

PsYcœspacios

ISSN-e: 2145-2776

Vol. 17, Nº 31, julio-diciembre, 2023



Atención en salud mental en víctimas del conflicto armado: una reflexión crítica entre lo escrito y lo realizado

Mental health care in victims of the armed conflict: a critical reflection between what is written and what is done

ANDRÉS CAMILO DELGADO REYES

Universidad de Manizales, Colombia

<https://orcid.org/0000-0003-1781-808X>

acdelgado58718@umanizales.edu.co

VALENTINA GONZÁLEZ CARREÑO

Universidad de Manizales, Colombia

<https://orcid.org/0000-0001-5767-7627>

vgonzalezc@umanizales.edu.co

MARIA TERESA CARREÑO BUSTAMANTE

Universidad de Manizales, Colombia

<http://orcid.org/0000-0001-9041-0502>

cis@umanizales.edu.co

Recibido: 3 octubre 2023 • Aceptado: 15 noviembre 2023 • Publicado: 24 noviembre 2023

Cómo citar este artículo: Delgado Reyes, A.C., González Carreño, V. & Carreño Bustamante, M.T. (2023). Atención en salud mental en víctimas del conflicto armado: una reflexión crítica entre lo escrito y lo realizado. *Psicoespacios*, 17(31). <http://doi.org/10.25057/21452776.1573>

Resumen

El conflicto armado en Colombia ha dejado secuelas en la salud mental que han sido documentadas por diferentes investigaciones; ante esta problemática, el Estado colombiano ha expedido diferentes normativas que buscan la atención integral en salud para la población víctima del conflicto armado. El objetivo de este artículo de reflexión es confrontar las acciones jurídicas del gobierno para la atención integral de las víctimas del conflicto de armado y las estrategias implementadas para dar cobertura a la población, evidenciando las vacíos entre lo proclamado en las normas jurídicas y el acceso de servicios en salud mental. Se parte de conocer las políticas públicas para después comentar su implementación según los datos y reportes oficiales del gobierno y de investigaciones particulares llevadas a cabo por

universidades y centros de estudio. El Programa de Atención Psicosocial y de Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) promete buenos resultados; sin embargo, su implementación ha sido muy cuestionada en cuanto a la cobertura y la calidad, por lo que la reglamentación colombiana está bien escrita, pero pobremente ejecutada. La comunidad académica está llamada a impactar las políticas públicas.

Palabras clave: víctimas, conflicto armado, desplazamiento forzado, salud mental, PAPSIVI, psicología social.

Abstract

The armed conflict in Colombia has left consequences on mental health that have been documented by different investigations; Faced with this problem, the Colombian State has issued different regulations that seek comprehensive health care for the population that is victim of the armed conflict. The objective of this reflection article is to confront the government's legal actions for the comprehensive care of victims of the armed conflict and the strategies implemented to provide coverage to the population, evidencing the gaps between what is proclaimed in the laws and access to services. In mental health specifically, the starting point is to know public policies and then comment on their implementation based on official government data and reports and private research carried out by universities and study centers. The Psychosocial Care and Comprehensive Health Program for Victims (PAPSIVI) promises good results; However, its implementation has been highly questioned regarding its coverage and quality, which is why the Colombian regulations are well written, but poorly executed. The academic community must be called to impact public policies.

KeyWords: victims, armed conflict, forced displacement, mental health, PAPSIVI, social psychology.

Introducción

El impacto psicológico que la violencia y el desplazamiento tienen sobre el sujeto o su familia es diverso, único y particular y se ve reflejado en lo individual, familiar y socio-cultural; la respuesta de un sujeto ante los diversos hechos violentos depende de sus recursos psicológicos, de la severidad y las características del hecho traumático y de su historia personal y social (Andrade Salazar, 2011; Piñeros-Ortiz et al., 2021). Muchas personas deciden apelar a recursos internos y externos para sobrellevar tal situación y tener nuevamente una vida estable y adaptativa (Buelvas & Amaris, 2010; Delgado Reyes & Sánchez López, 2019), aunque otras no cuentan con adecuados recursos de afrontamiento o presentan una vulnerabilidad biológica y psicológica que los hace más propensos a presentar alteraciones psicológicas de tipo emocional, cognitivo o comporta-

mental. En Colombia el conflicto bélico ha tenido abordajes desde la psicología social, la antropología, la sociología, el derecho y la salud mental; de igual manera, ha contado con varias productos legislativos para la atención integral desde del punto vista económico, social, educativo y de salud, siendo la última la que permite la integración satisfactoria a la sociedad de manera productiva, por lo que se necesita una reflexión de las estrategias a implementar para la atención en salud física y mental, la pertenencia de las mismas y la cobertura para la población víctima.

Así lo expone Gaitán-Arias (2020):

La psicología dominante y los modelos de intervención biomédicos muestran un paradigma en donde la caracterización es necesaria, esta no debe ser patologizante, ni ser referente de impedimentos frente al afrontamiento de diferentes situaciones en el ciclo existencial de los sujetos (p. 81).

En este sentido, conocer las situaciones vividas por cada una de las víctimas y construir relaciones de tipo horizontal con la comunidad los habilita como sujetos activos ante las diferentes relaciones verticales que se les impone.

Estudios internacionales han revisado las afectaciones en salud mental de las personas víctimas del conflicto armado, evidenciando que estas presentan prevalencia de trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión asociada con la exposición al trauma subyacente. De igual manera, en revisiones sistemáticas de estudios en los que participaron personas de 40 países, se detectaron prevalencias de 30,6 % de trastorno de estrés postraumático y del 30,8 % de trastorno depresivo mayor; de igual manera, las víctimas del conflicto armado fuera de presentar alteraciones de tipo emocional pueden experimentar pensamientos intrusivos caracterizados por rumiación que prologa la experiencia de estrés (García et al., 2018) recent findings suggest some positive consequences such as learning from one's own experience. This study analyzed the influence of different types of rumination (brooding, reflection, intrusive and deliberate; a parte de lo anterior, en Colombia el 8 % de esta población manifiesta el sentimiento de que alguien pretende herirlo o hacerle daño (Hewitt Ramírez et al., 2016). En lo neuropsicológico, la presencia de estrés postraumático incide directamente en el nivel atencional, aunque las personas víctimas del conflicto que no presentan esta sintomatología tienen mayores alteraciones en la memoria (Luna Hernández et al., 2018). Se debe comprender que las víctimas son seres integrales que tienen consecuencias en la salud mental de manera aguda y tardía, si bien son personas con componentes biopsicosociales, la presente reflexión se centra en las consecuencias en la salud mental y en las estrategias públicas para atender a las víctimas.

Así mismo, se debe tener en cuenta que el conflicto armado en el territorio colombiano inició aproximadamente en la década de 1950. Espitia (2015) señala que la Red Nacional de Información (RNI) reportó en el año 2014 una cifra de 7 624 299 víctimas del conflicto armado en el período comprendido entre 1985 y 2014, que representa el 16 % del total de la población colombiana; es decir que, de cada 100 colombianos, 16 se definen como víctimas; así mismo, las cifras que han sido reportadas por la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas del conflicto (UNAV) señalan que hay más de 6,8 millones de víctimas (Charry-Lozano, 2016). Según la Unidad de Víctimas (2023), al punto de corte del 30 de septiembre de 2023 se registran históricamente 9 572 044 víctimas y 7 543 483 sujetos de atención y/o reparación. Actualmente, la nación se encuentra en el proceso de culminación y cumplimiento de la solución negociada y enfrentando la atención de víctimas. Así, según la Ley 1448 (Congreso de la República de Colombia, 2011), prorrogada por la Ley 2078 (Congreso de la República de Colombia, 2021), en su artículo 3, se consideran víctimas a:

Aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño [...], como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de los Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno” (Ramírez-Giraldo et al., 2017).

