

**Salud mental en víctimas de
desplazamiento forzado
por la violencia en Colombia**
El caso de Bogotá, Medellín
y Buenaventura

Salud mental en víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia

El caso de Bogotá, Medellín y Buenaventura

Guillermo Alonso Castaño Pérez

Gloria María Sierra Hincapié

Daniela Sánchez Acosta

Nadia Semenova Moratto

Carolina Salas Zapata

Carolina Buitrago Salazar

María Alejandra Agudelo Martínez



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1373 del 22 de marzo de 2007

Castaño, Guillermo Alonso

Salud mental en víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia. El caso de Bogotá, Medellín y Buenaventura / Guillermo Alonso Castaño Pérez, Gloria María Sierra Hincapié, Daniela Sánchez Acosta, Nadia Semenova Moratto, Carolina Salas Zapata, Carolina Buitrago Salazar, María Alejandra Agudelo Martínez – Medellín: Universidad CES, 2018.

300 paginas ; 24 x 17 cm.

ISBN: 978-958-8674-59-9

1. Salud mental 2. Desplazamiento forzado 3. Violencia en Colombia 4. Víctimas del conflicto armado 5. Trastornos mentales.

CDD:362.2

**Salud mental en víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia.
El caso de Bogotá, Medellín y Buenaventura**

ISBN 978-958-8674-59-9

ISBNe 978-958-8674-60-5

Primera edición, febrero de 2018

© Universidad CES

© Editorial CES

Calle 10 A No 22-04, teléfono 4440555, ext. 1154-1641

<http://www.ces.edu.co/editorial>

editorial@ces.edu.co

Medellín Colombia

Libro producto de investigación financiada por COLCIENCIAS, contrato 848-2015, suscrito con el Grupo de investigación en salud mental de la Universidad CES. Convocatoria 711 de 2015.

Agradecimientos: Alexandra Montoya Espinosa. Coordinadora de trabajo de campo en Buenaventura. Alejandra Martínez Rocha. Coordinadora de trabajo de campo en Bogotá.

Este libro cumple con lo dispuesto por la normativa colombiana que regula el depósito legal, con el fin de “garantizar su conservación e incrementar la memoria cultural del país”. Las ideas expresadas en esta publicación por los autores, no comprometen a la Universidad CES o a su Editorial, frente a terceros.

Está prohibido el uso total o parcial de esta obra sin autorización escrita de la Universidad CES, salvo las excepciones legales vigentes.

Contenido

Introducción	17
Planteamiento del problema	19
Pregunta de investigación	21
Justificación del estudio	23
Revisión conceptual sobre violencia	27
Aspectos generales	29
Violencia y conflicto armado en Colombia	33
Salud pública y violencia	36
Revisión conceptual sobre desplazamiento forzado	41
Introducción	43
Desplazamiento forzado en Colombia. Contextualización y causas del fenómeno	45
Principales regiones expulsoras	48
Principales regiones receptoras	52
Prevalencias del desplazamiento forzado en Colombia	53
Organizaciones que atienden a la población víctima de desplazamiento forzado en Bogotá, Medellín y Buenaventura	54
Salud pública y desplazamiento forzado	59
Revisión conceptual sobre salud mental	63
Introducción	65
La salud mental en Colombia. Contextualización y prevalencias	67
Marco referencial	71
Trastornos mentales en población víctima de desplazamiento forzado	109
Consumo de drogas en población víctima de desplazamiento forzado	117
Marco jurídico de la atención en salud a la población víctima de desplazamiento forzado	123
Panorama actual de la atención en salud	135
Atención en salud a la población víctima de desplazamiento forzado	137

Barreras de acceso para la atención en salud mental a la población víctima de desplazamiento forzado	141
Objetivos	149
Objetivo general	151
Objetivos específicos	151
Diseño metodológico	153
Tipo de estudio	155
Población de referencia	155
Población y muestra	156
Proceso de recolección de información	157
Instrumentos de recolección de información	163
Cuestionario adaptado para consumo de drogas	164
Prueba piloto	165
Aspectos éticos	165
Control de la calidad del dato	166
Procesamiento y análisis de la información	166
Validación de resultados de la investigación	167
Ubicación de las personas víctimas de desplazamiento forzado por la violencia y el conflicto armado en las ciudades de Bogotá, Medellín y Buenaventura	169
Metodología	171
Descripción de la población víctima de desplazamiento forzado por ciudades	172
El caso de Bogotá	172
Descripción general	172
Desplazamiento forzado en Bogotá	173
Lugares de asentamiento en Bogotá	174
El caso de Medellín	179
Descripción general	179
Desplazamiento forzado en Medellín	180
Lugares de asentamiento en Medellín	180
El caso de Buenaventura	187

Descripción general	187
Desplazamiento forzado en Buenaventura	188
Lugares de asentamiento en Buenaventura	190
Procedencia de las víctimas de desplazamiento forzado asentadas en Bogotá, Medellín y Buenaventura	193
Resultados	199
Resultados generales	201
Características sociodemográficas de la población de estudio	201
Información relacionada con el desplazamiento	203
Hechos victimizantes	204
Atención en salud y acceso a los servicios	206
Prevalencia de trastornos mentales	207
Comportamiento suicida	209
Consumo de sustancias psicoactivas	210
Prevalencia de trastornos por uso de sustancias en el último año	213
Resultados Bogotá	215
Características sociodemográficas de la población de estudio	215
Información relacionada con el desplazamiento	216
Hechos victimizantes	217
Atención en salud y acceso a los servicios	219
Prevalencia de trastornos mentales	220
Comportamiento suicida	222
Consumo de sustancias psicoactivas	223
Prevalencia de trastornos por uso de sustancias en el último año	226
Resultados Medellín	227
Características sociodemográficas de la población de estudio	227
Hechos victimizantes	230
Atención en salud y acceso a los servicios	231
Prevalencia de trastornos mentales	233
Comportamiento suicida	235

Consumo de sustancias psicoactivas	238
Prevalencia de trastornos por uso de sustancias en el último año	240
Resultados Buenaventura	242
Características sociodemográficas de la población de estudio	242
Información relacionada con el desplazamiento	244
Hechos victimizantes	245
Atención en salud y acceso a los servicios	246
Prevalencia de trastornos mentales	248
Comportamiento suicida	250
Consumo de sustancias psicoactivas	251
Prevalencia de trastornos por uso de sustancias en el último año	254
Conclusiones y recomendaciones	257
Limitaciones	261
Líneas maestras para la atención de la salud mental a desplazados por la violencia en Colombia	262
Propuestas de actuación	263
Recomendaciones finales	266
Retos y perspectivas	269
Referencias	273

Lista de tablas

Tabla 1.	Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que atienden a la población víctima de desplazamiento forzado por ciudad	55
Tabla 2.	Resultados de los estudios sobre salud mental, trastornos mentales y consumo de sustancias en población víctima de la violencia y el conflicto armado	73
Tabla 3.	Distribución proporcional por grupo etario y sexo	159
Tabla 4.	Frecuencia de víctimas de desplazamiento forzado por comunas. Medellín 2010-2015	182
Tabla 5.	Comunas y sectores con mayor población víctima de desplazamiento forzado en Medellín	184
Tabla 6.	Personas víctimas de desplazamiento forzado por conflicto armado. Buenaventura 2006–2016	191
Tabla 7.	Comunas y sectores con mayor población víctima de desplazamiento forzado en Buenaventura	192
Tabla 8.	Departamentos expulsores de la población víctima de desplazamiento forzado asentada en Bogotá	195
Tabla 9.	Departamentos expulsores de la población víctima de desplazamiento forzado asentada en Medellín	197
Tabla 10.	Departamentos expulsores de la población víctima de desplazamiento forzado asentada en Buenaventura	198
Tabla 11.	Distribución de las características sociodemográficas de la población víctima de desplazamiento forzado, 2016	204
Tabla 12.	Distribución de las variables relacionadas con el desplazamiento forzado, 2016	206
Tabla 13.	Distribución de los hechos victimizantes en población víctima de desplazamiento forzado según sexo, 2016	207
Tabla 14.	Distribución de las variables relacionadas con la atención en salud en población víctima de desplazamiento forzado, 2016	208
Tabla 15.	Prevalencia de vida, último año y último mes (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) para los trastornos mentales en la población víctima de desplazamiento forzado, 2016	209
Tabla 16.	Prevalencia en el último (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de los trastornos mentales en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Medellín, 2016	211

Tabla 17.	Prevalencia de vida y último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de indicadores de comportamiento suicida en la población víctima de desplazamiento forzado. Medellín, 2016	211
Tabla 18.	Prevalencia de indicadores de comportamiento suicida en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Medellín, 2016	212
Tabla 19.	Prevalencia de vida, último año y último mes (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) del consumo de sustancias psicoactivas en la población víctima de desplazamiento forzado. Medellín, 2016	213
Tabla 20.	Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) del consumo de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Medellín, 2016	214
Tabla 21.	Prevalencia (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) por uso de sustancias psicoactivas en último año en población víctima de desplazamiento forzado. Medellín, 2016	215
Tabla 22.	Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de trastornos por uso de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Medellín, 2016	216
Tabla 23.	Distribución de las características sociodemográficas de la población víctima de desplazamiento forzado. Bogotá, 2016	217
Tabla 24.	Distribución de las variables relacionadas con el desplazamiento forzado. Bogotá, 2016	219
Tabla 25.	Distribución de los hechos victimizantes en población víctima de desplazamiento forzado según sexo. Bogotá, 2016	220
Tabla 26.	Distribución de las variables relacionadas con la atención en salud en población víctima de desplazamiento forzado. Bogotá, 2016	221
Tabla 27.	Prevalencia de vida, último año y último mes (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) para los trastornos mentales en la población víctima de desplazamiento forzado. Bogotá, 2016	223
Tabla 28.	Prevalencia en el último (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de los trastornos mentales en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Bogotá, 2016	224
Tabla 29.	Prevalencia de vida y último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de indicadores de comportamiento suicida en la población víctima de desplazamiento forzado. Bogotá, 2016	225
Tabla 30.	Prevalencia de indicadores de comportamiento suicida en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Bogotá, 2016	225

Tabla 31.	Prevalencia de vida, último año y último mes (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) del consumo de sustancias psicoactivas en la población víctima de desplazamiento forzado. Bogotá, 2016	226
Tabla 32.	Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) del consumo de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Bogotá, 2016	227
Tabla 33.	Prevalencia (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) por uso de sustancias psicoactivas en último año en población víctima de desplazamiento forzado. Bogotá, 2016	228
Tabla 34.	Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de trastornos por uso de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Bogotá, 2016	229
Tabla 35.	Distribución de las características sociodemográficas de la población víctima de desplazamiento forzado. Medellín, 2016	230
Tabla 36.	Distribución de las variables relacionadas con el desplazamiento forzado. Medellín, 2016	231
Tabla 37.	Distribución de los hechos victimizantes en población víctima de desplazamiento forzado según sexo. Medellín, 2016	233
Tabla 38.	Distribución de las variables relacionadas con la atención en salud en población víctima de desplazamiento forzado. Medellín, 2016	234
Tabla 39.	Prevalencia de vida, último año y último mes (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) para los trastornos mentales en la población víctima de desplazamiento forzado. Medellín, 2016	235
Tabla 40.	Prevalencia en el último (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de los trastornos mentales en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Medellín, 2016	236
Tabla 41.	Prevalencia de vida y último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de indicadores de comportamiento suicida en la población víctima de desplazamiento forzado. Medellín, 2016	237
Tabla 42.	Prevalencia de indicadores de comportamiento suicida en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Medellín, 2016	237
Tabla 43.	Prevalencia de vida, último año y último mes (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) del consumo de sustancias psicoactivas en la población víctima de desplazamiento forzado. Medellín, 2016	238
Tabla 44.	Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) del consumo de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Medellín, 2016	240

Tabla 45.	Prevalencia (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) por uso de sustancias psicoactivas en último año en población víctima de desplazamiento forzado. Medellín, 2016	241
Tabla 46.	Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de trastornos por uso de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Medellín, 2016	241
Tabla 47.	Distribución de las características sociodemográficas de la población víctima de desplazamiento forzado. Buenaventura, 2016	242
Tabla 48.	Distribución de las variables relacionadas con el desplazamiento forzado. Buenaventura, 2016	244
Tabla 49.	Distribución de los hechos victimizantes en población víctima de desplazamiento forzado según sexo. Buenaventura, 2016	246
Tabla 50.	Distribución de las variables relacionadas con la atención en salud en población víctima de desplazamiento forzado. Buenaventura, 2016	247
Tabla 51.	Prevalencia de vida, último año y último mes (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) para los trastornos mentales en la población víctima de desplazamiento forzado. Buenaventura, 2016	248
Tabla 52.	Prevalencia en el último (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de los trastornos mentales en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Buenaventura, 2016	249
Tabla 53.	Prevalencia de vida y último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de indicadores de comportamiento suicida en la población víctima de desplazamiento forzado. Buenaventura, 2016	250
Tabla 54.	Prevalencia de indicadores de comportamiento suicida en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Buenaventura, 2016	251
Tabla 55.	Prevalencia de vida, último año y último mes (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) del consumo de sustancias psicoactivas en la población víctima de desplazamiento forzado. Buenaventura, 2016	252
Tabla 56.	Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) del consumo de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Buenaventura, 2016	253
Tabla 57.	Prevalencia (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) por uso de sustancias psicoactivas en último año en población víctima de desplazamiento forzado. Buenaventura, 2016	254
Tabla 58.	Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de trastornos por uso de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Buenaventura, 2016	255

