos. Conflicto y formas expresivas de la violencia en contextos situados: aproximación a cuatro territorios de Antioquia. Cap 4, pag: 233-250. Tomado de: <http://www.ipc.org.co/portal/files/RELECTURAS%2035.pdf>
- InSight Crime. (S.f.). Urabeños: Disponible en: <http://es.insightcrime.org/grupos-colombia/urabenos> (Citado de: 01/09/2014).
- Keller A, L. D., Rosenfeld B, Sachs E, Aladjem A, Cohen I, et al.,. (2006). Traumatic experiences and psychological distress in an urban refugee population seeking treatment services. *J Nerv Ment Dis*, 194(3), 188-194.
- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30, 668-677.
- Larraguibel, O. (2009). Esclerosis Lateral Amiotrófica y Medicina Narrativa. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 10(4), 255 – 258.
- Laurell, A. (1982). La salud – enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, 19, 1 – 11.
- Lopes-Cardozo BL, B. O., Gotway CA, Wolfe MI, Gerber ML, Anderson M.,. (2005). Report from the CDC: mental health of women in postwar Afghanistan. *J Womens Health* 14(4), 285-293.

- Lovecchio, C. (2009). *Ética y medicina narrativa: una perspectiva filosófica*. Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Manrique K, Martínez M, Turizo Y. Estudio correlacional entre el bienestar psicológico, subjetivo y social y el fatalismo, el trauma y las cogniciones irracionales postraumáticas, en personas adultas, desplazadas por la violencia sociopolítica, radicadas en la ciudad de Barranquilla. Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de Psicólogo. Programa de psicología, división de humanidades y ciencias sociales, universidad del norte Barranquilla; 2008; tomado de: <http://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/2122>
- Médicos Sin Fronteras. (2010). Tres Veces Víctimas: víctimas de la violencia, el silencio y el abandono. Conflicto armado y salud mental en el departamento del Caquetá, Colombia. 2005 – 2009. Barcelona: MSF.
- Médicos sin Fronteras. (2013). Las heridas menos visibles (pp. 30 p). Bogotá: Médicos Sin Fronteras.
- Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá (1988). Mental Health for Canadiens. Citado por: Organización Panamericana de la Salud / Universidad de Antioquia / Dirección Seccional de Salud de Antioquia (2003) Hacia un plan Operativo de Salud Mental para Antioquia. Disponible en: <http://www.disasterinfo.net/desplazados/informes/ops/planopant2003/planop01concepto.htm> (Citado de: 03/11/2014).
- Mollica RF Poole C Tor S. (1998). Symptoms, Functioning and Health Problems in a Massively Traumatized Population: The Legacy of the Cambodian Tragedy. In Dohrenwendt BP (Ed.), *Adversity, Strength and Psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Montgomery E. (2011). Trauma, exile and mental health in young refugees. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 440, 1-46.
- Morina N, E. P. (2012). Health care utilization, somatic and mental health distress, and well-being among widowed and non-widowed female survivors of war. *BMC Psychiatry*, 12(39), 1 - 10.
- Observatorio del programa presidencial de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario. (2006). Panorama actual del Bajo Cauca Antioqueño (Vol. Diciembre): Observatorio del programa presidencial de derechos humanos y DIH. Serie Geográfica.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York. : OMS.
- Organización Panamericana de la Salud / Universidad de Antioquia / Dirección Seccional de Salud de Antioquia. (2003). Hacia un plan Operativo de Salud Mental para Antioquia. Medellín: Dirección seccional de salud de Antioquia - Universidad de Antioquia. Disponible en: <http://www.disasterinfo.net/desplazados/informes/ops/planopant2003/planop01concepto.htm> (Citado de: 03/11/2014).
- Priebe S, B. M., Ashcroft R, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, et al.,. (2010). Experience of human rights violations and subsequent mental disorders - a study following the war in the Balkans. *Soc Sci Med*, 71(12), 2170-2177.
- Profamilia. (2010). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá, Colombia: Profamilia.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - UNDP-. (2009). Human Development Report 2009: <http://hdrstats.undp.org/en/indicators/161.html> (Citado de: 30/04/2011).

Ramírez J, Muñoz J. (2012) Informalidad e ilegalidad de la explotación del oro y la madera en Antioquia, Medellín, Colombia: Universidad EAFIT.

Revista Dinero. (2012). Colombia aumentó en 4,3% producción de oro en 2011. *Revista Dinero*. Disponible en: <http://www.dinero.com/actualidad/economia/articulo/colombia-aumento-43-produccion-oro-2011/145001> (Citado de: 07/02/2013),

Rodríguez J, D. L. T. A., Miranda C., (2002). La salud mental en situaciones de conflicto armado. *Biomédica*, 22, 337-346.

Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico, y retos. *Liber On Line*, 13(13), 71 - 78.

Sánchez, R. & Jaramillo, L. Desplazados experiencias en salud, impacto del desplazamiento sobre la salud mental. *Universitas Humanística*. 1999; 27(47): 87-101

Schubert C; Punamaki R. (2011). Mental health among torture survivors: cultural background, refugee status and gender. *Nord J Psychiatry*, 165(3), 175-182.

Sierra A. (2011) El Proceso Paramilitar en Tarazá y el Bajo Cauca Antioqueño, 1997-2010 (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Solano M. Fenomenología- Hermenéutica y Enfermería. Cultura de los cuidados. Editorial: 2006. Año X - N.º 19. Tomado de:

[http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/961/1/culturacuidados\\_19\\_01.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/961/1/culturacuidados_19_01.pdf)

Steel Z Silove D Bird K McGorry P and Mohan P. (1999). Pathways from War Trauma to Post-Traumatic Stress Symptoms among Tamil Asylum Seekers, Refugees and Immigrants. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 167–174.

Steel Z, C. T., Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M., (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 537-549.

Urrego, Z. (2011). Violencia por Conflicto Armado Interno y Salud Mental, Sexual y Reproductiva. El caso colombiano. Estocolmo, Suecia: Ponencia presentada en el Instituto de Estudios Latinoamericanos de la Universidad de Estocolmo, 11 de Mayo de 2011.

Vargas , X. Investigación...Qué es eso. Una guía práctica para saber qué es y cómo hacerla, con énfasis en las etapas de la investigación cualitativa. (2011). Tomado de: <https://es.scribd.com/doc/47469728/9/Paradigma-hermeneutico-interpretativo-9>

Weinstein HM, D. L., Iacopino V., (1996). Torture and war trauma survivors in primary care practice. *West J Med*, 165(3), 112-118.