La prórroga de la Ley 1448 crea la Comisión de Seguimiento y Monitoreo (CS-MLV), con el fin de realizar seguimiento a la implementación, ejecución y cumplimiento de las medidas contenidas en la misma ley (Comisión de Seguimiento y Monitoreo a la Implementación de la Ley 1448 de 2011 Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, 2022).

Según Restrepo et al. (2006), el acceso a servicios de salud mental se entiende como

“el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente” (p. 10). Este acceso en las personas víctimas del conflicto se puede ver comprometido debido a la baja cobertura en la prestación de servicios de salud mental a lo largo del territorio colombiano y a la poca educación respecto a este asunto puntual de la salud en la población joven y adulta. El trabajo de González et al. (2016) muestra que la decisión de buscar atención profesional depende de razones comportamentales y actitudinales; igualmente, se pueden atribuir al desconocimiento sobre lo que es y no es salud mental; esta razón empeora cuando la oferta se reduce por el tiempo para llegar el servicio, la distancia y la pobre información sobre la disponibilidad de profesionales. Siguiendo los argumentos de Jiménez Jiménez (2009), se hace necesario generar procesos de conciencia y de compromiso social sobre la importancia de la salud mental que contribuyan a la reconstrucción del tejido social colombiano.

Por lo anterior, el objetivo de este artículo de reflexión es contrastar las acciones jurídicas del gobierno para la atención inte-

gral de las víctimas del conflicto de armado y las estrategias implementadas para dar cobertura a la población, evidenciando los vacíos entre lo proclamado en las normas y el acceso de servicios en salud mental; en este sentido, la reflexión parte de conocer las políticas públicas, para después comentar su implementación según los datos y reportes oficiales del gobierno y las investigaciones particulares llevadas a cabo por universidades y centros de estudio.

Reflexión

Normativa colombiana y atención a víctimas del conflicto armado

A pesar del pobre acceso a la atención en salud, especialmente en salud mental, que tiene la población general y en particular las víctimas del conflicto armado, existe toda una normativa que brinda el derecho a la atención integral en salud mental, tal como se puede evidenciar en la tabla 1; normativa que no se puede separar de las actualizaciones y reformas realizadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las regulaciones para la atención de personas víctimas del conflicto armado.

Tabla 1.

Actualizaciones y reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y normativas para la atención de personas víctimas del conflicto armado

Año	Norma	Título
1997	Ley 387	Adopta medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia
2000	Decreto 2569	Reglamenta parcialmente la Ley 387 de 1997
2000	Decreto 2007	Reglamenta parcialmente los artículos 7º, 17 y 19 de la Ley 387 de 1997, en lo relativo a la oportuna atención a la población rural desplazada por la violencia, en el marco del retorno voluntario a su lugar de origen o de su reasentamiento
2000	Decreto 2131	Reglamenta el numeral 4 del artículo 19 de la Ley 387 de 1997, el último inciso del artículo 54 de la Ley 812 de 2003, frente a la atención en salud de la población desplazada por la violencia

Año	Norma	Título
2000	Decreto 2569	Reglamenta parcialmente la Ley 387 de 1997
2004	Sentencia T-025	La Corte Constitucional declara “estado de cosas inconstitucional”. El Estado está obligado a gestionar estrategias de transformación de las situaciones que vive la población involucrada en contextos de violencia y desplazamiento forzado.
2005	Decreto 250	Expide el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia
2007	Ley 1122	Reforma General de seguridad social en salud
2007	Decreto 3039	Adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010
2011	Decreto 4800	Reglamenta la Ley 1448 de 2011
2011	Decreto 4635	Dicta medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de tierras a las víctimas pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras
2011	Decreto 4634	Dicta medidas de asistencia, atención, reparación integral y restitución de tierras a las víctimas pertenecientes al pueblo Rrom o Gitano.
2011	Decreto 4633	Dicta medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de derechos territoriales a las víctimas pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas
2011	Ley 1448	Dicta medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno
2012	Decreto 1725	Adopta el plan nacional de atención y reparación integral a las víctimas de que trata la Ley 1448 de 2011.
2012	Decreto 0790	Traslada las funciones del Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia SNAIPD, al Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas y del Consejo Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada CNAIPD, al Comité Ejecutivo para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.
2013	Ley 1616	Expide la ley de salud mental
2014	Decreto 1377	Reglamenta parcialmente el artículo 132 de la Ley 1448 de 2011 y se modifica el artículo 159 del Decreto 4800 de 2011 en lo concerniente a la medida de indemnización a las víctimas de desplazamiento forzado, se regulan algunos aspectos de retomo y reubicación
2015	Decreto 2460	Reglamenta parcialmente el artículo 172 de la Ley 1448 de 2011, se adopta la Estrategia de Corresponsabilidad de la política pública para las víctimas del conflicto armado interno y se modifica el parágrafo 2 del artículo 2.2.8.3.8 del Decreto 1084 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación.
2015	Resolución 00351	Desarrolla el procedimiento para la entrega de atención humanitaria de emergencia y transición a las víctimas de desplazamiento forzado incluidas en el Registro Único de Víctimas-RUV
2018	Resolución 4886	Adopta la política nacional de salud mental

Fuente: elaboración propia basada en Latorre Santos (2012).

La Sentencia T-025 (Corte Constitucional de Colombia, 2004) le recuerda al Estado colombiano su obligación de gestionar estrategias de transformación de las situaciones que vive la población involucrada en contextos de violencia y desplazamiento forzado, población que requiere de servicios concebidos según un enfoque diferencial y equitativo, ajustado a la particularidad de cada colectivo (mujer, infancia, discapacidad, grupos étnicos, etc.). Esto implica que la atención que se brinde a la población que se menciona debe propender por crear espacios de restitución, que no se refiere únicamente a la restitución de tipo material, sino que faciliten espacios de escucha que permitan la reestructuración de lo simbólico, desde la particularidad y multidimensionalidad de cada individuo y cada grupo (Restrepo-Espinosa, 2012); de igual manera esta sentencia logra el acceso a la atención psicosocial y se crea el registro único de la población desplazada por el cual se debe adoptar medidas efectivas que se traduzcan en acciones afirmativas, dirigidas a la atención y protección de los derechos de la población desplazada. La Ley 1122 (Congreso de la República de Colombia, 2007) reafirmó el aseguramiento como el mecanismo para garantizar el acceso a los servicios de salud, por lo que creó la Comisión de Regulación en Salud, así mismo el Decreto 3039 (Presidencia de la República de Colombia, 2007) tiene como objetivo disminuir las inequidades en salud entre la población colombiana.

El Decreto 250 de 2005 instaura la atención a la población desplazada brindada de manera solidaria a las diferentes necesidades de riesgo o grado de vulnerabilidad de los afectados, con el fin de otorgarle soporte humanitario, trato respetuoso e imparcial, garantizando condiciones de dignidad e integridad física, psicológica y moral por medio de la atención de calidad por parte de profesionales con formación específica y ex-

periencia relacionada, incluyendo entre sus prestaciones la terapia individual, familiar y las acciones comunitarias según el marco cultural de las víctimas, tal como lo refiere la Ley 1448 (Congreso de la República de Colombia, 2011).