Lista de gráficos

Gráfico 1.	Personas expulsadas por departamento. Colombia. 1985–2015	51
Gráfico 2.	Personas expulsadas por municipio. Colombia. 1985–2015	51
Gráfico 3.	Personas recibidas por departamento. Colombia. 1985–2015	52
Gráfico 4.	Personas recibidas por municipio. Colombia. 1985–2015	53
Gráfico 5.	Ruta de atención y reparación integral del PAPSIVI	140
Gráfico 6.	Componentes del PAPSIVI	141
Gráfico 7.	Distribución según sexo y grupos de edad, 2016 (N=1026)	205
Gráfico 8.	Distribución de los hechos victimizantes en población víctima de desplazamiento forzado, 2016	207
Gráfico 9.	Distribución de las dificultades para acceder a los servicios de salud mental, 2016	209
Gráfico 10.	Distribución según sexo y grupos de edad. Bogotá, 2016 (N=347)	218
Gráfico 11.	Distribución de los hechos victimizantes en población víctima de desplazamiento forzado asentada en la ciudad de Bogotá, 2016	220
Gráfico 12.	Distribución de las dificultades para acceder a los servicios de salud mental. Bogotá, 2016	222
Gráfico 13.	Distribución según sexo y grupos de edad. Medellín, 2016 (N=337)	231
Gráfico 14.	Distribución de los hechos victimizantes en población víctima de desplazamiento forzado asentada en la ciudad de Medellín, 2016	232
Gráfico 15.	Distribución de las dificultades para acceder a los servicios de salud mental. Medellín, 2016	234
Gráfico 16.	Distribución según sexo y grupos de edad. Buenaventura, 2016 (N=342)	244
Gráfico 17.	Distribución de los hechos victimizantes en población víctima de desplazamiento forzado asentada en la ciudad de Buenaventura, 2016	245
Gráfico 18.	Distribución de las dificultades para acceder a los servicios de salud mental. Buenaventura, 2016	247

Lista de Imágenes

Imagen 1.	Comunicado para las comunidades. Medellín	161
Imagen 2.	Volante informativo del estudio. Bogotá, Medellín y Buenaventura.	162

Lista de Mapas

Mapa 1.	Personas en situación de desplazamiento forzado según municipios del territorio nacional por periodo de tiempo	50
Mapa 2.	División política administrativa de la ciudad de Bogotá	175
Mapa 3.	Centros y puntos de atención a víctimas del conflicto armado interno en Bogotá	177
Mapa 4.	Distribución territorial de las víctimas del conflicto armado en Bogotá	177
Mapa 5.	División política administrativa de la ciudad de Medellín	181
Mapa 6.	Ubicación geográfica de la población víctima de desplazamiento forzado en Medellín según cartografía	185
Mapa 7.	División política administrativa de Buenaventura	190
Mapa 8.	Ubicación geográfica de la población víctima de desplazamiento forzado en Buenaventura, según cartografía	193
Mapa 9.	Distribución porcentual de los departamentos expulsores de población víctima del desplazamiento forzado asentada en Bogotá	196
Mapa 10.	Distribución porcentual de los departamentos expulsores de población víctima del desplazamiento forzado asentada en Medellín	198
Mapa 11.	Distribución porcentual de los departamentos expulsores de población víctima del desplazamiento forzado asentada en Buenaventura	199

Introducción

El presente contenido corresponde al resultado final de un proceso de investigación derivado del esfuerzo mancomunado entre el Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación (COLCIENCIAS) y el Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental (CESISM) de la Universidad CES, el cual durante los últimos años ha dedicado sus esfuerzos a realizar investigaciones en el campo de la salud mental de la población Colombiana, mediante diferentes estrategias metodológicas y en convenio con importantes instituciones educativas, gubernamentales y centros de investigación internacionales de reconocida trayectoria.

El CESISM elaboró y ejecutó la propuesta de investigación denominada “Salud mental (Trastornos mentales) en desplazados por violencia, en tres regiones de Colombia (Bogotá, Medellín, Buenaventura). Colombia 2015-2016”, la cual permitió estimar la prevalencia de trastornos mentales y por uso de sustancias, en la población víctima de desplazamiento forzado entre los 13 y los 65 años de las tres ciudades con mayor recepción en Colombia (Bogotá, Medellín y Buenaventura), y estableció lineamientos para su intervención. Esta investigación partió de reflexionar sobre la incidencia que ha tenido la violencia en la salud mental de las poblaciones que han sido víctimas en el territorio Colombiano durante las últimas seis décadas, periodo en el que se ha hecho evidente la multiplicidad de acciones violentas por parte de diversos grupos armados al margen de la ley, así como el desplazamiento interno de cientos de millares de personas, de quienes no se tiene con certeza una caracterización de las posibles afectaciones en su salud mental.

Así las cosas, luego de un proceso de pesquisa riguroso, se presenta a los lectores un libro que inicia con un recorrido teórico en torno a los tres ejes temáticos centrales del proceso de investigación. En primer lugar, el concepto violencia, argumentando que las nociones de la misma incluyen desde sus actores, causas o factores involucrados, hasta los contextos que la

determinan y las formas o maneras de perpetuación del fenómeno en una sociedad determinada. En segundo lugar, se propone una comprensión del desplazamiento forzado esbozando la aparición de este en el mundo, así como la contextualización, prevalencias, causas y organizaciones encargadas de su atención en el territorio nacional. Por último, se reflexiona sobre la salud mental, argumentando que si bien esta ha sido ampliamente conceptualizada desde diversos enfoques teóricos y perspectivas de intervención, a partir de múltiples factores a ella asociados, se hace necesaria la identificación de los diferentes escenarios de interacción y despliegue de la misma.

Posteriormente, se presenta un estado del arte basado en los resultados obtenidos en la búsqueda de antecedentes que dieran cuenta del estado de la salud mental, trastornos mentales y consumo de sustancias, en población víctima de la violencia y el conflicto armado, o en condición de desplazamiento forzado.

En el apartado siguiente, se plantea el marco jurídico de la atención en salud a la población víctima de desplazamiento forzado, a través de un recorrido por los distintos lineamientos legales que regulan y hacen posible el acceso a este derecho fundamental. Después se analiza el servicio de salud para la población en situación de desplazamiento, enfatizando en los diversos sistemas diseñados por el Estado colombiano, sus objetivos, funciones y cobertura.

Luego se vislumbra el proceso de investigación llevado a cabo, incluyendo los resultados generales y específicos para las ciudades de Bogotá, Medellín y Buenaventura; además de esclarecer los retos a futuro que implica el abordaje de la población en situación de desplazamiento.

Finalmente, el último capítulo pone en evidencia la necesidad de volver realidad la atención en salud mental como prioridad en la Atención Primaria en Salud (APS) en Colombia, así como darle un lugar preponderante en la prestación de este servicio a los diferentes actores del conflicto y debido a su posición en torno al posconflicto.

Planteamiento del problema

En las últimas décadas Colombia ha sufrido múltiples acciones de violencia debidas, en gran medida, a las desigualdades sociales existentes, la influencia del narcotráfico en la vida social y política del país, así como a las acciones indiscriminadas contra la sociedad civil que han cometido diversos grupos armados (Sánchez y Agudelo, 2000). Esta situación ha provocado la muerte de miles de colombianos, así como el desplazamiento interno de cientos de millares de personas.

De acuerdo con las cifras del último informe del Consejo Noruego para Refugiados (NRC) y el Centro de Monitoreo para el Desplazamiento Interno (IMDC), Colombia es el segundo país del mundo con el mayor desplazamiento asociado al conflicto y la violencia, con 5,7 millones de víctimas, solo superado por Siria con 6,5 millones (Internal Displacement Monitoring Centre, 2014).

Según Rojas-Andrade, Hurtado, y la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES) (2014), al menos 5 905 996 personas han sido desplazadas forzosamente desde 1985 hasta diciembre de 2013 en Colombia. Es por estas cifras que el fenómeno del desplazamiento humano se ha convertido en uno de los ejes de intervención en salud pública. Sin embargo, en los estudios colombianos sobre la población víctima de desplazamiento forzado por el conflicto armado, no se ha hecho énfasis en las repercusiones en la salud mental, y se ha centrado solo en la caracterización en salud alrededor de la vulnerabilidad a la que se ve expuesta esta población (Cáceres, Izquierdo, Mantilla, Jara y Velandia, 2002).

Investigaciones con refugiados en Nepal, Australia y Gran Bretaña, han reportado el alto riesgo que presentan estas poblaciones de sufrir depresión, estrés postraumático, consumo de sustancias psicoactivas, entre otras alteraciones psiquiátricas (Carlsson, Olsen, Mortensen y Kastrop, 2006; Steel, Silove, Phan y Bauman, 2002; Thapa, Van Ommeren, Sharma, de Jong y Hauff, 2003). En países como Argelia, Camboya, Bután y Nepal, la prevalencia de trastorno

de estrés postraumático (TEPT) resultó ser de 37,4 %, 28,4 %, 43 % y 25 % respectivamente; asimismo, las tasas reportadas de depresión son similares en víctimas de desplazamiento forzado en Guatemala, México, Ruanda y Burundi (54,4 %, 38,8 %, 50 % y 50 % respectivamente) (Carlsson et al., 2006).

En Colombia, existen vacíos sobre evidencia de las reales prevalencias de salud mental en la población general. Se cuenta hasta el momento con dos estudios realizados en los años 2003 y 2015, el último llevado a cabo por el Ministerio de Protección Social (Ministerio de la Protección Social, 2003; Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias y Pontificia Universidad Javeriana, 2015) y en el cual no se hace referencia específica sobre los efectos en salud mental que genera el desplazamiento forzado.

Por otra parte, los datos sobre la salud mental en la población víctima de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia son escasos, están disgregados y han sido realizados con muestras pequeñas. Un estudio realizado en el año 2005, con una muestra de 40 personas civiles que habían estado afectadas por la toma de Bojayá en el Chocó, encontró una prevalencia de 37 % de estrés postraumático y depresión mayor actual; 22 % de depresión mayor con melancolía; 20 % de depresión mayor pasada; 45 % de riesgo de suicidio; 18 % de trastorno de angustia actual; 23 % de fobia social y 43 % de trastorno de ansiedad generalizada (Londoño et al., 2005). En el año 2008, un trabajo realizado por Castro y Mina (2008), en una muestra de 100 personas entre los 18 y los 79 años, encontró una prevalencia de trastorno depresivo mayor actual del 33 %, de estrés postraumático con el mismo porcentaje, y un riesgo de suicidio en el 55 % de la muestra. Por otro lado, en el estudio realizado por el Ministerio de la Protección Social, la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito -[UNODC], y la Universidad CES (2010), aplicaron el Self Reporting Questionnaire (SRQ) en 11 596 personas de 18 departamentos, 92 % mujeres y 8 % hombres, y encontraron una prevalencia de posible trastorno mental del 32 %; 79,7 % de psicosis; 10,1 % de posible alcoholismo; y 10,3 % para posible epilepsia. Estos autores también aplicaron el Reporting Questionnaire for Children (RQC) a 4 572 niños entre los 5 y 15 años de edad en 12 departamentos, hallando que el 33,4 % de los niños se asustan o se ponen nerviosos sin razón, el 21,4 % presenta posibles dificultades para el aprendizaje y el 28 % muestran dificultades de socialización.

Por su lado, en Armenia encontraron en población víctima de desplazamiento forzado, una prevalencia de trastorno afectivo bipolar (TAB) del 17,1 % (13); y en El Cairo, Valle del Cauca se encontró que los cuadros depresivos estaban instaurados en el 100 % de la muestra (20 % leve; 50 % moderada; y 30 % grave); el TEPT se presentó en el 100 % de los casos, donde el 50 % de afectados presenta síntomas diarios que interfieren seriamente en su desempeño laboral, familiar y comunitario; además el 65 % de personas cuentan con el riesgo de emergencia de un TAB, con una tendencia clínica y diagnóstica orientada a los cuadros bipolares de tipo II y ciclotimia (Andrade-Salazar, 2011). Pese el riesgo para el consumo de drogas que presenta este grupo poblacional, estudios sobre consumo de drogas tampoco se han realizado.

Pese a estas realidades, la atención en salud mental para este tipo de población ha estado enmarcada dentro de acciones psicosociales y ha sido cortoplacista, coyuntural y contractual, además del deficiente acceso a los servicios de salud. Al respecto, Ballesteros, Gaviria y Martínez (2006), en un estudio realizado en población infantil en contexto de desplazamiento forzado y receptora en asentamientos marginales en seis ciudades de Colombia durante los años 2002-2003, describieron que el acceso a servicios de salud se encuentra mediatizado por

la falta de dinero, autoestigmatización y experiencias de atención negativas, hecho que pasada una década aún se sigue presentando.

Se hace, por tanto, necesario conocer cuál es el problema real con respecto a la salud mental de la población víctima de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia, con miras a la intervención, y más cuando dentro del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), la salud mental y la convivencia han sido incluidas como parte de las dimensiones prioritarias.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de trastornos mentales y por uso de sustancias de las víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia?

Justificación del estudio

Durante los conflictos armados, la salud mental, tanto individual como colectiva, tiene alto riesgo de verse afectada no solo de forma inmediata sino también a mediano y largo plazo. El caos y la violencia, en sus diferentes modalidades, incrementan los riesgos de trauma psicológico y, de hecho, los conflictos armados no solo generan muertes, heridas y discapacidades físicas, sino que también dejan huellas en la vida de las personas, las familias y la sociedad en general.

En relación con el posible impacto de los efectos psicosociales de la violencia y el desplazamiento forzado, que afectan la salud mental de las víctimas, se pueden cualificar desde consecuencias traumáticas pasajeras a otras de prolongada duración. Los últimos se pueden categorizar como psicofisiológicos (fatiga, náuseas, temblores finos, tics, sudoración profusa, escalofríos, mareos y trastornos gastrointestinales); de comportamiento (cambios del sueño y del apetito, abuso de sustancias, estado hiperalerta, cambios de comportamiento y llanto fácil); emocionales (ansiedad, aflicción, depresión e irritabilidad); y cognitivos (dificultades para la toma de decisiones, confusión, falta de concentración y reducción del tiempo de atención) (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006).

En población víctima de desplazamiento forzado por la violencia, los cuadros clínicos más frecuentes que se han observado son reacciones de estrés agudo, trastornos depresivos o ansiosos, trastorno de estrés postraumático, consumo excesivo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar (Summerfield, 2000).