En el ámbito nacional la normativa en salud mental según la Ley 1616 (Congreso de la República de Colombia, 2016) en el artículo 35 dicta la implementación de sistemas de vigilancia del conflicto armado que permita el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica, para determinar la prevalencia de enfermedades en esta población. La Resolución 4886 (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2018a), por la cual se adopta la política pública de salud mental, apunta a la implementación prioritaria de dicha política en sujetos de protección especial como las víctimas del conflicto armado y otras poblaciones vulnerables.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento del artículo 137 de la Ley 1448, ejecuta en el territorio nacional, el programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI), este forma parte del plan para la atención y reparación integral a las víctimas dando respuesta a las medidas de rehabilitación en el marco del desagravio a la población afectada por el conflicto armado en Colombia. El PAPSIVI, según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015a, 2015b), es un conjunto de actividades que busca reestablecer las condiciones físicas, mentales y psicosociales, causadas por violaciones graves a los derechos humanos, para paliar el sufrimiento emocional, contribuir a la reparación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en las diferentes comunidades; consta de dos grandes componentes: 1) atención psicosocial: se brinda a través de un equipo multidisciplinar (psicólogos, trabajadores sociales, etc.) y se centra en el daño psicosocial y, 2) atención integral a la salud: la brindan

médicos y personal del sector salud; este se centra en la salud física y mental: artículo 164 del Decreto 4800 (Presidencia de la República de Colombia, 2011); es importante aclarar que para acceder a los beneficios de este programa se requiere estar inscrito en el registro único de víctimas: RUV (Unidad Nacional de Atención a Víctimas, 2020 y 2023).

Salud mental y víctimas del conflicto armado colombiano

A pesar de contar con varias herramientas legales que garantizan la atención integral en salud en las personas víctimas del conflicto armado, como ilustran Lozano y Gomez (2004) los derechos de las personas, familias y comunidades desplazadas son vulnerados, en ocasiones porque en su mayoría desconocen el marco jurídico en el cual se tipifican las violaciones de las cuales son objeto, antes, durante y después del desplazamiento, debido a una falta de apropiación social del conocimiento en materia de leyes. El estudio de Barón Guerrero (2018) refleja a las instituciones educativas (63,16 %) como principales medios para conocer los programas de atención, seguidos por la televisión (47,37 %). Los participantes de este estudio reconocen la existencia de programas en salud mental; sin embargo, esto no garantiza la asistencia de la población victimizada. En el caso de los más jóvenes, la Organización Mundial de la Salud (2005) señala la poca iniciativa que estos muestran por asistir a los servicios de psicología y médicos, lo que incide en la poca utilización de los recursos asignados.

La situación de desplazamiento forzado puede generar acontecimientos vitales estresantes en los ciudadanos, desembocando en la presencia de alteraciones en la salud física y mental. Los resultados de la última encuesta de salud mental en Colombia, realizada en el 2015, reflejan mayor presencia de trastornos del afecto y posible trastorno

de estrés postraumático en personas que residían en municipios con “conflicto ininterrumpido” (Gómez-Restrepo et al., 2016a). Campo-Arias et al. (2014) the internal armed conflict is a public health problem that generates various forms of violence (forced disappearances, forced displacement, massacres, torture and sexual violence examinan la prevalencia de enfermedades mentales entre 1994 y 2013 por medio de 13 estudios realizados con población adulta colombiana los que se evidencian síntomas de 9,9-63 %, posibles casos en un 21-97 % y trastornos mentales en un 1,5-32,9 %.

Según Charry-Lozano (2016), los resultados anteriores coinciden con lo reportado en trabajos investigativos realizados en población del suroccidente colombiano: Bojayá, Chocó (Londoño et al., 2005), Chengue, municipio de Ovejas; corregimiento de Libertad, municipio de San Onofre (Ramírez-Giraldo et al., 2017); municipio de El Cairo (Andrade Salazar, 2011); municipio de Trujillo (Vásquez Campos et al., 2018) y Tumaco (Barón Guerrero, 2018). El estudio realizado por Castaño Pérez et al. (2018) evidencia la prevalencia de trastornos en la población víctima del conflicto armado en tres grandes capitales y lugares de asentamiento como Bogotá, Medellín y Buenaventura, en donde los trastornos más prevalentes en el último año fueron la fobia específica (9,26 %) y la depresión mayor (7,12 %), estando más relacionada la presencia de la enfermedad mental con el hecho de ser mujer y haber sufrido más de un desplazamiento (Castaño et al., 2018). En el departamento de Caldas a pesar de contar con una política pública de salud mental y de la presencia en su construcción del “Centro de Atención a Víctimas y de Grupo de Víctimas” y del “Subcomité Departamental de Atención y Asistencia a Víctimas”, no se brindan datos o líneas de acción frente a las necesidades específicas

de esta población respecto a la salud mental (Delgado Enríquez et al., 2017).

En cuanto a la salud mental en la población infanto-juvenil, los resultados de la encuesta de salud mental en Colombia encontraron que el desplazamiento forzado no tiene una correlación positiva de cumplir criterios para el diagnóstico psiquiátrico, aunque las situaciones traumáticas se pueden considerar como un fuerte predictor; de igual manera, algunos estudios locales y con muestras más pequeñas evidencian que la exposición a violencia comunitaria y doméstica tienen una clara correlación positiva con problemas de salud mental y alteraciones del comportamiento. Por ejemplo, en Bogotá los niños preescolares de familias víctimas del desplazamiento presentan mayores dificultades en lo comportamental (Gómez-Restrepo et al., 2016b; Gómez-Restrepo et al., 2016c; Flink et al., 2013). Si bien existen importantes investigaciones sobre las consecuencias psicológicas en niños y adolescentes como resultado de la guerra, y la revisión sistémica de Kadir et al. (2019) entre 1945 y 2017 incluye un total de 155 publicaciones, sus resultados evidencian la necesidad urgente de investigar sobre los mecanismos por los cuales el conflicto afecta la salud mental y el desarrollo infantil, priorizando los estudios a largo plazo de la exposición al conflicto armado y los factores protectores contra los efectos del conflicto armado en niños y adolescentes; de igual manera, se deben habilitar servicios de atención prioritaria e integral que permitan subsanar en alguna medida las consecuencias de la guerra.

Atención en salud mental a las víctimas del conflicto armado

En apartados anteriores se expuso la normativa colombiana sobre la atención en salud de las víctimas del conflicto armado; de igual manera se presentaron datos que dan cuenta de la prevalencia de enfermedades de salud

mental en este grupo poblacional específico y la necesidad de medidas de prevención y promoción. Aunque existe la necesidad y normativas como la Ley 1616 del 2013, la brecha en salud mental sigue siendo muy notable, especialmente en la población víctima del conflicto armado; la cobertura que se les da a estas personas en salud no alcanza al 50 % de la población y esto se puede ver por el número de profesionales contratados y los recursos económicos invertidos para la atención integral en víctimas del conflicto armado; aun así, las diferentes instituciones en salud estarían jurídicamente y conceptualmente obligadas a adoptar una visión psicosocial de la salud, por lo menos para la población víctima del conflicto armado, así lo indica el artículo 3 de la Ley 1438, el cual expone que las víctimas deben atenderse a partir de un enfoque diferencial que logre la caracterización de sus demandas a partir de su ciclo vital, género, grupo étnico, discapacidad, procedencia geográfica y hecho victimizante.

Desde un inicio la atención en salud mental a las víctimas del conflicto armado fue pensado desde un enfoque psicosocial, como marco necesario para mitigar el impacto en la salud mental y garantizar la integridad psicológica, la capacidad de agenciar su vida y permitir la reinserción al mundo laboral y social.

La expedición de la Ley 1448 (Congreso de la República de Colombia, 2011) expone que la atención a las víctimas debe adelantarse con enfoque psicosocial. Según Moreno Camacho y Díaz Rico (2016):

Dicho encargo implica un gran desafío para las instituciones y profesionales que representan esta perspectiva de trabajo, en la medida en que tiene la apariencia de ser la fórmula adecuada para aliviar el sufrimiento de los afectados por el conflicto (p. 194).

Este mismo autor plantea que uno de los cuestionamientos más grandes es ¿qué es lo

psicosocial? y ¿qué es el enfoque psicosocial?, ya que pareciera que la inclusión de este componente en la ley hubiese estado incentivado por el uso cotidiano de un término que se ha hecho popular en los programas de atención encaminados a sujetos en situación de vulneración de derechos; así, el término de atención psicosocial se emplea para designar las labores desempeñadas por quienes conforman los equipos psicosociales (profesionales de la salud mental y las ciencias sociales). De igual manera, Henao Pérez (2018) refiere que el enfoque psicosocial en Colombia se ha construido sus propias formas de ser, entenderse, conceptualizarse e implementarse como una colcha de retazos; lo que puede ser comprendido como una característica intrínseca, no universal, como una forma particular de dar respuesta a las necesidades de los contextos y las víctimas, reconocimiento al sentido del enfoque psicosocial y su utilidad y pertinencia en un contexto de violencia sociopolítica y de construcción de paz.

Según Obando Cabezas et al. (2017), el verdadero problema del modelo psicosocial radica en no ser aceptado e incluido en los contextos donde han primado otros discursos teóricos que desconocen las dimensiones psicológica, social, jurídica y política en que se inscribe la vida humana. Carmona Parra (2013) considera que la unidad de análisis de la psicología social está constituida por los vínculos y las personas en situación. Este es el caso de hospitales, centros de salud y otras instituciones con la labor misional de integrar la red de salud pública de un municipio, ciudad o nación. En dichos espacios el modelo que tiene dominancia es el biomédico que cuenta como conceptos claves los términos de enfermedad, paciente y curación; esto implica que el profesional de salud desarrolla prácticas y discursos que suponen el carácter privado del padecimiento del sujeto y la necesidad de implementar una forma de intervención igualmente individualizante cuyo

fin último es procurar la cura de la enfermedad física.

Así mismo, en el ámbito de la atención psicosocial a víctimas es necesario reflexionar sobre el reconocimiento de un individuo en la figura de “víctima del conflicto armado”; esto se puede justificar desde el reconocimiento de los derechos humanos en pro de la defensa de la dignidad de las personas sometidas a hechos violentos. Moreno Camacho y Díaz Rico (2016) consideran que las reflexiones a partir de la revisión documental permiten argumentar que el significante de víctima tiene una connotación que se asocia a los efectos que trae para una persona determinada el sometimiento a acto violentos; así, cuando se clasifica a las personas como víctimas, cabe la posibilidad de que sean comprendidas como representantes de una categoría predefinida y, por ello, se busque implementar soluciones estandarizadas para su tratamiento. Autores como Meertens (2006) consideran que la forma como se rotula a las personas va a determinar el derrotero de la intervención, así como la forma en que los profesionales se relacionan con las personas atendidas; lo anterior se hace aún más visible en las relaciones establecidas en los escenarios de atención psicosocial y el tipo de actividades que se proponen y se ejecutan.

Según Vivares Porras et al. (2020), la postura psicosocial constituye una forma de razonamiento y pensamiento que da un marco de interpretación a lo humano y social, lo anterior de la mano de Villa Gómez (2012) que considera que “hablar de acompañamiento psicosocial implica, por tanto, una posición que atraviesa no solo lo teórico y la intervención misma, sino también un lugar ontológico, ético, político, epistemológico y metodológico” (p. 353). Se puede percibir que la orientación “psicosocial” se ha instaurado como una moda y tendencia teórica, por lo que resulta inevitable que los profesionales en las ciencias sociales y las ciencias de la salud

como la psicología sean sujetos críticos de las intervenciones y programas que hacen uso de este concepto de forma indiscriminada.

En esta misma línea, Obando Cabezas et al. (2017) consideran que la psicología como disciplina de la salud ha de generar estrategias y herramientas que permitan la atención integral a toda persona víctima del conflicto interno. Así, su implementación debe promover la búsqueda de bienestar individual y colectivo, la reconstrucción de tejido social y la atención en salud mental. Los autores anteriormente mencionados sugieren un modelo analítico que permite organizar la intervención psicosocial para víctimas del conflicto armado, y que se estructuraría en torno a las cinco dimensiones básicas que implican la reparación: 1) restitución; 2) compensación; 3) rehabilitación; 4) satisfacción, y 5) prevención. Estas dimensiones no implican los aspectos jurídicos, económicos y materiales con los que usualmente han estado asociados, sino que se reinterpretan desde una visión psicosocial permitiendo a los diferentes individuos, grupos y comunidades que edifiquen identidades.

Si bien a la atención psicosocial se debe repensar buscando promover una visión integral en la atención a las víctimas del conflicto armado, no se puede perder el principio de oportunidad que rige al sistema de salud y, especialmente, a las víctimas del conflicto armado, en el que la cobertura en salud mental presenta grandes limitaciones en el número y la calidad de la atención. En el estudio de Castaño Pérez et al. (2018), con una muestra total de 1026 personas víctimas del conflicto armado de las ciudades de Medellín, Bogotá y Buenaventura, se evidenció que más de la quinta parte de los participantes de la investigación (20,3 %) manifestaron alguna necesidad de atención por parte de profesionales de salud mental como psicología o psiquiatría; de estos solo el 15,3 % lograron acceder a dicha atención, lo que

muestra que el 24,6 % de la población que percibe la necesidad de atención aún no la había recibido; dentro de esta misma muestra de investigación las personas que contaban con diagnóstico de algún trastorno mental, el 27,8 %, respondieron que habían presentado alguna dificultad para acceder a los servicios de atención en salud.

Cuartas Ricaurte et al. (2019) consideran que las estrategias de intervención que están dirigidas a aumentar la calidad y el acceso a los tratamientos de salud entre las víctimas del conflicto no solo llevarán a mejoras en la salud mental entre ellas, sino que reducirán de manera significativa las desigualdades en salud mental en el territorio colombiano. Es importante mencionar que en Colombia se cuenta con las herramientas de intervención basadas en la evidencia y protocolos unificados a las características contextuales y culturales particulares de las víctimas del conflicto armado (Castro-Camacho et al., 2019), pero estas no se pueden implementar debido a la intermitencia de los servicios y a la pobre contratación de personal especializado para su ejecución.

Conclusiones

A pesar de los avances en materia de salud mental en el territorio, como los que consagró la Ley 1616 de 2016, y aun con los esfuerzos plausibles en cada uno de los departamentos del territorio nacional para aplicar la normativa nacional y actualizar las políticas públicas de salud mental regionales con el objetivo de caracterizar las necesidades de salud y determinar las líneas de acción más pertinentes, Colombia hoy tiene serios desafíos para abordar las diferentes necesidades de salud física y mental surgidas como consecuencia del conflicto armado. Algunos de estos desafíos incluyen de forma prioritaria la caracterización objetiva y subjetiva de las necesidades expresadas que permita guiar

las intervenciones y los servicios adecuados frente a la salud mental; de igual manera, aunque faltan muchos ámbitos por cubrir y explorar respecto de las consecuencias de la guerra, la salud mental de niños y adolescentes debe ocupar un lugar importante en la agenda de los investigadores y los tomadores de decisiones para generar algunas propuestas de prevención y promoción diferencial.