En contraste con la información disponible sobre mortalidad, malnutrición y morbilidad orgánica, se encuentra una ausencia de datos epidemiológicos consistentes sobre problemas psicosociales y trastornos mentales, lo que complica la toma de decisiones adecuadas para la intervención (Toole, 2000). En Colombia, se ha realizado solo un estudio sobre la carga de

enfermedad, elaborado en 2005 por la Universidad Javeriana y el CENDEX (2008), y dos estudios sobre estimaciones de AVISAS llevados a cabo en los años 1994 y 2005. En el estudio sobre la carga de enfermedad en Colombia, sin especificar si se incluyeron personas víctimas de desplazamiento forzado por la violencia, se reporta que los problemas neuropsiquiátricos como la depresión mayor unipolar (47 AVISAS totales), los trastornos bipolares (5 AVISAS totales), la esquizofrenia (3 AVISAS totales) y la epilepsia (2 AVISAS totales) son responsables del 21 % de la carga global de años saludables perdidos por cada mil personas en Colombia; entre tanto que las lesiones, representadas por las agresiones (15 AVISAS totales), los accidentes de tránsito (4 AVISAS totales) y otras lesiones no intencionales (2 AVISAS totales) responden por el 8 % de los años saludables perdidos.

La situación de desplazamiento forzado genera en la población afectada diversas reacciones físicas y psicológicas que conllevan al deterioro de su calidad de vida. En consecuencia, la población víctima experimenta niveles de morbilidad altos, una disminución en su expectativa de vida, y vulnerabilidad a desarrollar desórdenes mentales, tales como depresión, trastorno de ansiedad, ideación suicida, trastorno bipolar, crisis de pánico, consumo de sustancias psicoactivas y trastorno por estrés posttraumático (Alejo, Rueda, Ortega y Orozco, 2007).

El desplazamiento forzado ha sido considerado por la OPS y la OMS como una emergencia compleja (2006). En Colombia, el desplazamiento forzado es un fenómeno de grandes magnitudes y tendencia creciente, cuya respuesta por parte del Estado se basa en la emisión de políticas públicas y leyes para atender esta problemática, y en consonancia con las normas internacionales sobre derechos humanos y refugiados, y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (Ministerio de la Protección Social y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR], 2011).

Desde los sistemas sanitarios, para apoyar estos grupos de población, es necesario diseñar y responder con celeridad, a través de propuestas de intervención psicosocial dirigidas a prevenir los potenciales daños en la salud mental ocasionados por los conflictos armados y desplazamientos forzados subsecuentes, con el fin que las personas víctimas recuperen su funcionamiento normal en el menor plazo posible. Acorde con estas recomendaciones, el Estado colombiano ha definido la salud mental y la convivencia como parte de las dimensiones prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), pensando especialmente en las víctimas de desplazamiento forzado y, en consonancia, los acuerdos de la Habana y la reparación integral de las víctimas.

Entre los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021 se incluye intervenir de manera positiva los determinantes psicosociales de la salud y la calidad de vida de la población víctima del conflicto, mediante procesos de acción transectorial; y como metas se establecen la movilización social y comunitaria para la garantía del derecho a la atención psicosocial y salud integral a las víctimas del conflicto armado, construir una agenda concertada para unificar la respuesta transectorial de atención integral a víctimas del conflicto y gestionar el conocimiento en salud mental, aspectos en los que aspira contribuir la presente investigación.

En esta misma línea, en el marco de justicia transicional, la reparación integral de las víctimas de la violencia se ha constituido como una prioridad y, dentro de la reparación, el reparar la salud mental aparece como un elemento clave, pues se sabe por evidencia científica desarrollada en otros lugares donde la guerra ha ocurrido, cómo han sido afectadas las poblaciones y cuáles han sido los problemas mentales más frecuentes. Lo anterior no ha sido prioritario en nuestro

país, ya que tradicionalmente, estos aspectos son poco atendidos por el sector público y la capacidad para manejarlos y atenderlos es muy limitada, lo que obliga a tomar medidas para hacerlos visibles para desarrollar intervenciones adecuadas y eficaces.

En consecuencia, no atender la salud mental de los afectados por la violencia llevará al país a tener importantes costos ocasionados por omisión —que pueden reflejarse no solo en AVISAS perdidos, que influirán en la morbimortalidad de esta población y en la calidad de vida de estos ciudadanos—, sino también en la productividad, el desarrollo y la convivencia sostenible del país. En última instancia, el estudio de los efectos del desplazamiento forzado para la salud mental de las víctimas asentadas en las ciudades y pueblos colombianos es una labor prioritaria a desarrollar (Ministerio de Salud y Instituto Nacional de Salud, 2001), más ahora cuando se vislumbra el posconflicto, justificando todo esto el desarrollo de esta investigación.

Revisión
conceptual
sobre violencia

Revisión conceptual sobre violencia

Daniela Sánchez Acosta, Nadia Semenova Moratto, Guillermo Alonso Castaño Pérez

Aspectos Generales

Conceptualizar la palabra “violencia” implica la revisión de diversas concepciones etimológicas, disciplinares y de contexto dadas las variadas interpretaciones del término. En este sentido, las nociones de violencia incluyen desde sus actores, causas o factores involucrados, hasta los contextos que la determinan y las formas o maneras de perpetuación del fenómeno en una sociedad determinada.

Teniendo en cuenta la multiplicidad de abordajes del concepto de “violencia”, es conveniente primero comprender cómo se concibe este desde un punto de vista etimológico: la palabra “violencia” procede de la unión del latín *vis* (fuerza) con el sufijo *lentus* (continuo), cuya conjunción *violentia* significa “uso continuado de la fuerza”, y su forma verbal *violare* explícitamente es “agredir” (Blair, 2009). Por su parte, las definiciones encontradas en el *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española [DLE]* denotan una serie de conceptualizaciones que relativizan el término y dan lugar a las acciones de los sujetos o cualidades de los mismos. En este sentido, violencia puede significar una condición propia del sujeto como “cualidad de violento”, que a su vez se explica como “una fuerza e intensidad extraordinarias”, manifestada desde diferentes dimensiones, para el caso, “el uso de la fuerza, física o moral”, al tiempo que se considera como violento todo aquello por fuera de la “normalidad”, indicando “una acción violenta o contra el natural modo de proceder” (Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española, 2014).

Es así como el término “violencia” adquiere desde su origen hasta la evolución de su forma y significado, el valor de uso de la fuerza con fines de agredir o violentar a otra persona o comunidad y que implica una acción desnaturalizada por parte del sujeto que se considera violento. En tal sentido, toda conducta violenta cumple con determinadas características como son la intención o el objetivo de dañar a alguien, el deseo de la víctima de evitar el daño, y una acción definida como socialmente agresiva (Sangrador, 1985).

Respecto a este último término agresión, es menester afirmar que, si bien es difusa la distinción teórica y práctica de los conceptos “violencia” y “agresión”, su diferenciación se hace pertinente para la comprensión de los hechos y factores involucrados en los fenómenos sociales, como constantes contextuales que permean las actuaciones de los sujetos en comunidad. Bajo esta mirada, se considera la agresión como un elemento necesario de la violencia, o como una condición que conlleva a la presencia de conductas violentas, lo cual dependerá de variables biológicas, psicológicas y sociales del sujeto agresivo (Carrasco y González, 2006). Asimismo, diferenciar agresión y violencia, lleva a relacionar el término con el concepto de comportamiento agresivo y el que este no siempre se exprese en términos de daño físico, sino que incluye aspectos relacionados con la manipulación, intimidación y coerción, actos que no siempre se relacionan con el ataque directo sobre la vida de otra persona o grupo (Carrasco y González, 2006). Al respecto, Martín (2000) aclara que cuando el comportamiento agresivo es direccionado hacia grandes masas o poblaciones, es allí cuando se habla de violencia, siendo la guerra un ejemplo claro de ello.

Por consiguiente, esta distinción entre violencia y agresión, permite disipar algunos puntos de convergencia para entender ambas manifestaciones a partir del carácter humano de la violencia y el abordaje de los diversos impulsos biológicos que varían según aspectos relacionados con la intensidad, gravedad y frecuencia de los hechos, tratándose esto último de la agresión. En este sentido, algunas definiciones respecto al concepto de violencia han incluido aquellas acciones en las que se hace uso intencional de la fuerza o del poder físico, de hecho o como amenaza contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014; Organización Panamericana de la Salud y Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002). Surge así una denominación de tipo taxonómico, en la cual son diversas las formas de acción violenta, entre las cuales se encuentra la violencia autoinfligida, interpersonal y colectiva, dando cabida en esta última a la violencia social, política y económica que es la que interesa abordar específicamente para ampliar el tema que se desarrolla en este texto y es el de conflicto armado en Colombia.

En línea con lo anterior, el autor Jean-Marie Domenach (1980) afirma que lo que hoy conocemos como violencia, es aprehendido bajo tres aspectos: el aspecto político, el aspecto psicológico y el aspecto moral.

Al respecto, el concepto de violencia desde una dimensión política es asumido a partir de diversos actores y cómo cada uno de ellos ejerce poder, es decir, existen formas de violencia “legítima”, para referirse a la desplegada por el estado y aquella “ilegítima” cuando son los actores ilegales quienes imponen poder sobre el estado o los ciudadanos. En este contexto, no se habla solo de violencia como término unívoco, sino que se expande hacia otros escenarios como lo son el conflicto, la violencia sociopolítica, las guerras, entre otros. Se afirma así que realizar un análisis de la violencia en el campo social se torna complejo y arduo el camino para

encontrar aproximaciones que den cuenta de sus orígenes, causas, manifestaciones y posibles medidas de intervención, dado que es histórica y sus actores cambiantes. Al respecto Jean Claude Chesnais (1981) refiere que:

Hablar de “escalada de la violencia”, como se hace de manera incesante desde hace algunos años, ante la ausencia de criterio adecuado y de indicadores, es dejar el campo libre a todas las interpretaciones parciales e inimaginables. De ahí que, con frecuencia, la violencia haya llegado a designar todo choque, toda tensión, toda relación de fuerza, toda desigualdad, toda jerarquía, es decir, un poco cualquier cosa. De un año a otro su significación se amplía, su contenido se engorda e incluye los pequeños delitos intencionales, los crímenes más bajos, los intercambios de palabras, los conflictos sociales y otras contrariedades más banales. Esto es así porque los criterios de análisis son muy variados y raramente precisados. Dentro del lenguaje común, en boca de los responsables de la justicia o del orden, la noción de violencia es todavía floja, imprecisa, elástica y sobre todo extensible a voluntad. A falta de una definición jurídica de la violencia, todas las significaciones que le son prestadas son fluctuantes y extensibles a voluntad, son permitidas. (p. 12)

Dicho lo anterior, la violencia es asumida no como un acto aislado, sino como un proceso que se despliega con sus realidades y consecuencias dentro de un contexto determinado; siendo aquí donde se torna relevante el análisis de algunas disciplinas como la sociología, el derecho, la ciencias políticas y la psicología social, quienes han orientado sus estudios en identificar las dinámicas de construcción del poder, la institucionalidad y los movimientos sociales involucrados en la emergencia de la violencia, de manera específica en la violencia socio-económica (Molinales-Guerrero et al., 2013). Dentro de estos estudios, se ha encontrado que la violencia de todo tipo está fuertemente asociada con determinantes sociales tales como la débil gobernanza; pobre estado de derecho; normas culturales, sociales y de género; desempleo; bajos ingresos; inequidad de género; abruptos cambio sociales; y limitadas oportunidades educativas (OMS, 2014).

Por lo anterior, la elaboración del acto violento en un contexto definido y con una dirección determinada, presupone la existencia de símbolos, significados y representaciones, en los que se asume la violencia como proceso emergente con sus niveles de complejidad a partir de sistemas comportamentales y sus interrelaciones, como forma expresión cultural que se adapta a las características propias de cada contexto (Baños, 2005). Desde esta perspectiva social, el daño derivado de la violencia, afecta no solo a las víctimas sino a la comunidad en general, en tanto derivan de ella casos de muerte, enfermedad, discapacidad, reducción en la calidad de vida de los habitantes; así como la afectación en los costos de los servicios de salud, asistencia social, productividad, estructura social y desorganización de los servicios esenciales para la vida (Organización Panamericana de la Salud y Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002).

Hasta ahora, la violencia podría verse como un conjunto de conductas y comportamientos crueles y destructivos comunes en la sociedad y que han sido una constante a lo largo de la historia humana, llegando a considerarla como un componente de su condición, la cual ha adquirido la connotación de normalizado y que opera como mecanismo para la resolución de problemas y conflictos (Franco, 1997; Organización Panamericana de la Salud y Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002; Pulgar, 1995).

Por su parte, desde una mirada de la psicología individual, más que conceptualizar la violencia se ha investigado a esta desde diferentes perspectivas: su prevención, su impacto en la dinámica familiar y de pareja, y su relación con el incremento o no de psicopatologías, es decir los efectos de esta en los seres humanos, argumentando que su expresión deja a su paso la aparición o complejización de situaciones relacionadas con psicopatologías tales como, el consumo de alcohol y drogas, síntomas de depresión y ansiedad, estrés postraumático, trastornos relacionados con la alimentación y el sueño, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), tabaquismo, pensamientos y comportamientos suicidas y sexo no seguro (OMS, 2014).

De otro lado, una psicología social de orientación crítica, concentra su interés en la comprensión de los procesos de dotación de sentido por parte de las sociedades y en particular las comunidades sobre aquello que se denomina consecuencias de la violencia en sí mismos y en sus contextos (Domènech y Íñiguez, 2002). Por tanto, lo importante desde esta perspectiva son los significados que miembros de una comunidad utilizan para delimitarla y conceptualizarla, es decir, el interés radica en los discursos que los sujetos e incluso las ciencias realizan entorno a la agresión y a la violencia.

En esta línea, un abordaje de la violencia desde un aspecto moral la asume como un atentado a los bienes y la libertad del otro, y se interesa por estudiar a la violencia desde cómo les seres humanos en contextos diversos tienden a violentar a otros, es decir, a no respetar el derecho a la diferencia. Lo anterior denota cómo la violencia no está solamente ligada a los bienes del hombre o a su cuerpo, sino a su ser propio ya que la violencia, por su aspecto ontológico, es inseparable de la condición humana. Puede decirse entonces que la violencia en un nivel moral denota el uso éticamente inaceptable de la fuerza física para dañar a otra persona (Platt, 1992).