Ante este panorama, uno de los desafíos identificados de forma prioritaria por Tama-yo-Agudelo y Bell (2019) es la disponibilidad de los servicios en salud mental para la población en general, ya que tradicionalmente se ha tenido un acceso deficiente a estos, y especialmente para las personas desplazadas, quienes deben contar con atención prioritaria, ya que representan cerca del 15 % de la población nacional y tienen necesidades adicionales, pero por lo general viven dentro de comunidades con altos factores de riesgo de mala salud mental y falta de acceso de apoyo. Además, los sujetos con una exposición muy alta al conflicto pueden presentar problemas más severos y complejos que requieren tratamiento especializado; los combatientes también puede ser víctimas, lo que genera necesidades de atención complejas que implican la protección pública y el acceso a los servicios de salud.

Entre una de las principales barreras para el acceso a la atención en salud mental se encuentra la cobertura del sistema. Si bien el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2018b) expone en su boletín de salud mental, sobre la oferta y el acceso a servicios en salud mental, que para julio de 2018 existían 1918 entidades habilitadas para prestar servicios de salud mental, se podría calcular que cerca del 60 % se encuentran ubicadas en las grandes capitales del país, aspecto que afecta las situaciones individuales y familiares de los usuarios, por las barreras económicas, informativas y geográficas con las cuales se debe enfrentar la población víctima.

Hay también factores de tipo administrativo y procedimientos que implican trámites complicados en su ejecución y comprensión, si se consideran los niveles educativos de las personas desplazadas de sus territorios y los tiempos de espera para recibir ayuda. Una de las barreras más importantes para tener en cuenta viene dada por las características del modelo de atención; si bien se ha dicho que este debe seguir una perspectiva psicosocial, se caracteriza según Castaño (2018) por la falta de integralidad, oportunidad, continuidad y calidad, y se debería tener en cuenta no solo el riesgo y la posible vulnerabilidad, sino además los índices de mortalidad ya instalada.

Aunque la Ley de restitución de tierras (Congreso de la República de Colombia, Ley 1448, 2011), por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno, expone que la atención a esta población se debe dar desde un enfoque psicosocial, según lo expresado por diferentes investigaciones a nivel nacional como la de Gómez-Restrepo et al. (2016c) es necesario facilitar el acceso a los servicios especializados en salud mental para el tratamiento y seguimiento a lo largo del tiempo de las enfermedades mentales que padecen las víctimas del conflicto armado; igualmente, las estrategias implementadas deben partir del reconocimiento de las características y necesidades particulares. Como lo refiere Castaño (2018), es

necesario fortalecer y dar continuidad a los programas de intervención psicosocial elaborados por organismos nacionales e internacionales, con el fin de que no actúen de manera puntual, aislada y discontinua, sino que hagan parte de una acción conjunta entre instituciones y colectivos, a largo plazo (p. 261).

De igual manera, el enfoque psicosocial debe estar delimitado en sus alcances y las competencias con las que debe contar un profesional para trabajar con población

víctima del conflicto armado. Si bien el Decreto 250 de 2005 instaura la atención a la población desplazada por parte de profesionales con formación específica y experiencia relacionada, esto entra en tela de juicio cuando las atenciones son prestadas por practicantes de programas de formación de las ciencias sociales y del área de la salud como trabajo social y psicología, ya que no cuentan con profesionales de planta o estos no dan abasto para la totalidad de la población que requiere ser atendida; por lo que el llamado sería a garantizar la calidad de la intervención en la población asegurando el principio de beneficencia con el cual se rigen los profesiones de la psicología según lo consagrado en la Ley 1090 de 2006.

Es importante mencionar que en la Resolución 736 del 8 de mayo de 2020 se le asignan recursos al programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI) por cerca de 24 mil millones de pesos, aunque en esta resolución los rubros que fueron asignados corresponden a solicitudes y necesidades de años pasados y no a un recurso nuevo. La Unidad Nacional de Atención a Víctimas (UNAV) informa que para abril de 2020 en Colombia había 7 277 408 víctimas que son sujetas de atención, con alrededor de 700 psicólogos contratados a nivel nacional; solo en el departamento de Caldas se registran 84 900 víctimas sujetas de atención de las que no se conocen datos con claridad de cuáles han sido atendidos, según qué modalidades y por qué profesionales; lo anterior evidencia que la cobertura en salud para las víctimas del conflicto armado es pobre.

Reconocer las intervenciones psicosociales que se han utilizado con éxito es fundamental para complementar y fortalecer diferentes tipos de intervención. La revisión de Kadir et al. (2018) logra evidenciar que las intervenciones coordinadas de salud psicosocial y mental en las escuelas son be-

neficiosas, ya que permiten superar algunas de las dificultades que ocurren como consecuencia de la migración forzada, esto debido a que los niños víctimas de los conflictos armados buscan educación para mejorar sus vidas y su futuro; abordar el trauma psicológico y promover la salud mental en la población afectada por los conflictos armados, especialmente los niños y adolescentes, posibilita la resiliencia en estos como un proceso de adaptación positivo frente a la exposición a eventos negativos o amenazas.

La investigación en salud mental en la población víctima del conflicto armado ha arrojado estadísticas y resultados parcializados, y comprensiones de su configuración psicológica que no conducen a la construcción de políticas públicas; así, los investigadores de esta temática deberían pasar a la fase de diagnóstico: ¿qué les sucede?, ¿a cuántos les sucede?, a responder otros interrogantes que permitan generar estrategias o fortalecer las existentes para intervenir los problemas detectados buscando la no repetición, la resignificación, que ayuden y logren responder a las necesidades de atención en salud mental de esta población. Asimismo, es importante reconocer de alguna forma los datos y las vivencias entregadas desde su subjetividad por los diferentes colectivos de víctimas que permiten su caracterización, ya que muchos de estos se sienten “usados” para hacer trabajos de maestría o doctorados que quedan publicados en revistas indexadas, pero de los cuales no logran una mejor integración laboral, un mejor acceso a la salud o una disminución en la estigmatización. Además, los entes gubernamentales deben generar políticas y tomar decisiones partiendo de los resultados de las investigaciones psicosociales y en salud (Bonilla-Escobar et al., 2018).

El Programa de Atención Psicosocial y Salud a Víctimas Integrales (PAPSIVI) se fundamenta en los principios de los derechos

humanos, la salud pública y la psicología comunitaria. Es diseñado con el objetivo de aumentar de forma significativa el acceso a los servicios de salud mental a través de médicos comunitarios, trabajadores sociales y psicólogos. El PAPSIVI es un programa bien diseñado y prometedor. Aunque se encuentra en sus primeras etapas, ya se han planteado algunas preocupaciones respecto a su lenta implementación y a la capacidad de prestar servicios a los millones de personas víctimas del conflicto armado (Sánchez Jaramillo, 2016). La publicación del manual del protocolo PAPSIVI 2017: Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2017) abordó en cierta medida las preocupaciones referentes a la falta de recomendaciones basadas en la evidencia para intervenciones y estándares poco claros para los médicos; igualmente, se consideró que la falta de métodos estandarizados que permitan medir los resultados y los impactos en la calidad de vida de las personas atendidas es una de las limitaciones más notables para determinar la efectividad del programa. Es importante agregar que este protocolo lleva solo tres años desde su publicación y aún no hay claridad respecto de la ejecución con éxito de los estándares propuestos por los equipos de atención psicosocial existentes en el territorio nacional. Es de aclarar que este solo está disponible para las personas que se encuentren registradas como víctimas del conflicto armado, por lo que puede pasar mucho tiempo entre el registro de una persona y el acceso efectivo a los servicios de salud. Por esta situación, tal como lo refieren Rodríguez de Bernal y Rubiano Soto (2016) una mejor integración de la atención en salud mental en la atención primaria puede ser un paso adicional que tiene el potencial de abordar los diferentes efectos del conflicto armado.

La investigación de Vivares Porras et al. (2020) evidencia que las intervenciones a la población víctima no responden al enfoque psicosocial a pesar de estar enmarcadas en la Ley 1448 de 2011; lo anterior, según los autores, se debe a la distancia existente entre lo que requieren los programas de intervención del profesional y lo que este decide realizar, así se evidencia la principal dificultad de parte de los psicólogos y de las iniciativas de tipo estatal para construir acciones con las que las personas víctimas del conflicto armado tengan una voz que pueda ser escuchada.

La implementación de proyectos que buscan permitir el acceso a estrategias de intervención psicosocial a víctimas del conflicto presenta una seria dificultad que es documentada en el trabajo de Villa Gómez et al. (2017) en el que se muestra que se da por varias causas: la aplicación estándar de teorías sin una lectura previa del contexto que puede terminar convirtiéndose en generadora de daño; los tiempos de planificación de los proyectos no coinciden con los tiempos de las comunidades, impidiendo la construcción de una “comunidad moral”; los tiempos de ejecución y contratación; la “lógica del formato” que busca solo obtener evidencia para justificar o no ser castigado por un ente estatal, dejando de lado temas como la sensibilidad, el vínculo, la confianza y la disposición hacia los demás y, por último, el clientelismo que obstaculiza el fortalecimiento de la relación Estado-ciudadano, parte fundamental para la recuperación y reparación social.

La normativa dictada en Colombia en materia de protección y atención a las personas víctimas del conflicto armado es amplia y quizás una de las más completas al compararla con otros países, pero su principal dificultad recae en que la implementación de dichas políticas se realiza desde la mirada de la vulnerabilidad dejando a un costado la complejidad de la problemática que requiere una pluralidad de intervenciones como

la atención psicosocial, la rehabilitación basada en la comunidad, la intervención sistémica y familiar, los grupos de ayuda mutua (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2018c; Agudelo-Hernández, 2022; Agudelo-Hernández et al., 2023) dirigidas a remediar el dolor y atender el duelo y mitigar el impacto del trauma. Sumado a lo anterior, se deben en cuenta otros determinantes sociales como la economía, la reformas al sistema de salud, los CONPES, el cumplimiento de los acuerdos de paz y otras disposiciones dentro del sistema de protección de la víctimas.

Así mismo, la legislación en torno a la salud mental, tal como lo refieren Rojas Bernal et al. (2018), puede evidenciar que en Colombia “se escriben muy bien las leyes en el papel, pero no tienen la fuerza para transformar un sistema de salud fragmentado y en crisis” (p. 132), el cual presenta falta de contratación de profesionales especializados en la atención en salud mental y centros de atención con crisis financieras por las deudas de las empresas de salud que prestan servicios; lo anterior evidencia que el ámbito jurídico para la atención se encuentra al día, pero se presenta una pobre cobertura de salud mental e instituciones debilitadas en la atención debido a crisis financieras que no les permiten contratar personal con alta formación. Por otra parte, el acceso a la salud mental puede aumentar si diferentes profesionales de la salud y trabajadores psicosociales pueden activar las rutas de atención y salud mental; como refieren Delgado Reyes y Agudelo Hernández (2023), esto:

daría mejores resultados y gestión eficaz de los recursos para personas con molestias físicas persistentes; podría proveer intervenciones más tempranas para prevenir el deterioro y promover el bienestar emocional; apoyaría a todo el sistema para mejorar el acceso a la provisión adecuada de servicios de salud mental especializada, que conduzca a una mejor participación, con menos posibili-

dades de que los pacientes vayan de servicio en servicio de forma discontinua (p. 7).

En definitiva, se debe tener en cuenta que la ejecución de la política de salud mental en Colombia, según Agudelo-Hernández y Rojas Andrade (2021), está muy lejos de materializarse, principalmente por problemas de implementación. Se enfatiza en la importancia de la ciencia de la implementación para que los sistemas de salud funcionen en condiciones cada vez más dinámicas y las inversiones en investigación maximicen el valor de la atención médica y mejoren la salud pública. Así mismo, se requiere reforzar la atención de la salud pública clásica con la propuesta de salud colectiva/medicina social para la construcción de paz en Colombia, que propone una mirada integral de la salud mental con pertinencia sociocultural y desde una posición crítica y sociohistórica (Hernández-Holguín, 2020).

Es importante reconocer que la construcción de saberes y las guías de intervención pueden surgir desde la unión de la práctica y la teoría, como una labor consciente de un ejercicio artesanal en el que se conoce y comprende la realidad por estar en ella, actuar sobre ella y leerla desde adentro movilizandolos diferentes estrategias que permitan el cambio y la transformación; por esto, para entender la salud mental de la población víctima se requieren más acciones integrales como el acompañamiento psicológico y la reinserción a la vida laboral que permitan percibir a cada una de estas personas como dueñas de su propia vida.

Conflictos de interés

Todos los autores declaramos que no tenemos ningún conflicto de interés financiero, profesional o personal, que pueda influir de forma inapropiada en los resultados obtenidos o las interpretaciones propuestas.

Contribuciones de los autores

Andrés Camilo Delgado Reyes: contribuciones sustanciales a la concepción, el diseño del artículo, adquisición, análisis e interpretación de los datos para el trabajo. Redacción del artículo y la revisión crítica de su contenido. Aprobación final de la versión para publicar. Ser responsable de todos los aspectos del trabajo.

Valentina González Carreño: contribuciones sustanciales a la concepción, el diseño del artículo, adquisición, análisis e interpretación de los datos para el trabajo. Redacción del artículo y la revisión crítica de su contenido. Aprobación final de la versión para publicar. Ser responsable de todos los aspectos del trabajo.

Maria Teresa Carreño Bustamante: contribuciones sustanciales a la concepción, el diseño del artículo, adquisición, análisis e interpretación de los datos para el trabajo. Redacción del artículo y la revisión crítica de su contenido. Aprobación final de la versión para publicar. Ser responsable de todos los aspectos del trabajo.