Por último, Castaño, Uribe y Restrepo (2014), apoyados en los postulados de Brain, Olivier, Mos, Benton y Bronstein (1998), clasifican los actos de violencia y agresión de la siguiente manera:

Según los modos de la agresión: en violencia directa o personal e indirecta o estructural, teniendo en cuenta la forma en que se produce la agresión. En la violencia directa los actos destructivos son realizados por personas o colectivos concretos y se dirigen también a personas, grupos o cosas definidas; en tanto en la violencia indirecta o estructural no hay actores concretos de la agresión, pues en este caso la destrucción brota de la propia organización del grupo social sin que tenga que haber necesariamente un ejecutor concreto de la misma. En la violencia generada por el conflicto armado en Colombia se pueden observar ambos tipos:

- a. Según sus actores: de un individuo contra sí mismo (suicidio); de un individuo contra otro individuo (crimen pasional); de un individuo contra un grupo (delitos contra la sociedad); de un grupo contra un individuo (la pena de muerte) y de un grupo contra otro grupo. Los enfrentamientos entre los actores del conflicto armado en Colombia encajan en este último tipo de violencia.
- b. Según otros criterios: además de los dos criterios clasificatorios anteriores existen otros que permiten matizar y completar la tipología de la violencia: violencia espontánea o violencia organizada (guerras); teniendo en cuenta el mecanismo desencadenante, puede hablarse de una violencia “normal” y una violencia “patológica”, esta última puede ser provocada por alteraciones psíquicas primarias o por modificaciones anormales

del funcionamiento cerebral. En el conflicto armado en Colombia se da sobre todo la violencia espontánea.

A partir de lo mencionado hasta ahora, se vislumbra a la violencia como un fenómeno multidimensional, que implica categorías de abordaje e intervención que van desde considerar aspectos morales, hasta aquellos económicos y políticos, siendo este último el mayor sentido de delimitación que predomina en el siglo XX.

Violencia y conflicto armado en Colombia

Al realizar una descripción sobre Colombia, oficialmente República de Colombia, se hace natural el describir en primera instancia a este como un país situado en la región noroccidental de América del Sur, el cual se constituye como un estado unitario, social y democrático de derecho, que cuenta con diferentes regiones caracterizadas por su multiculturalidad y pluri-diversidad étnica y natural, además de su economía diversificada ya que posee riquezas en el sector ganadero, minero, agrícola entre otros. Pese a ello, cuando se piensa en este país, en la mente de muchos ciudadanos del mundo solo se asocia a Colombia con la violencia histórica que ha vivido, y experimentado desde diferentes matices, durante los último 50 años.

Plasmar un recuento de la historia de violencia en el país, y sobre todo demarcar hechos importantes de la misma, implica un proceso de recopilación de acontecimientos sociales, políticos y económicos que, para muchos actores inmersos de forma directa o indirecta en el conflicto, se consideran detonantes o mantenedores de la misma.

La línea de tiempo de la violencia en Colombia puede circunscribirse a diferentes periodos, los cuales se enuncian a continuación, pero se desglosan de forma detallada más adelante. Entre los momentos cruciales pueden incluirse la guerra política bipartidista entre los años 30 y 40; la creación de los grupos guerrilleros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) y el Ejército de Liberación Nacional (ELN) en los años 60; la manifestación del tráfico de drogas (marihuana, cocaína) en los 70; la creación de las unidades paramilitares en respuesta a la guerrilla en los años 80; la iniciación de procesos de paz que involucraron grupos guerrilleros como el Movimiento 19 de abril (M-19) y el Ejército Popular de Liberación (EPL) en los años 90; la intensificación del conflicto entre los años 1994-2005; el fracaso de las negociaciones con las FARC entre 1998-2002; la desmovilización de unidades paramilitares entre 2003-2006; el inicio de nuevas conversaciones oficiales con las FARC en septiembre de 2012 (Nussio, 2016); y la firma del primer acuerdo de paz entre el gobierno de Colombia y las FARC en Cartagena de Indias el 26 de septiembre de 2016. Posteriormente con el plebiscito por la paz y la imposición del No en la jornada electoral, se propuso un nuevo acuerdo definitivo que se firmó en el Teatro Colón en Bogotá el 24 de noviembre de 2016. En la actualidad el territorio nacional se encuentra en una etapa de refrendación e implementación de los acuerdos pactados.

Cabe anotar que cada una de estas décadas trajo consigo diferentes acontecimientos violentos que han sido documentados, y que si bien los grupos armados al margen de la ley

como actores del mismo son protagonistas, es menester retomar las presunciones de inicio de la violencia que datan desde el año 1930, dado el despliegue de acontecimientos sangrientos en las zonas que limitan los Santanderes y Boyacá, influyendo en Cundinamarca, Antioquia y en algunos sitios del occidente de Caldas. Esta época se caracterizó por asesinatos, quema de casas, personas incineradas, exiliados a otros territorios, culpas entre partidos políticos por lo sucedido, debates en el Congreso, entre otros (Guzmán-Campos, Fals-Borda y Umaña-Luna, 1980).

Esta ola de violencia fue acaecida en un contexto permeado por el fenómeno de diferencias bipartidista (liberales y conservadores), y en especial, el cambio de gobierno, conservador a liberal, cuando asume el poder Enrique Olaya Herrera e intensifica la persecución política por parte del partido liberal contra los conservadores derrotados, en particular en los departamentos de Boyacá y los Santanderes (Guzmán-Campos et al., 1980).

Este periodo de los años 30 es recordado como el de mayor violencia vivida desde la reconquista española; no obstante, en los años 40 y en especial a partir de 1946, se incrementa la tensión política y social permeada por huelgas y paros a lo largo del país, generando declaraciones de estado de sitio por parte de la autoridad ejecutiva. Para el año de 1947 se desmantelan planes para alterar el orden público en general, tales como asesinatos de líderes políticos, destrucción de puentes y carreteras, incendios de ciudades, asaltos a oficinas públicas y ataques a cuarteles de la policía (Guzmán-Campos et al., 1980). A su vez, el desconcierto colectivo en la población, el incremento de las diferencias bipartidistas, y los incidentes violentos donde se ven involucrados policías con una clara tendencia política, conllevan a la creación de grupos violentos y armados en el occidente de Caldas, los cuales al atacar la población generan destierros en toda la región (Guzmán-Campos et al., 1980), situación que vislumbra los primeros hitos históricos de desplazamiento forzado en el país.

Para el año de 1948, el país sufre una “descomposición colombiana”, como fue mencionada en la primera investigación sobre la violencia en Colombia (Fajardo, 1979), que buscaba dar cuenta de sus causas y consecuencias. Atentados, saqueos, motines y huelgas a lo largo del país, así como un estado de sitio declarado en la región de Santander por los repetidos eventos de agresión entre veredas y caseríos liberales y conservadores, el abuso de poder por parte de autoridades locales, y el desplazamiento de la población en busca de zonas seguras; los anteriores son acontecimientos que persisten hasta el asesinato del candidato a presidente por el Partido Liberal Jorge Eliécer Gaitán en abril de 1948 (Guzmán-Campos et al., 1980).

Este hito histórico en Colombia marca un camino de violencia que permea los años posteriores, siendo los años 50 donde se vive la guerra civil, dado el alto involucramiento de la población así como el fortalecimiento y ampliación de las élites en el poder las cuales incidieron en la expulsión de los campesinos del campo a la ciudad, sin considerar las implicaciones que posteriormente tendría este acontecimiento sobre la forma en que los mismos campesinos se unirían para combatir esto. Este recrudecimiento de la violencia política en Colombia, derivó en el hecho de que en 1964 surgieran los grupos armados ilegales del ELN y las FARC, y otros grupos guerrilleros herederos de las ideologías comunistas de países como China, Unión Soviética y Cuba, actores fundamentales de guerra fría.

Los grupos guerrilleros conformados se fueron asentando en diferentes regiones caracterizadas por condiciones geográficas y políticas que garantizaron la permanencia y su resistencia con éxito. Concretamente se pueden mencionar tres tipos de áreas: las zonas de colonización reciente del Sumapaz y el sur del Tolima; las zonas de frontera abierta y colo-

nización inicial dinamizada por el propio proceso de violencia como Los Llanos Orientales, el Magdalena Medio, los ríos Sinú y San Jorge; y por último, en el sureste antioqueño y otras áreas en donde la estructura agraria ya estaba consolidada. En palabras de Sánchez (1989), los Guerrilleros liberales estuvieron dirigidos por hombres que fueron convirtiéndose en símbolos de la lucha armado y en leyendas y mitos en sus regiones: Guadalupe Salcedo, en los Llanos Orientales; Juan de la Cruz Varela, en la región del Sumapaz; el Capitán Juan de Jesús Franco, en el suroeste antioqueño; Julio Guerra, en el sur de Córdoba; Rafael Rangel, en la zona santandereana del Carare-Opón; Saúl Fajardo, en el noroeste de Cundinamarca; y Jesús María Oviedo, en el sur del Tolima, entre otros.

A partir de este momento, se marca cronológicamente el comienzo del conflicto actual en el país. Algunas de las cifras reportadas al respecto entre los años 1958 a 2012, denotan la escalofriante tragedia en la que la nación se vio sumida, donde el conflicto armado colombiano causó la muerte de más de 200 000 personas, de las cuales 81 % fueron civiles; cerca de 25 000 desaparecidos; 4 744 046 víctimas de desplazamiento forzado; 1 754 víctimas de violencia sexual; 10 189 personas afectadas por explosiones de minas antipersonal; y aproximadamente 6 421 niños, niñas y adolescentes reclutados por distintos grupos armados (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013). Esta situación, además de otros acontecimientos dieron lugar a que en los años 80, la violencia en Colombia comenzara a ser considerada un problema de salud pública (Franco, 1997; Restrepo, 2015), dada la gran carga humanitaria y de violación del derecho internacional humanitario en todo el territorio.

Al respecto, Garfield y Llantén (2004) afirman que Colombia, entre los países de América, ha alcanzado el porcentaje más alto de muertes por homicidios y conflicto armado, donde la guerra entre grupos armados, el tráfico de droga, las disputas por el control del territorio y las extensas zonas del país con minas antipersonales han obligado a cerca de 327 000 colombianos a huir cruzando las fronteras, en busca de protección internacional en países vecinos.

Este panorama evidencia los hechos ante los cuales se enfrenta la población civil como son el reclutamiento forzado de niños, control de comunidades, amenazas y asesinatos selectivos, al igual que la violencia sexual y basada en género; además la inseguridad continúa siendo una realidad dentro del territorio colombiano, y la situación empeora en las zonas fronterizas (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR], 2016).

Es menester mencionar, además, que algunos argumentos que justifican los contextos de violencia que se han vivido a lo largo de la historia colombiana estarían relacionados con asuntos como la presencia mínima del Estado en gran parte del territorio nacional, las formas de protesta ambiguas en relación con la violencia social y política, los altos niveles de corrupción e impunidad dentro de las instituciones estatales, la aceptación social de la violencia como medio para resolver conflictos, entre otras posturas que distinguen la centralización de la sociedad colombiana a nivel regional, histórica y geográficamente como causales de una fragmentación económica, política, cultural y social que vislumbra la compleja interacción entre la violencia rural y urbana (World Bank, 1999).

Lo anteriormente mencionado —la existencia de grupos armados ilegales, la amenaza casi constante de la violencia relacionada con el conflicto y el tráfico ilegal de drogas, las masacres, los accidentes de minas terrestres, la extorsión y el reclutamiento forzado— son hechos que afectan al individuo, la familia, la comunidad y el contexto nacional de manera exponencial (Pellegrini Filho, 1999; World Bank, 1999). En el caso del desplazamiento forzado, considerado

otra forma más de violencia, se afecta no solo el crecimiento macro, microeconómico, y la productividad del país, sino todas las áreas de desarrollo de los colombianos (Franco, 1997; World Bank, 1999). Son estos alarmantes hechos los que exponen a mujeres, niños y a la población en general frente a graves riesgos que afectan su integralidad humana y su salud física y mental. Al respecto, se afirma que los “[...] daños psicológicos y emocionales se quedan en la vida privada de las víctimas, lo que impide asumirlos en la vida pública como secuelas de la guerra y de los actos que cometieron los grupos armados” (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013, p. 62).

Si bien estos fenómenos de violencia y conflicto armado son la realidad del país, en la actualidad se vive en el territorio nacional una dicotomía política y social ante los diálogos y posterior celebración de la firma de los acuerdos de paz entre el Gobierno de Colombia y las FARC, proceso que da cuenta de la negociación y decisión en relación con el fin del conflicto como condición imprescindible para el logro de una paz estable y duradera, la reconciliación y reparación de víctimas, y reconstrucción del tejido humano en territorio nacional.

Paralelamente, este proceso reconoce una atención integral no solo a las víctimas producto de la violencia en Colombia, sino también a aquellos actores del conflicto, mediante un proceso de reintegración, el cual busca desarrollar habilidades y competencias ciudadanas entre las personas desmovilizadas y sus entornos, así como propiciar espacios para la convivencia y acciones de reconciliación y corresponsabilidad de los actores externos (ACNUR, 2016).

Por último, cabe anotar que la firma del acuerdo de paz no constituye la desaparición de la violencia generalizada, ni mucho menos el fin de otros tantos conflictos internos en el país generados por las bandas criminales, el micro y narcotráfico o la continuidad de los hechos violentos cotidianos (Nussio, 2016), pero sí simboliza el inicio del fin de lo que hasta hoy se ha conocido como la guerra en Colombia.

Salud pública y violencia

La salud pública constituye un campo transdisciplinar que desborda los compartimentos de las diferentes disciplinas y que reclama como condición de posibilidad la construcción transdisciplinar de sus problemas, sus métodos y sus propuestas de intervención (Jaramillo, Restrepo-Ochoa y Tobón, 2014). En este sentido, cabe mencionar la postura inicial del concepto así como diversas concepciones que actualmente subrayan la actuación de la salud pública en el mundo y el cómo se circunscribe una estrecha relación de la misma con la violencia.

En relación con la definición original de salud pública, esta se remite a los postulados de Winslow, autor que propuso una concepción amplia con énfasis en el paradigma higiénico/sanitario hegemónico representativo de los años 20. Para este sanitarista norteamericano, citado por Pérez y García (2000), la salud pública es:

El arte y la ciencia de prevenir las dolencias y discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, por medio del esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del ambiente, el control de las enfermedades, la educación de los individuos, la organización de los servicios médicos para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y del desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad (p. 92).

Esta definición incorpora la dimensión social de la salud y la naturaleza colectiva de la actuación de la salud pública, aspectos que han predominado hasta las perspectivas actuales.

Por su parte, la OPS, la OMS y Brito (2003) afirman que salud pública es el esfuerzo organizado de la sociedad y el estado, principalmente a través de organizaciones de carácter público para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones, por medio de actuaciones de alcance colectivo.

Por su parte, y de manera contextual, la Asociación Colombiana de Salud Pública (2016), expresa que esta es una ciencia y un arte de carácter estatal:

Es el producto de una construcción social dinámica, con amplia participación comunitaria e interdisciplinaria (ciencias sociales, biológicas, matemáticas, económicas, políticas, administrativas, jurídicas e ingenierías); cuyo objetivo es fomentar la promulgación y ejecución de políticas públicas que garanticen las condiciones óptimas para la promoción de la salud, el desarrollo humano y el aumento progresivo de la calidad de vida de una sociedad. Entendida la salud como un derecho fundamental, y como el buen vivir de los individuos, familias, colectivos y comunidades, en todos sus ámbitos de vida y en relación con sus entornos social, ambiental, político, económico y cultural.

En esta medida, la salud pública no se centra en los pacientes de forma individual sino en la salud de las comunidades y las poblaciones como un todo; por tanto, la violencia se circunscribe como un problema de salud pública en la medida que implica una serie de reflexiones en torno a los cambios demográficos, epidemiológicos, en la distribución de factores de riesgo, las transiciones sanitarias y condiciones socioeconómicas, que de manera creciente durante las últimas décadas, han conllevado a la manifestación de actos que violan los derechos humanos, impactan la calidad de vida y generan secuelas en la comunidad en general.

Es por ello que no todos los enfoques de salud pública podrían contribuir a la conceptualización e intervención de la violencia, en palabras de Pellegrini (1999):

Hablar de la “aplicación” del enfoque de la salud pública (es decir, del enfoque de riesgo) a la violencia no solo es inadecuado porque implica una identificación forzada de la violencia como si fuese una enfermedad, sino también porque supone considerar el enfoque de la salud pública como algo inmutable que se aplica a objetos distintos, que, a la postre, acaban reduciéndose a uno solo (p. 220).

Lo anteriormente descrito, conlleva a la necesidad imperiosa de abordar la violencia sin limitarse exclusivamente a la identificación de factores de riesgo individuales o hablar de las lesiones y disfunciones que acarrea la emergencia de este fenómeno, ya que como se indica en algunos estudios (Franco, 1997, 2003; Kawachi, Kennedy, Lochner y Prothrow-Stith, 1997; Rivas, 2000), la violencia afecta al tejido social y se constituye en una problemática para la salud colectiva que debe ser tratada desde una mirada de lo público, dado que moviliza y deteriora procesos asociados con el entramado de relaciones sociales constituido como capital social.

Si bien la aclaración anterior es una invitación a dejar de lado la salud pública convencional que hace hincapié en las enfermedades y las causas de las mismas, no puede desconocerse que las cifras reportadas en los diferentes estudios demográficos y epidemiológicos señalan el estado actual de las altas tasas de morbimortalidad asociadas a la violencia, mediante algunos indicadores para medir la carga de la enfermedad como son los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) y los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA). Se detalla además, los altos costos que para el sistema sanitario trae consigo la violencia, siendo una importante

contribuyente de la mortalidad, enfermedad, discapacidad, y otras problemáticas en materia de salud, con numerosas repercusiones sociales, económicas y políticas a nivel mundial (OMS, 2014).

Frente a ello, la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1996 declaró la violencia como un problema de salud pública debido al aumento de la incidencia de traumatismos causados intencionalmente en el mundo, las graves consecuencias inmediatas y a largo plazo que la violencia tiene para la salud y para el desarrollo de los individuos y países, y el efecto perjudicial en los escasos recursos sanitarios (OMS, 1996).

Respecto a las tasas de mortalidad, los traumatismos secundarios a los actos de violencia o de guerra, por accidentes de tránsito o autolesiones, se encuentran entre las 10 principales causas de morbilidad para las personas entre los 15 y 44 años de edad, y han provocado la muerte de 4,5 millones de adultos que representan cerca de una de cada 10 defunciones de personas, con predominio en hombres económicamente productivos (OMS, 2001). Se encuentra además que dentro de las causas de disfunciones por traumatismos en el mundo, las guerras representan cerca del 3 % (OMS, 2010). En relación con ello, y si bien las tasas de mortalidad adulta han disminuido en los últimos decenios en la mayoría de las regiones del mundo, el reporte de la OMS (2014) sobre el estado global de la violencia, señala que más de 1,3 millones de personas en todo el mundo mueren cada año como resultado de la violencia en todas sus manifestaciones: autodirigida, interpersonal y colectiva, las cuales representan el 2,5 % del porcentaje de mortalidad a nivel mundial.

Cabe anotar que las cifras anteriores se suman a los altos costos que las víctimas, los sobrevivientes y familiares deben asumir como consecuencia de lesiones inmediatas, aparición de trastornos mentales, abuso de sustancias, aislamiento social y marginación, pérdida de días laborales y bajos ingresos, reducción o pérdida de oportunidades educativas y de participación sociopolítica, y desembolsos para sufragar servicios médicos, judiciales, sociales y de protección (Organización de las Naciones Unidas, 2003; United Nations General Assembly, 2006).

No obstante, las muertes son solo una fracción de la carga social que surge de la violencia, ya que en particular en Colombia, otros hechos como las masacres, amenazas, desplazamientos forzados y desapariciones, son considerados actos violentos producto de las guerras y del conflicto interno tercermundista que en la actualidad son cada vez más frecuentes; en palabras de Rivas (2000), “la violencia es hoy el mayor problema de salud pública para Colombia” (p. 337). Este autor señala además que, para el año 2000, el homicidio en Colombia se ubicaba como la primera causa de mortalidad, principalmente en los hombres en edades productivas.

En esta línea, según el informe del Ministerio de Salud y Protección Social, la Dirección de Epidemiología y Demografía, y el Grupo ASIS (2013), entre los años 2008-2010 se originaron más de 40 mil muertes por causas externas en jóvenes entre los 14 y 26 años de edad, de las cuales cerca del 50 % correspondieron a homicidios. A su vez, entre los años 2005-2013 las agresiones provocaron el 52,84 % (156 925) del total de muertes por causas externas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Para el año 2012, las lesiones interpersonales que incluyen violencia interpersonal y daño auto infligido, se constituyeron como la segunda causa de muerte en Colombia, siendo superada exclusivamente por las enfermedades cardiovasculares y circulatorias; en términos de mortalidad evitable en el país, la primera causa estuvo relacionada con el grupo de lesiones intencionales; y respecto a eventos evitables las agresiones por arma de fuego representaron las mayores tasas de mortalidad, Años de Vida Potencialmente Perdidos y altos costos económicos en Colombia (Instituto Nacional de Salud y Observatorio

Nacional de Salud, 2014). Se encuentra además que en el año 2013 los departamentos de Caquetá, Quindío, Valle del Cauca, Arauca, Putumayo y Guaviare presentaron tasas ajustadas de mortalidad mayores que la nacional por causas externas (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2013).

En relación con lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social (2012), con el propósito de redistribuir las acciones en materia de salud pública para el alcance de las necesidades de salud, definió mediante el Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021 de Colombia, ocho dimensiones prioritarias como marco de oportunidades para la intervención de problemáticas en salud pública. Entre estas dimensiones se encuentran la dimensión salud ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, y por última, salud y ámbito laboral.

Bajo este panorama, la dimensión convivencia social y salud mental se soporta en el informe realizado por la Pontificia Universidad Javeriana y el Cendex en el año 2008, con el fin de estimar la carga de la enfermedad de acuerdo a los problemas en salud considerados. Al respecto, se encuentra que para el grupo de mujeres entre los 15 y 29 años de edad los trastornos mentales y de comportamiento debido al abuso de alcohol representan cerca de 1,039 x 1000 AVAD, y la carga de enfermedad por estrés postraumático es de 0,969 x 1000 AVISA y AVAD. En referencia al sexo masculino para este rango de edad se estima que la guerra produce una pérdida de 2,866 x 1000 AVISA y de 01 x 1000 AVAD. Para las mujeres entre los 30 y 44 años de edad, la depresión mayor presenta una cifra de 3,679 x 1000 AVAD; y para los hombres en este grupo etario, las agresiones producen AVISA con un total de 41,692 x 1000 años, y 0,113 x 1000 AVAD, seguido por la depresión mayor unipolar con 8,909 x 1000 AVAD (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012; Pontificia Universidad Javeriana y CENDEX, 2008).

Estos indicadores, no solo permiten entrever el estado de la carga de la enfermedad relacionada con la violencia y el conflicto armado para la población colombiana, sino también la brecha existente entre la situación actual de salud de la población y el ideal alcanzable de bienestar. Por tanto, cobran relevancia los estudios en relación con el conflicto armado, en aras de explorar las condiciones de salud, la pérdida de capital humano, el impacto negativo del conflicto armado con la economía del país, así como las secuelas y daños físicos y mentales que en prospectiva podrían estar presentes en varias generaciones.

En este sentido, los estudios sobre determinantes sociales de la salud implicarán tener en cuenta las consecuencias sociales, políticas y económicas de la violencia, con énfasis en el impacto para el desarrollo humano, social y económico de la población. Respecto a lo último, se encuentra que en todo conflicto social está presente la pobreza, la exclusión, la marginalidad, la intolerancia y las restricciones ciudadanas como hechos que anticipan, mantienen o desencadenan la violencia (Rivas, 2000).

Por otro lado, y como uno de los factores emergentes en relación con la violencia, las transiciones sanitarias, las cuales surgen como referentes que permiten explicar los cambios sociales y de comportamiento relacionados con el estado de salud de la población, han ocurrido de forma paralela a los cambios epidemiológicos mencionados con anterioridad, ya que estas transformaciones acontecen en lo contextual y se relacionan con determinantes demográficos, económicos, sociales, culturales, tecnológicos, entre otros.

Pese a ello, hay quienes encuentran limitantes para dilucidar una relación entre la violencia y sus repercusiones en el sector sanitario, debido a los problemas para el uso de indicadores, registros y sistemas de información que develen el estado actual de la violencia y de la salud (Franco, 1997). Lo anterior se evidencia en las barreras que en el territorio colombiano se tienen para el acceso a diferentes servicios; muestra de ello es que se estima que cerca de un 16 % de hogares colombianos experimentan barreras frente al acceso a servicios para el cuidado de la primera infancia y 6 % de hogares colombianos tienen dificultades de acceso a servicios de salud con predominio en los departamentos de Chocó y Putumayo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Finalmente y con respecto a la violencia en Colombia como un problema de salud pública, es importante mencionar lo expresado por Franco (2003) quien afirma que “el problema no es que la violencia sea compleja. Es más bien que la creamos simple y pretendamos entenderla y enfrentarla como tal, o que nos resistamos a abordarla en su complejidad y a pagar los costos que demanda la transformación de las condiciones que la generan y mantienen” (p. 34).

Revisión
conceptual
sobre el
desplazamiento
forzado

Revisión conceptual sobre el desplazamiento forzado

Daniela Sánchez Acosta, Nadia Semenova Moratto, Guillermo Alonso Castaño Pérez

Introducción

Durante la historia de la humanidad se han presentado grandes eventos que han obligado a las personas a huir o abandonar sus lugares habituales de residencia, ya sea por condiciones agrestes del medio ambiente tales como catástrofes naturales o por condiciones forzadas como el desplazamiento, resultado de conflictos armados, violencia generalizada, e intereses económicos y políticos dentro de los territorios ligados a su control (Grupo de Memoria Histórica [GMH], 2013).

Respecto al concepto de desplazamiento forzado se afirma que, si bien este es tan antiguo como el concepto mismo de conflicto, históricamente emerge para hacer alusión a las migraciones presentes que anteceden la época medieval o relacionada con el cambio de una vida nómada a una sedentaria. No obstante, es a mediados del siglo XX en adelante, cuando este concepto permuta para incluir al conflicto como agente que causa o media la migración de la población dentro de una nación (Spijkers, 2015). En este sentido, el presente texto diferencia el concepto de migración del de desplazamiento forzado. Con respecto a la migración, la define como un desplazamiento de una persona o conjunto de personas desde su lugar habitual de residencia a otro, para permanecer en él más o menos tiempo, con la intención de satisfacer alguna necesidad o conseguir una determinada mejora (Giménez, 2003), mientras que al hablar de desplazamiento forzado se incluyen como características principales en torno a la movilidad del sujeto la coerción, la violación grave de derechos humanos y el conflicto social, económico y político del territorio que lo acoge (Egea y Soledad, 2008).

Asimismo, la ONU, citada por la OPS (2006), define el desplazamiento forzado como “personas o grupos de personas obligadas a huir o abandonar sus hogares o sus lugares habituales de residencia, en particular como resultado de un conflicto armado, situaciones de violencia generalizada, violación de los derechos humanos[...]”. Es así como a diferencia de los migrantes económicos que se trasladan a lugares donde hay empleos, las personas víctimas de desplazamiento forzado huyen de los conflictos y la violencia y suelen sufrir la pérdida de activos, la falta de derechos legales, la ausencia de oportunidades y una perspectiva de planificación a corto plazo. Se denota en esta definición el carácter coercitivo del desplazamiento, al tiempo que se destaca que la población es altamente vulnerable al no contar con fuentes de ingreso o condiciones de vida garantizadas, además del hecho de ser víctimas de experiencias traumáticas y otras dificultades asociadas al cambio de entorno (Consejo de Refugiados Noruego, 2010).