Referencias

- Agudelo-Hernández, F. (2022). *Las políticas del acontecimiento en los grupos de ayuda mutua (GAMJ) de salud mental juvenil en Colombia*. Universidad de Manizales. <https://ridum.umanizales.edu.co/handle/20.500.12746/6397>
- Agudelo-Hernández, F. & Rojas-Andrade, R. (2021). Ciencias de la implementación y salud mental: un diálogo urgente. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.001>
- Agudelo-Hernandez, F., Rojas-Andrade, R. M., Guapacha Montoya, M. & Delgado-Reyes, A. C. (2023). Identification of components associated with the operation of Mutual Aid Groups: a scoping review. *Revista Colombiana de Psicología*, 32(2), 95-113. <https://ouci.dntb.gov.ua/en/works/4NwWXzvl/>
- Andrade Salazar, J. A. (2011). Efectos psicopatológicos del conflicto armado Colombiano en familias en situación de desplazamiento forzado reasentadas en el municipio del Cairo en el año 2008. *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 7(20), 111-114. <https://www.redalyc.org/pdf/709/70922149005.pdf>
- Barón Guerrero, K. A. (2018). *Caracterización de necesidades en salud mental de adolescentes expuestos al conflicto armado en Tumaco, Nariño*. Pontificia Universidad Javeriana Cali.
- Bonilla-Escobar, F. J., Fandiño-Losada, A., Martínez-Buitrago, D. M., Santaella-Tenorio, J., Tobón-García, D., Muñoz-Morales, E. J., Escobar-Roldán, I. D., Babcock, L., Duarte-Davidson, E., Bass, J. K., Murray, L. K., Dorsey, S., Gutiérrez-Martínez, M. I. & Bolton, P. (2018). A randomized controlled trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral intervention for Afro-descendants' survivors of systemic violence in Colombia. *PloS one*, 13(12), e0208483. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208483>
- Buelvas, F. & Amaris, M. (2010). Comprensión del bienestar en una persona desplazada por la violencia sociopolítica. *Psicología Desde El Caribe*, (26), 156-177. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/129/9266>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C. & Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 177-185. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.003>
- Carmona Parra, J. A. (2013). ¿Qué es lo psicosocial? Una urdimbre transdisciplinar con cinco madejas. *Complejidad*, (19), 37-45.
- Castaño, G., Sierra, G., Sánchez, D., Torres, Y., Salas, C. & Buitrago, C. (2018). Mental disorders and drug use in victims of the armed conflict in three cities in Colombia. *Biomédica: Revista del Instituto Nacional de Salud*, 38(1),

- 70-85. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3890>
- Castaño Pérez, G. A., Sierra Hincapié, G. M., Sánchez Acosta, D., Semenova Moratto, N., Salas Zapata, C., Buitrago Salazar, C. & Agudelo Martínez, M. A. (2018). *Salud mental en víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia. El caso de Bogotá, Medellín y Buenaventura*. Editorial CES. <http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/3846/1/Salud-mental-en-v%C3%ADctimas-de-desplazamiento-forzado-por-la-violencia-en-C....pdf>
- Castro-Camacho, L., Rattner, M., Quant, D. M., González, L., Moreno, J. D. & Ametaj, A. (2019). A contextual adaptation of the united protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders in victims of the armed conflict in Colombia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(2), 351-365. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.08.002>
- Charry-Lozano, L. (2016). Impactos psicológicos y psicosociales en víctimas sobrevivientes de masacre selectiva en el marco del conflicto Suroccidente Colombiano en el año 2011. Antistio. *Revista del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia*, 3(2), 53-62. <https://doi.org/10.16925/cf.v3i2.1756>
- Comisión de Seguimiento y Monitoreo a la Implementación de la Ley 1448 de 2011 Ley de Víctimas y Restitución de Tierras. (2022, 22 de agosto). *Noveno informe de seguimiento al Congreso de la República 2021-2022*. Procuraduría General de la Nación, Defensoría del Pueblo, Contraloría General de la República, Mesa Nacional de Participación de Víctimas. <https://www.procuraduria.gov.co/Documents/Mayo%202023/NOVENO%20INFORME%20CSMLV.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (2007, 9 de enero). *Ley 1122*. Diario Oficial 46506. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html
- Congreso de la República de Colombia. (2011, 10 de junio). *Ley 1448*. Diario Oficial 48096. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1448_2011.html
- Congreso de la República de Colombia. (2016, 21 de enero). *Ley 1616*. Diario Oficial 48680 http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html
- Congreso de la República de Colombia. (2021, 8 de enero). *Ley 2078*. Diario Oficial 51551. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_2078_2021.html
- Corte Constitucional de Colombia. (2004, 22 de enero). *Sentencia T-025* [M. J. Cepeda Espinosa, M. P.]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-025-04.htm>
- Cuartas Ricaurte, J., Liévano Karim, L., Martínez Botero, M. A. & Hessel, P. (2019). The invisible wounds of five decades of armed conflict: inequalities in mental health and their determinants in Colombia. *International Journal of Public Health*, 64(5), 703-711. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01248-7>
- Delgado Enríquez, L. P., Jaramillo Ortegón, D. P., Nieto Murillo, E., Saldarriaga Toro, G. I., Sánchez Henao, C. L., Sánchez López, J. V., Rovira Rubio, R. & Orozco Duque, M. I. (2017). *Política pública de salud mental en el departamento de Caldas. Un aporte al bienestar y a la Inclusión*. Universidad Autónoma. <https://repositorio.autonoma.edu.co/handle/11182/976>
- Delgado Reyes, A. C. & Agudelo Hernández, A. F. (2022). La psicología clínica como disciplina de entrada y articuladora de las rutas en salud mental en Colombia. *Psicoespacios*, 16(29), 1-9. <https://doi.org/10.25057/21452776.1485>
- Delgado Reyes, A. C. & Sánchez López, J. V. (2019). Miedos, fobias y sus tratamientos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 42-78. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi192c.pdf>
- Espitia, J. (2015). Los hechos victimizantes a nivel departamental (1985-2014). *Seminario virtual viva la ciudadanía. Edición 442*. http://viva.org.co/cajavirtual/svc0442/pdfs/Articulo160_442.pdf
- Flink, I. J., Restrepo, M. H., Blanco, D. P., Ortegón, M. M., Enríquez, C. L., Beirens, T. M. &

- Raat, H. (2013). Mental health of internally displaced preschool children: a cross-sectional study conducted in Bogotá, Colombia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(6), 917-926. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0611-9>
- Gaitán-Arias, G. (2020). Vínculos psíquicos con el territorio de personas que vivieron el desplazamiento forzado por el conflicto armado en Colombia y habitan zonas de riesgo de desastres en la Ciudad de Manizales. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 14(2020), 65-88. <http://teocripsi.com/ojs/index.php/TCP/article/view/308/273>
- García, F. E., Vega Rojas, N., Briones Araya, F. & Bulnes Gallegos, Y. (2018). Rumination, posttraumatic growth and posttraumatic symptoms in people who have lived highly stressful experiences. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 36(3), 443-458. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4983>
- Gómez-Restrepo, C., Aulí, J., Tamayo Martínez, N., Gil, F., Garzón, D. & Casas, G. (2016c). Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 39-49. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.06.010>
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Tamayo Martínez, N., Rondón, M., Bautista, N., Rengifo, H. & Medina Rico, M. (2016b). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población de adolescentes colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 50-57. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.009>
- Gómez-Restrepo, C., Tamayo-Martínez, N., Buitrago, G., Guarnizo-Herreño, C. C., Garzón-Orjuela, N., Eslava-Schmalbach, J., De Vries, E., Rengifo, H., Rodríguez, A. & Rincón, C. J. (2016a). Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.11.001>
- González, L. M., Peñaloza, R. E., Matallana, M. A., Gil, F., Gómez-Restrepo, C. & Vega Landaeta, A. P. (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.004>
- Henao Pérez, L. P. (2018). *La dimensión política del acompañamiento psicosocial: Trayectorias, prácticas cotidianas e intersubjetividad en profesionales psicosociales que trabajan con víctimas del conflicto armado* [tesis de maestría, Universidad de los Andes]. Repositorio Uniandes. <https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/962badbf-b1c7-4874-91c5-cf91d5d24eb5/content>
- Hernández-Holguín, D. M. (2020) Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 25(3), 929-942. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.01322018>
- Hewitt Ramírez, N., Juárez, F., Parada Baños, A. J., Guerrero Luzardo, J., Romero Chávez, Y. M., Salgado Castilla, A. M. & Vargas Amaya, M. V. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125-140. <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.49966>
- Jiménez Jiménez, W. A. (2009). Salud mental en el posconflicto colombiano. *Revista Criminalidad*, 51(1), 179-192. <https://revistacriminalidad.policia.gov.co:8000/index.php/revcriminalidad/article/view/432>
- Kadir, A., Shenoda, S. & Goldhagen, J. (2019). Effects of armed conflict on child health and development: A systematic review. *Plos One*, 14(1), e0210071. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210071>
- Kadir, A., Shenoda, S., Goldhagen, J., Pitterman, S., Section On International Child Health, Suchdev, P. S., Chan, K. J., Howard, C. R., McGann, P., St Clair, N. E., Yun, K. & Arnold, L. D. (2018). The Effects of Armed Conflict on Children. *Pediatrics*, 142(6), e20182586. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2586>