En suma a lo anterior, Ager, citado por Haghebaert y Zaccarelli (2006), identifica en el desplazamiento forzado cuatro fases relacionadas con el predesplazamiento, el desplazamiento mismo, el alojamiento temporal o búsqueda de asilo, y por último, la reubicación o retorno. Al respecto, este autor expresa que:

El periodo antes del desplazamiento puede estar repleto de experiencias negativas de tipo social, económico, político e individual, con momentos de sufrimiento extremo (pérdida de familiares, miedo, inseguridad, pérdida de bienes), que muchas veces constituyen los mismos factores que llevan finalmente al desplazamiento.

- El dejar atrás su región o país significa confrontarse con un viaje peligroso, extenuante y una descapitalización o empobrecimiento a la luz de un futuro incierto. No obstante, el desplazamiento mismo significa también una búsqueda de protección; puede ser preventivo, en forma similar a los sistemas de alerta temprana que funcionan en desastres naturales. En estas situaciones, las personas logran protegerse de lo peor.
- La fase de transición temporal lleva consigo nuevas rutinas, cambio del contexto cultural y, sobre todo, una larga espera buscando asistencia humanitaria o soluciones legales y económicas definitivas o transitorias, aunque muchas veces se vive una seguridad relativa en relación con la violencia que motivó el desplazamiento.
- Finalmente, el retorno o la reubicación confrontan al desplazado con un proceso de reajuste en un contexto cambiado y con condiciones que contrastan con el pasado personal y familiar en lo social y económico o, en el caso del retorno, hasta con las amenazas vividas anteriormente.

Es así como estas condiciones de coerción, vulnerabilidad y victimización circunscriben al desplazamiento forzado como un hecho que no solo priva de oportunidades de desarrollo a millones de personas en el mundo, sino que se constituye en un fenómeno social con alta carga humanitaria de atención mundial. Frente a ello, la ACNUR, argumenta que el desplazamiento forzado es una crisis centrada en los países en desarrollo, con un número notificado de 65 millones de personas en situación de desplazamiento forzado, principalmente en los países de Afganistán, Iraq, Siria, Burundi, la República Democrática del Congo, Somalia, Sudán, Colombia, el Cáucaso y la ex Yugoslavia (Banco Mundial, 2016).

En relación con lo anterior, durante el año 2013, se registraron 33,3 millones de víctimas de desplazamiento forzado debido hechos relacionados con el conflicto armado, la violencia generalizada y las violaciones de los derechos humanos en todo el mundo. Son estos conflictos y persecuciones, las que han provocado la movilización de cerca de 51,2 millones de personas para el año 2013, y 8,3 millones de personas más para el año 2014; de las cuales 19,5 millones eran refugiados, 38,2 millones víctimas del conflicto armado y 1,8 millones solicitantes de asilo (ACNUR, 2014, 2015).

Respecto a las descripciones del desplazamiento forzado en el mundo, Siria es el país que ha generado el mayor número tanto de víctimas de desplazamiento forzado interno (7,6 millones), como de refugiados (3,88 millones al final de 2014); Afganistán (2,59 millones) y Somalia (1,1 millones) son los países que continúan en la lista con mayor número de refugiados (ACNUR, 2015).

América Latina por su parte, enuncia graves dificultades con el desplazamiento forzado de sus poblaciones, encontrando una estrecha relación de ello con la violencia, ocurrencia de crímenes y el consumo de drogas ilícitas, lo que da origen a la conformación de mercados ilegales en cada país de la región, al recrudecimiento del narcotráfico, al aumento de los niveles de violencia y crímenes por control territorial (Friedrich-Ebert-Stiftung, 2015). De manera particular, Colombia ha sido permeada por estas condiciones sociales y, en específico, por la violencia política y las guerras civiles que han provocado muertes, movimiento de grupos poblacionales y un incremento de víctimas de desplazamiento forzado por el conflicto interno que desde hace más de cinco décadas se vive en el país.

Desplazamiento forzado en Colombia. Contextualización y causas del fenómeno

El desplazamiento forzado no es un hecho reciente, es un fenómeno estructural que caracteriza transversalmente la historia colombiana (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2015; Mendoza-Piñeros, 2012), con un considerable aumento en el año 1985 debido a la agudización del conflicto armado (Murad-Rivera, 2003). Este hecho victimizante ha impactado en más del 90 % del total de municipios en todo el país y ha generado un alto número de víctimas de desplazamiento forzado (Garfield y Llantén, 2004). Actualmente, se estima que hay entre 1,1 a 1,5 millones de personas desplazadas en el total del territorio, las cuales representan alrededor de 300 000 familias, muchas de ellas trasladadas a las aldeas rurales o barrios urbanos de bajo nivel socioeconómico, con la consiguiente disminución tanto en su productividad económica como en su calidad de vida (Garfield y Llantén, 2004).

Es así como la Defensoría del Pueblo manifiesta que “el desplazamiento forzado es la más clara violación de los derechos a la vida, la libertad y la integridad de las personas y se convierte en un problema nacional” (OPS y OMS, 2001, p. 8). Este hecho es una de las principales problemáticas de orden social dado que constituye una emergencia compleja (OPS, OMS y Ministerio de Salud de la República de Colombia, 2000).

Es por ello que hablar del desplazamiento forzado no involucra un solo factor, actor o condición territorial, sino que implica la mirada de diversos factores que lo determinan y exacerbaban en un territorio; para el caso de Colombia “la población también ha sido expulsada debido a intereses y motivaciones políticas y económicas legales e ilegales que se entrelazan y coexisten con el conflicto armado” (González, 2003; citado por el Centro Nacional de Memoria Histórica, 2015, p.130), lo que imposibilita la diferenciación entre lo político-militar y lo individual-privado. En este sentido, se afirma que entre las principales causas de desplazamiento forzado a lo largo de la historia de Colombia están el conflicto originado por el surgimiento de grupos paramilitares, el control y lucha de la insurgencia, el narcotráfico, la erradicación de cultivos ilícitos, los procesos de paz que se llevaron a cabo con las guerrillas colombianas, las fuerzas de seguridad del estado, y la delincuencia común, por citar algunas de estas (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2015; Naranjo, 2001).

Con respecto al surgimiento de grupos paramilitares como frentes que contaban con la legalidad de actuación como una estrategia contrainsurgente, se encuentra que estos han sido actores de múltiples asesinatos, desapariciones forzadas y masacres que afectan principalmente a campesinos, indígenas y afrodescendientes, a la par de consolidarse como empresas armadas en busca del control territorial con fines de empleo para el narcotráfico y el contrabando como fuentes principales de financiación (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2015). En este sentido, tras la unificación del paramilitarismo en Autodefensas Unidas de Colombia (AUC) se presentaron disputas por el control de territorios estratégicos de diferentes grupos guerrilleros para su expansión territorial, lo que generó incursiones violentas principalmente en aquellas regiones donde la guerrilla se había asentado, y llevando consigo retaliaciones a la población civil, tomas guerrilleras cada vez más devastadoras, secuestros masivos y extorsión como fuentes adicionales de financiación, sin dejar de lado las masacres y el exceso de violencia que obligaron a las poblaciones a huir en busca de protección (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2015).

Por su parte, la continua ofensiva de las fuerzas militares en contra de los grupos guerrilleros generó un cambio de posición de las guerrillas en donde pasaron de tener una estrategia defensiva a una estrategia ofensiva, principalmente en contra de la población civil, con el fin de financiar sus actividades y consolidarse en el territorio nacional (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2015). Estos aspectos relacionados con la lucha de la insurgencia y el control territorial, sumados a los hechos violentos mencionados con anterioridad, agudizaron el desplazamiento forzado de la población colombiana principalmente en la zona rural, como bien se indica “las tierras y territorios de las personas desplazadas se han convertido en botines preciados por su potencial explotación económica, sus fuentes de recursos naturales y su ubicación estratégica”. (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2015, p.132).

Si bien los enfrentamientos de estos grupos insurgentes, además de la emergencia de otras bandas criminales, generaron la salida de numerosas familias colombianas del campo, fue el narcotráfico para el año 2009 el principal causante de los desplazamientos forzados en el país. Particularmente, la avanzada de grupos armados al servicio del narcotráfico, la extradición de jefes paramilitares, la contienda entre facciones y disidencias internas persistentes en la lucha por el posicionamiento en puntos estratégicos y otras actividades económicas legales e ilegales, desataron el escalonamiento de la violencia como evidencian los altos porcentajes de homicidios y desplazamientos forzados ocurridos para la época (Secretaría de Bienestar Social, 2010).

En relación con lo anterior, el narcotráfico ha permeado las instituciones públicas, privadas y la guerrilla, valiéndose de la coacción violenta para la consecución de sus fines e incidiendo en los marcos económico, político y social. Es por ello que el paramilitarismo y la influencia económica del narcotráfico como agente dinamizador del conflicto, son considerados los dos actores principales de la violencia en Colombia, ocasionando desplazamientos masivos de la población hacia las cabeceras municipales principalmente a los departamentos de Antioquia, Bolívar, Córdoba, Cesar y Caquetá, además de recurrir a múltiples formas de violencia como es el caso de las masacres, descuartizamientos, asesinatos, amenazas, entre otros, y detonar crisis agrarias al interior del país (Barreira, Tavares dos Santos y Zuluaga-Nieto, 2013; Naranjo, 2001; Niño, 1999; Secretaría de Bienestar Social, 2010). Al respecto Barreira et al. (2013), citando al representante del Secretario General de las Naciones Unidas sobre los Desplazados Francis Deng (2011) afirman que “[...] el desplazamiento constituye con frecuencia un medio para adquirir tierras en beneficio de los grandes terratenientes, narcotraficantes y empresas privadas que elaboran proyectos en gran escala para la explotación de recursos naturales” (p.153) lo que resulta un beneficio, dado el abandono de tierras y la desprotección estatal en el sector rural.

En esta línea “en Colombia el problema de las drogas y dentro de este el de los cultivos ilícitos, se inscribe en el conflicto violento por ser fuente de financiación tanto de la insurgencia como del paramilitarismo, en consecuencia, las acciones de erradicación forzosa han pasado a constituir parte de la política de seguridad nacional” (Sacipa, 2001), donde el control de los cultivos usando esta estrategia conllevó a la generación de nuevas manifestaciones de violencia debido a las alianzas que se gestaron entre los carteles con los diferentes grupos armados, creando corredores de droga en diferentes regiones e incrementando con ello el conflicto armado por las disputas frente al control territorial (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2015). Sumado a ello, como resultado de los procesos de erradicación de cultivos de uso ilícito, se generaron múltiples desplazamientos forzados, principalmente en los departamentos de Meta y Guaviare, con altos impactos sociales, económicos y políticos, y con los limitantes respecto al desconocimiento sobre el total de víctimas debido a que las personas prefieren no declarar o argumentar motivos como reclutamientos, amenazas o combates para adquirir la condición de desplazado, debido a que el motivo de erradicación forzosa no es considerado por agentes como la acción social. (Tobón-Quintero y Restrepo, 2009).

Es así como dentro de las temáticas abordadas en los procesos de paz en Colombia se encontraba el replanteamiento de la política actual sobre las drogas ilegales mediante propuestas integrales para los cultivos ilícitos en el país, pues se consideraba que ignorar estas condiciones menoscaba la débil legitimidad estatal, profundizaba el conflicto armado, violentaba la sociedad y socavaba el patrimonio ambiental (Vargas, 2000).

De otro lado y en relación con los procesos de paz llevados a cabo con las guerrillas colombianas, específicamente frente al tema de desplazamiento forzado, existen posturas contradictorias en las que se encuentra una perspectiva que asegura la disminución de este hecho a partir del inicio de los diálogos de paz, en oposición de quienes argumentan que este proceso no ha reducido significativamente los casos de desplazamiento forzado en el país. Estos últimos defienden además que la desmovilización de la guerrilla, sumada a la ausencia estatal y la presencia de otros grupos ilegales, podría dar paso a nuevas y diferentes lógicas de control territorial que afectan a la población civil y generan más desplazamiento forzado (Internal Displacement Monitoring Centre [IDMC] y Norwegian Refugee Council – [NRC], 2016).

En esta línea, la desmovilización de grupos paramilitares ha generado reagrupamientos de estas organizaciones como es el caso de los Grupos Armados Pos desmovilización (GAPD) considerados los principales actores armados en entornos urbanos, los cuales han contribuido con múltiples y masivos desplazamientos en municipios como Medellín, Buenaventura, Tumaco, Soacha, El Tarra y Toribío (Rojas-Andrade, Hurtado y CODHES, 2014), generando igual o mayor coacción en comparación a los antiguos grupos paramilitares, en un conflicto que no obedece a lo estrictamente político pero que deja graves afectaciones a la población civil (Rojas-Andrade et al., 2014).

Por su parte, las bandas criminales emergentes conocidas como las BACRIM, han dado continuidad a las disputas por el control territorial, económico y social, generando un incremento en los desplazamientos forzados intraurbanos, además de otros hechos victimizantes como amenazas, homicidios, destrucción de vivienda, reclutamientos forzosos, abusos sexuales y desapariciones forzadas (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2015; Velásquez, 2008).

De esta manera, el desplazamiento forzado se constituye así en un fenómeno multicausal, que ocasiona una pérdida importante de capital físico, financiero, humano y social de la nación. En este sentido, las transformaciones sociales generadas a partir de los hechos de violencia, son consideradas no solo las consecuencias inmediatas de las víctimas, sino también las repercusiones para los sistemas político y de salud, pues estos que deben adelantar acciones para la reparación integral mediante la ayuda humanitaria. Es así como las condiciones de precariedad de la población víctima de desplazamiento forzado en el país, sumada a la carencia de activos y de recursos económicos, generan una vulnerabilidad que aumenta el riesgo de un estado de pobreza crónica (Ibáñez y Moya, 2007). Las personas víctimas de desplazamiento forzado al verse obligadas a dejar su medio como forma de proteger su vida y la de sus familiares, renuncian a una serie de condiciones a partir de las cuales habían construido un proyecto de vida personal y familiar, y en algunos casos comunitarios, además, tienen que vivir en condiciones nuevas, generalmente difíciles y llenas de carencias que los someten a una elevada tensión emocional (Corporación AVRE, 2015).

Por último, es importante incorporar el factor práctico al análisis teórico de las condiciones que propician la intervención humanitaria en favor de la población victimizada (Feldmann, 2008), retomando la intencionalidad con la cual se ejerce la violencia por parte de los actores armados y reconociendo los impactos psicosociales que afectan de manera directa a personas, familias y comunidades.

Principales regiones expulsoras

El desplazamiento forzado como consecuencia del conflicto armado y la violencia en Colombia es una constante que, como se ha hecho mención con anterioridad, permanece a lo largo de la historia del país y produce la movilización de millones de personas en todo el territorio nacional. Frente a ello, el *Informe Nacional del Desplazamiento Forzado en Colombia* del Centro Nacional de Memoria Histórica (2015) reporta que entre los años 1980 y 1988, el 60 % de los municipios colombianos vivenciaron hechos de desplazamiento

forzado, siendo las regiones del centro del país y del Caribe como Urabá, Magdalena Medio, alto Sinú y San Jorge, los sectores con cifras más alarmantes, atribuidas al auge del narcotráfico propio de la época, al origen de los grupos paramilitares y otras causales abordadas en capítulos anteriores.

Más adelante, para los años 1989 y 1996, el 80 % de los municipios del territorio colombiano se vieron afectados dada la expansión geográfica de los grupos o nuevos asentamientos rurales y urbanos como resultado del crecimiento demográfico.

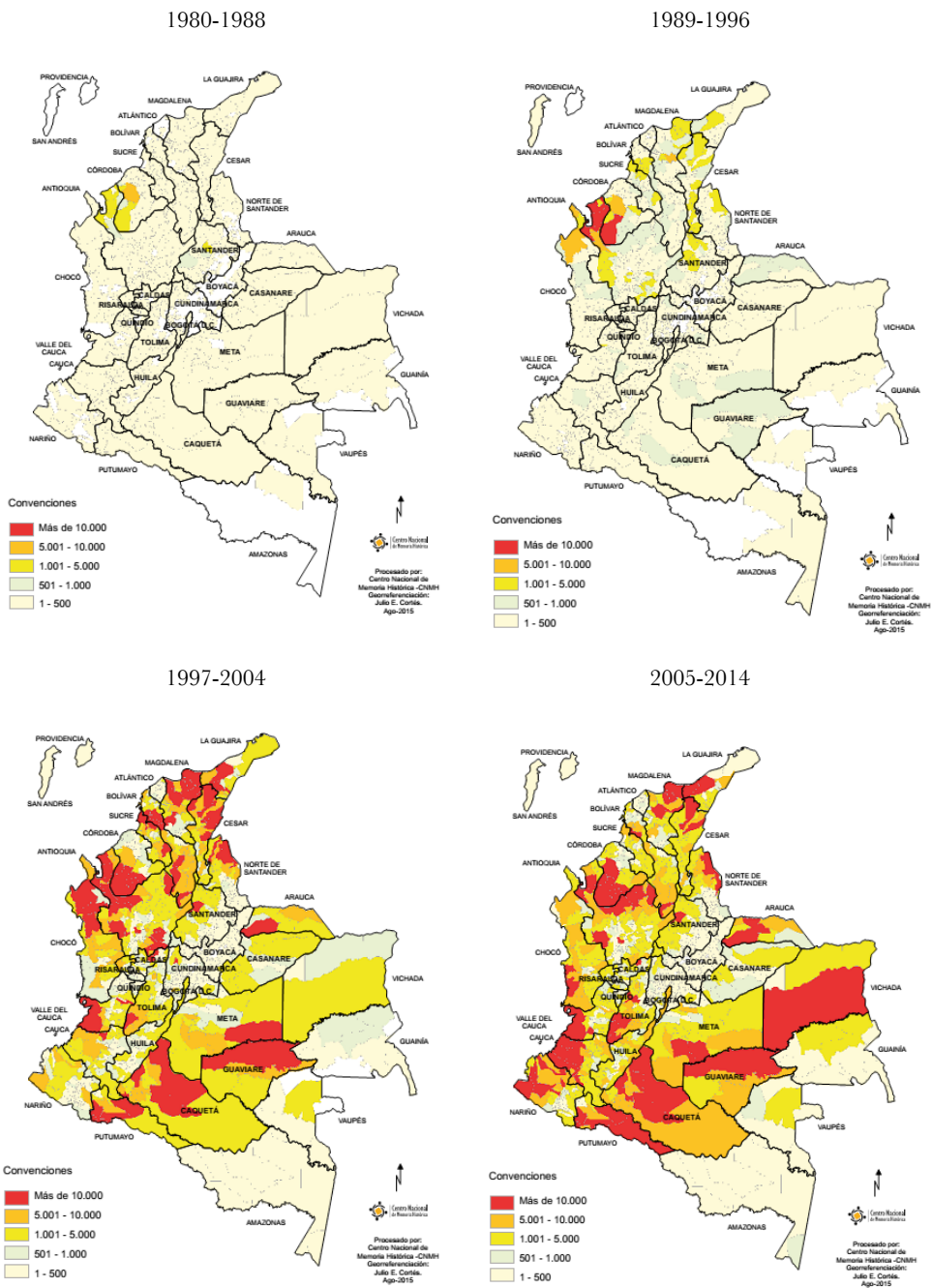
La región del Urabá antioqueño continuó siendo la principal región expulsora a nivel nacional con más de cien mil víctimas; el segundo lugar lo ocupó el Magdalena Medio con 21 117 víctimas, seguido de Montes de María con 19 501 víctimas (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2015).

Posteriormente, en el periodo comprendido entre los años 1997 y 2004 se presentaron desplazamientos forzados en el 97 % de los municipios colombianos, evidenciando un incremento significativo respecto a los años anteriores. Las regiones con mayor intensidad de víctimas por el conflicto en esta época fueron los sectores de el Urabá, los Montes de María, la Sierra Nevada de Santa Marta, el oriente antioqueño, el Magdalena Medio, la Ciénaga Grande de Santa Marta, la Serranía del Perijá, el Catatumbo y el Eje Cafetero, con cifras que superan las 85 000 víctimas (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2015).

A partir del año 2005, cambia el panorama en relación con las regiones que representaban un alto número de personas víctimas de desplazamiento forzado. Frente a ello, las regiones de “Magdalena Medio y la Sierra Nevada de Santa Marta siguieron siendo altamente expulsoras, pero regiones como el Urabá, el oriente antioqueño y Montes María reportaron una significativa disminución en el número de personas expulsadas” (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2015, p. 206), lo que condujo a que regiones diferentes comenzaran a emerger con altos índices de desplazamiento forzado como fueron las zonas del sur del país, principalmente la costa pacífica.

Se encuentra además, según los datos suministrados por el ACNUR (2016), que para el año 2007 las tasas de expulsión más altas se presentaban en 17 municipios de Colombia, mientras que para el año 2013 el 50 % de las expulsiones se concentraban en 10 municipios, entre los que se encontraban Buenaventura, Medellín, Tierralta, Suárez, Ricaurte, Riosucio, López de Micay y Puerto Asís. En suma, los departamentos con mayores desplazamientos forzados masivos (más de 50 personas) registrados en ese mismo año fueron Nariño, Antioquia y Chocó (costa pacífica).

Las cifras anteriores describen el aumento en la aparición del fenómeno del desplazamiento forzado en el territorio nacional, hecho que evidencia cómo en los últimos 24 años la situación de desplazamiento forzado ha aumentado significativamente, dejando de ser un hecho delimitado geográficamente y particular en algunos sectores del país, para convertirse en una problemática generalizada que afecta la mayor parte de los departamentos. Así lo ilustra el Centro Nacional de Memoria Histórica (2015) mediante mapas que ilustran los cambios demográficos con el paso del tiempo respecto a la cantidad de personas víctimas de desplazamiento forzado en los diferentes municipios colombianos (mapa 1).



Mapa 1. Personas en situación de desplazamiento forzado según municipios del territorio nacional por periodo de tiempo.

Tomado de: Centro Nacional de Memoria Histórica (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2015)

Por otro lado, en relación con el número de personas expulsadas por departamento, se encuentra que para el periodo comprendido entre los años 1985 y 2015, el departamento de Antioquia presentó el mayor número de hechos de desplazamiento forzado seguido de Bolívar, Magdalena, Chocó, Valle del Cauca y Nariño, concentrando el 50 % de las personas víctimas de desplazamiento forzado durante todo este periodo (Red Nacional de Información [RNI], 2016a) (gráfico 1).

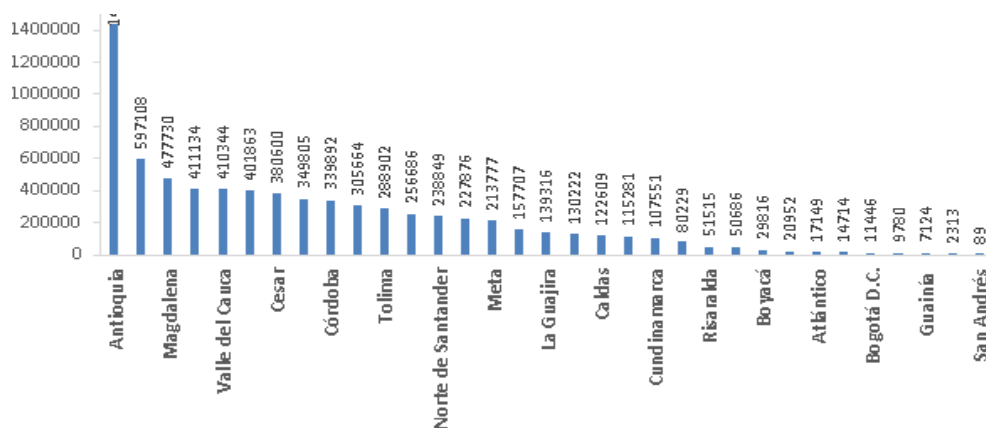


Gráfico 1. Personas expulsadas por departamento. Colombia, 1985–2015.

Tomada de: RNI corte 1 abril de 2016 (Red Nacional de Información [RNI], 2016b)

A su vez, respecto al número de personas expulsadas por municipio, se encuentra en los informes realizados por la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES) (2013) una mayor concentración de hechos de desplazamiento forzado en la región del Pacífico durante los últimos años, principalmente con casos de desplazamiento forzado intraurbano en las ciudades de Buenaventura, Tumaco y Medellín. En concordancia con lo anterior, los datos suministrados por la RNI evidencian el predominio de personas expulsadas de estas tres ciudades (gráfico 2).

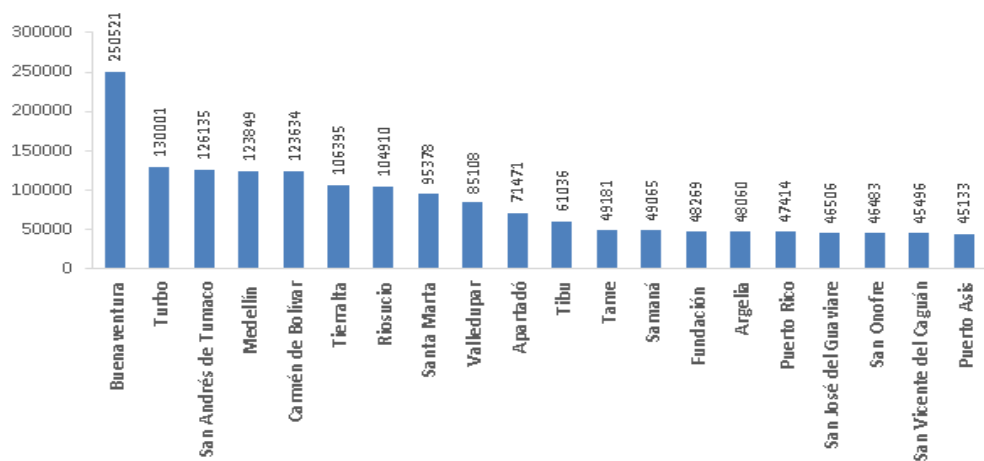


Gráfico 2. Personas expulsadas por municipio. Colombia, 1985–2015.

Tomada de: RNI corte 1 abril de 2016 (RNI, 2016b)

Principales regiones receptoras

En relación con las regiones receptoras de la población víctima de desplazamiento forzado al interior del país, se encuentra que durante los años 1985 y 2015, los departamentos con mayor porcentaje de recepción de víctimas fueron Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca, Bolívar, Magdalena, Nariño y Córdoba,; y las principales ciudades receptoras fueron Bogotá, Medellín, Santa Marta, Buenaventura y Cali, regiones en las que se concentra alrededor del 17 % de la población víctima de desplazamiento forzado (RNI, 2016b). Si bien en los inicios del fenómeno del desplazamiento forzado las capitales departamentales fueron los principales puntos de llegada, conforme al paso de los años las personas víctimas se han trasladado hacia otros municipios que no son capitales tal como es el caso de Buenaventura, Tumaco y Soacha (CODHES, 2013).

Por su parte, el departamento de Antioquia ha sido el de mayor recepción de personas víctimas del desplazamiento forzado en el país por varios años; así lo evidencian los registros de la RNI (2016b), seguido por Bogotá y Valle del Cauca (gráfico 3).

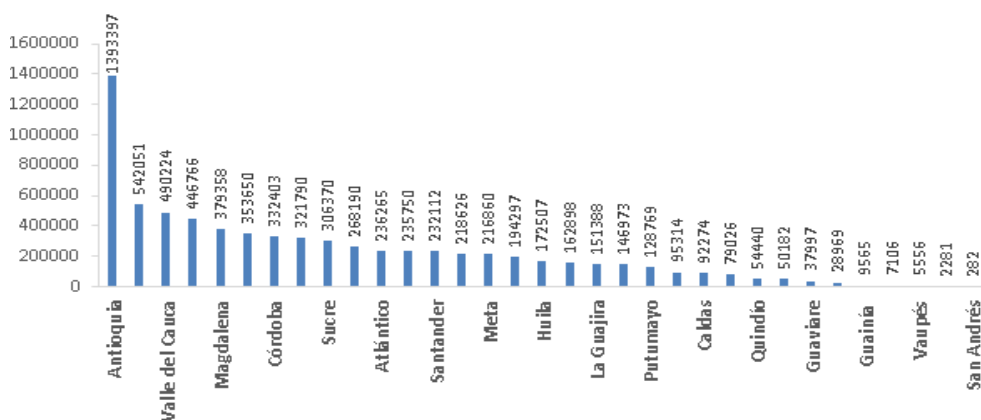


Gráfico 3. Personas recibidas por departamento. Colombia 1985–2015.