- Latorre Santos, C. (2012). Marco normativo del Sistema General de Seguridad Social para la atención de la población en situación de desplazamiento forzado. En M. H. Restrepo Espinosa, *Salud mental y desplazamiento forzado*. Editorial Universidad del Rosario.
- Londoño, N. H., Muñiz, O., Correa, J. E., Patiño, J. D., Jaramillo, G., Raigoza, J., Toro, L., Restrepo, D. A. & Rojas, C. (2005). Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Choco, Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 493-505. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80634403.pdf>
- Lozano, M. C. & Gomez, M. L. (2004). Aspectos psicológicos, sociales y jurídicos del desplazamiento forzoso en Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, (12), 103-119. <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/473>
- Luna Hernández, J. A., Rodríguez Rojas, P. D. & Hernández Arteaga, I. (2018). Perfil neuropsicológico de atención y memoria en víctimas del conflicto armado colombiano. *Revista de Psicología*, 36(2), 701-718. <https://doi.org/10.18800/psico.201802.011>
- Meertens, D. (2006). Reflexiones éticas, metodológicas y conceptuales sobre la investigación en desplazamiento y género. En M. N. Bello, *Investigación y desplazamiento forzado. Reflexiones éticas y metodológicas* (pp. 112-125). Red nacional sobre desplazamiento forzado en Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015a). *¿Qué es el programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas? PAPSIVI. Guía para personas afectadas por el conflicto armado*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Guia-personas-afectadas-conflicto-armado.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015b). *Todo lo que debes saber sobre el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas. PAPSIVI. Guía para servidores públicos*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Papsivi-guia-servidores-publicos.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2017). *Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado*. Ministerio de Salud y Protección Social-Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Protocolo-de-atencion-integral-en-salud-papsivi.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018a, 7 de noviembre). *Resolución 4886*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018b). *Boletín de salud mental oferta y acceso a servicios en salud mental en Colombia*. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles-Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-6-salud-mental-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018c). *Orientaciones para el Trabajo con Grupos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua*. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles-Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Orientaciones-grupos-apoyo-ayuda-mutua.pdf>
- Moreno Camacho, M. A. & Díaz Rico, M. E. (2016). Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. *El Ágora USB*, 16(1), 193-213. <https://www.redalyc.org/pdf/4077/407755353010.pdf>
- Obando Cabezas, L., Salcedo Serna, M. A. & Correa, L. F. (2017). La atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado en contextos institucionales de salud pública. *Psicogente*, 20(38), 382-397. <http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2559>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de

- Nijmegen y Maastricht. <http://www.who.int/iris/handle/10665/78545>
- Piñeros-Ortiz, S., Moreno-Chaparro, J., Garzón-Orjuela, N., Urrego-Mendoza, Z., Samacá-Samacá, D. & Eslava-Schmalbach, J. (2021). Mental health consequences of armed conflicts in children and adolescents: An overview of literature reviews. Consecuencias de los conflictos armados en la salud mental de niños y adolescentes: revisión de revisiones de la literatura. *Biomédica. Revista del Instituto Nacional de Salud*, 41(3), 424-448. <https://doi.org/10.7705/biomedica.5447>
- Presidencia de la República de Colombia. (2007, 10 de agosto). *Decreto 3039*. Diario Oficial 46716. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_3039_2007.htm
- Presidencia de la República de Colombia. (2011, 20 de diciembre). *Decreto 4800*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=45063>
- Ramírez-Giraldo, A., Hernández-Bustamante, O., Romero-Acosta, K. & Porras-Mendoza, E. (2017). Trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en personas víctimas del conflicto armado en Colombia : el caso de Chengue y de Libertad. *Psicología desde El Caribe*, 34(1), 30-41. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14482/psdc.34.1.9775>
- Restrepo, J., Echeverri, E., Vásquez, J. & Rodríguez, S. (2006). *El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia*. Centro de Investigaciones Económicas Universidad de Antioquia.
- Restrepo-Espinosa, M. H. (2012). Información general del marco normativo de la Sentencia T-025 de la Corte Constitucional. En M. H. Restrepo Espinosa, *Salud mental y desplazamiento forzado*. Editorial Universidad del Rosario.
- Rodríguez de Bernal, M. C. & Rubiano Soto, N. (2016). *Salud Mental y Atención Primaria En Salud: Una Necesidad Apremiante Para El Caso Colombiano*. Colegio Colombiano de Psicólogos.
- Rojas Bernal, L., Castaño Pérez, G. A. & Restrepo Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Revista CES Medicina*, 32(2), 129-140. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6>
- Salazar, V., González, P., Buitrago, L., Bernal, M., Vergara, M., Herrera, G., Sanchez Lopez, J., Aguirre, L. y Ortiz, Y. (2018). *Actualización de la política pública de Juventud del departamento de Caldas 2018-2028*. UAM. <https://editorial.autonoma.edu.co/index.php/libros/catalog/book/66>
- Sánchez Jaramillo, F. (2016). *Salud mental y "posconflicto". Violencia sexual, tortura, desplazamiento y minas antipersonal*. Salud, Ciencia y Periodismo. https://www.colpsic.org.co/aym_image/files/Articulo_MSF_y_ColPsic_14-10-2015_DC_7_final.pdf
- Tamayo-Agudelo, W. & Bell, V. (2019). Armed conflict and mental health in Colombia. *BJPsych International*, 16(2), 40-42. <https://doi.org/10.1192/bji.2018.4>
- Unidad Nacional de Atención a Víctimas. (2020). *Registro Único de Víctimas*. <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>
- Unidad Nacional de Atención a Víctimas. (2023). *Datos para la Paz*. <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/>
- Vásquez Campos, J. H., Echeverri Londoño, M. C., Moreno Correa, J. C., Carrasco-Tapias, N. E., Ferrel Ortega, F. R. & Ferrel Ballestas, L. F. (2018). El apoyo social percibido por las víctimas del conflicto armado en Colombia. *El Ágora USB*, 18(2), 362-373. <https://doi.org/10.21500/16578031.3387>
- Villa Gómez, J. D. (2012). La Acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales: ¿podemos pasar de la moda a la precisión teórica, epistemológica y metodológica? *El Ágora USB*, 12(2), 349-365. <https://doi.org/10.21500/16578031.208>
- Villa Gómez, J. D., Arroyave Pizarro, L., Montoya Betancur, Y. & Muñoz, A. (2017). Vicisitudes de los proyectos institucionales de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado

colombiano. *El Ágora USB*, 17(1), 157-175.
<https://doi.org/10.21500/16578031.2817>

Vivares Porras, D. V., Hernández Zapata, E. A. & Cañaveral Castro, J. F. (2020). Procesos de subjetivación laboral en la intervención a

víctimas del conflicto armado: el interventor politizado. *El Ágora USB*, 20(1), 82-98.
<https://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/4643>