Tomada de: RNI corte 1 abril de 2016 (RNI, 2016b)

Respecto a los municipios receptores de la población víctima, se encuentra que en los últimos 30 años, Bogotá, Medellín, Santa Marta y Buenaventura, han ocupado los primeros lugares, con cifras que van desde 542 051 personas para el caso de Bogotá y 187 530 personas para Buenaventura (gráfico 4).

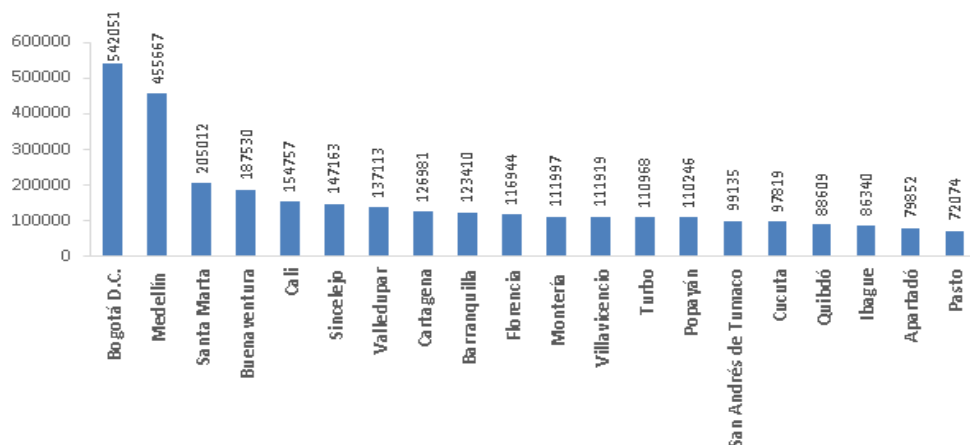


Gráfico 4. Personas recibidas por municipio. Colombia 1985–2015.

Tomada de: RNI corte 1 abril de 2016 (RNI, 2016b)

Por otro lado, según los índices de intensidad y de presión —definido el primero como el número de personas expulsadas por un municipio sobre la población del municipio expulsor por cada mil habitantes, y el segundo entendido como el número de individuos que llegan a un municipio sobre la población del municipio receptor por cada mil habitantes— se encuentra que las ciudades de Bogotá y Medellín, durante el periodo de tiempo entre los años 1997 y 2015, fueron las principales ciudades receptoras en contraste con el Distrito de Buenaventura. No obstante, y pese a que se cuenta con altos índices de recepción, es a partir del año 2006 que se presentan las más altas tasas de expulsión (RNI, 2016b).

Prevalencias del desplazamiento forzado en Colombia

Referirse a las proporciones de individuos de la población colombiana que han sido víctimas de desplazamiento forzado, conlleva al análisis de diferentes informes que reportan cifras alarmantes. Es así como en Colombia, con más de 5 décadas de historia de conflicto armado, ocupa el segundo lugar en número de desplazamientos forzados.

En relación con lo anterior, según la RNI (2016b), en Colombia cerca del 14,4 % de la población total ha sido víctima de desplazamiento forzado. Los departamentos con mayor número de personas en situación de desplazamiento forzado fueron Antioquia con el 19,22 % del total de víctimas en el país, Bolívar (8,9 %), Magdalena (6,4 %), Chocó (5,5 %) y Nariño (5,4 %); particularmente los grupos se asentaron en los municipios de Buenaventura, Turbo y el Carmen de Bolívar con cifras de 2,53 %, 1,78 %, y 1,74 % respectivamente, en relación con el total nacional (RNI, 2016b).

Para el año 2014, fueron declaradas 750 819 víctimas de desplazamiento forzado (RNI, 2016b), de las cuales el 33 % de los casos se presentaron en los departamentos de la costa pacífica

como Chocó, Valle del Cauca, Cauca y Nariño, afectando principalmente las comunidades afrocolombianas (Internal Displacement Monitoring Centre, 2015). Posteriormente en el año 2015, fueron 583 811 las personas que se declararon víctimas de desplazamiento forzado (RNI, 2016b).

Respecto a las cifras anteriores, se encontró que durante los últimos cinco años las ciudades con mayor número de víctimas por desplazamiento forzado fueron Medellín, Quibdó, Florencia y Cali, con cifras que superaron las 5 000 víctimas anualmente (RNI, 2016b), y que sugirieron un incremento en la presencia de actores del conflicto armado en las zonas urbanas.

Ahora, para el año 2016 se registró un total de 8 268 758 víctimas, de las cuales 7 970 190 fueron por causa del conflicto armado colombiano y 7 011 027 eran víctimas de desplazamiento forzado (RNI, 2016b), lo que representa cerca del 80 % de la población víctima total, seguido por otros hechos victimizantes como el homicidio (RNI, 2016a). Respecto a los departamentos con mayor cantidad de víctimas, se encontró que en Antioquia declaró 1 591 786 personas, seguido por Bogotá con 658 617 y Valle del Cauca con 469 659 (RNI, 2016b). Es importante mencionar que si bien se continúa presentando el desplazamiento forzado de zona rural a zona urbana, en la actualidad se ha evidenciado una tendencia hacia el incremento del desplazamiento forzado intraurbano como consecuencia de las luchas territoriales, aterrorizando a la población civil específicamente en las ciudades de Bogotá, Buenaventura, Cúcuta, Quibdó y Tumaco (Internal Displacement Monitoring Centre, 2015).

En relación con factores sociodemográficos de las víctimas de desplazamiento forzado, informes de caracterización de la población dan cuenta que aproximadamente el 57 % de las víctimas son hombres; el 54 % se encuentra con edades comprendidas entre los 18 y los 60 años, con un elevado índice de dependencia económica debido a que por cada 100 personas con edades productivas existen 57 personas con edades no productivas; y respecto al grupo étnico se reporta un 7,2 % de víctimas reconocidos como afrocolombianos y 4,7 % indígenas (RNI, 2016b).

Asimismo, en la mayoría de casos de desplazamiento forzado de niñas, niños y adolescentes, se reporta de manera simultánea uno o más hechos victimizantes diferentes al desplazamiento forzado (Ramírez-Herrera, 2014). Sumado a ello, según la *Encuesta Nacional de Salud Mental* realizada en el año 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias y Pontificia Universidad Javeriana, 2015), el 13,7 % de niños entre 7 y 11 años de edad, y el 18,3 % de adolescentes entre los 12 y 17 años, han sido víctimas de desplazamiento forzado alguna vez en su vida.

Organizaciones que atienden a la población víctima de desplazamiento forzado en Bogotá, Medellín y Buenaventura

En Colombia existen diversas entidades que brindan atención a la población víctima de desplazamiento forzado. Para el caso de las ciudades de Bogotá, Medellín y Buenaventura, algunos organismos gubernamentales y no gubernamentales que ofrecen diferentes servicios a las víctimas, se describen a continuación (tabla 1).

Tabla 1. Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que atienden a la población víctima de desplazamiento forzado por ciudad

Bogotá			
Organización	Tipo	Labor	Contacto
Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación	OG	Organismo gubernamental creado para acompañar a las víctimas en el marco de la Ley de Justicia y Paz.	www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/listados/tematica2.jsp?subtema=25740
Oficina del Alto Comisionado para la Paz	OG	Oficina asesora sobre la estructuración y desarrollo de la política de paz, la formalización de diálogos y celebración de acuerdos de paz.	www.altocomisionadoparalapaz.gov.co
Centro de memoria, paz y reconciliación	OG	Lugar para la dignificación de la memoria de las víctimas, de aporte a la memoria histórica y a la construcción de una cultura de paz.	www.centromemoria.gov.co
Alcaldía de Bogotá-Secretaría General Alta Consejería para los derechos de las víctimas, la Paz y la reconciliación	OG	Implementar estrategias para la reparación de las víctimas del conflicto armado, difundir información.	www.victimabogota.gov.co
Observatorio de Víctimas del Conflicto Armado de Bogotá	OG	Monitorear, hacer seguimiento y analizar las dinámicas y condiciones relacionadas con las víctimas del conflicto armado en la ciudad, sus familias y entornos.	www.victimabogota.gov.co/observatorio/index.html
Mesa Distrital de Víctimas	OG	Garantizar la participación efectiva de las víctimas del conflicto armado.	www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/listados/tematica2.jsp?subtema=21046
Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas	OG	Liderar acciones del Estado y la sociedad para atender y reparar integralmente a las víctimas, para contribuir a la inclusión social y a la paz.	www.unidadvictimas.gov.co

Bogotá			
Organización	Tipo	Labor	Contacto
Centros y puntos de atención a víctimas del conflicto armado- Dignificar	OG	Fortalecer las acciones de la Alcaldía de Bogotá en la política pública para las víctimas del conflicto armado.	www.victimabogota.gov.co/?q=mapa-centros-dignificar
Personería de Bogotá -Personería Delegada para la Protección de Víctimas	OG	Garantizar el debido proceso y la materialización de los demás derechos fundamentales.	www.personeriabogota.gov.co
Grupo de Apoyo a Organizaciones de Desplazados (GAD)	ONG	Apoyar las organizaciones de víctimas de desplazamiento forzado.	www.exodo.org.co
Consejería para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES)	ONG	Facilitar la visibilidad y sensibilización de la población víctima de desplazamiento forzado.	www.codhes.org.co
Fundación Panamericana para el Desarrollo (FUPAD)	ONG	Crear asociaciones con los sectores público y privado para asistir a las personas menos favorecidas de América Latina y el Caribe.	www.fupad.org
Fundación Mencoldes -Centro de Atención Integral a Población Desplazada	ONG	Brindar protección y ayuda humanitaria de emergencia a familias desplazadas, afectadas por el conflicto armado en Colombia.	www.fundacionmencoldes.org
Corporación Vínculos	ONG	Trabaja con personas, comunidades, organizaciones y redes sociales víctimas de la violencia sociopolítica, implementando procesos de atención, construcción de una cultura de paz.	www.corporacionvinculos.org
Fundación Proyectos Tecnovo	ONG	Facilitar la inclusión social de poblaciones en diferentes situaciones de vulnerabilidad.	www.fundaciontecnovo.org

Medellín			
Organización	Tipo	Labor	Contacto
Oficina Permanente para los Derechos Humanos -Personería de Medellín	OG	Principal entidad que aboga por los derechos humanos de víctimas del conflicto armado y población desplazada.	www.personeriamedellin.gov.co
Unidad de Víctimas del Conflicto Armado-Alcaldía de Medellín	OG	Coordinar y operar el diseño, implementación y evaluación de la política pública local de atención y reparación a víctimas.	www.unidadvictimas.gov.co
Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV)		Liderar acciones del Estado y la sociedad para atender y reparar integralmente a las víctimas, para contribuir a la inclusión social y a la paz.	www.unidadvictimas.gov.co
Centros de Atención a Víctimas (CAV)	OG	Atiende las víctimas, los desplazados en situaciones de urgencia humanitaria, educación, salud, alimentación y protección.	www.medellin.gov.co
Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR-UNHCR)	ONG	Seguimiento de la situación de las miles de víctimas de desplazamiento forzado en Colombia.	www.unhcr.org
Comité Internacional de la Cruz Roja	ONG	Atención a población víctima de desplazamiento forzado.	www.cicr.org
Caritas-Arquidiócesis	ONG	Empoderar líderes, acompañar procesos de convivencia y formación para incidir sociopolíticamente en las comunidades.	http://arqmedellin.co/_wb/_domain/arqmedellin.co
Red Nacional de Iniciativas Ciudadanas por la Paz y contra la Guerra (REDEPAZ)	ONG	Articula las experiencias y prácticas que múltiples agentes sociales desarrollan en las dimensiones local, interlocal, regional y nacional.	www.redepaz.org.co

Medellín			
Organización	Tipo	Labor	Contacto
Museo Casa de la Memoria	ONG	Brindar programas de atención de víctimas del conflicto armado	www.museocasadelamemoria.gov.co
Misión de Apoyo al Proceso de Paz de la Organización de Estados Americanos (MAPP-OEA)	ONG	Planificar y coordinar el trabajo para apoyar los procesos territoriales de aprestamiento para el posconflicto	www.mapp-oea.org
Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH)	ONG	Principal funcionario de derechos humanos de las Naciones Unidas	www.hchr.org.co

Buenaventura			
Organización	Tipo	Labor	Contacto
Secretarías Técnica de las Mesas de participación Efectiva de Víctimas (MDPEV)	OG	Hacen parte de los espacios que el Estado ofrece a la población para garantizar la incidencia en las políticas que los afectan	www.unidadvictimas.gov.co/es/content/mesas-de-participación/87
Centro Regional de Atención y Reparación a Víctimas en Buenaventura (Valle del Cauca)	OG	Oferta institucional para la atención de las víctimas, quienes recibirán información acerca de sus derechos	www.unidadvictimas.gov.co/es
Apoyo y Atención a la población desplazada	OG	Brinda atención humanitaria de emergencia, gestiona soluciones de vivienda definitivas y fortalece los procesos organizativos de la comunidad	www.saliendodelcallejon.pnud.org.co
Defensoría del Pueblo (Casa de los Derechos)	OG	Brindar acompañamiento, asesoría y atención a la población y a las víctimas en Buenaventura	www.defensoria.gov.co

Bogotá			
Organización	Tipo	Labor	Contacto
Corporación Dominicana Opción Vida, Justicia y Paz	ONG	Organización católica que brinda orientación, apoyo humanitario e información a víctimas de la violencia en Buenaventura	www.opcolombia.org
Fundación Caritas Diocesanas	ONG	Ayuda humanitaria y asesoría para los desplazados	www.idealist.org
Médicos sin Fronteras	ONG	Atención en salud mental a las víctimas de la violencia	www.buenaventura.gov.co
Alianza por la Solidaridad	ONG	Restitución de derechos humanos	www.alianzaporlasolidaridad.org
Fundación Carvajal	ONG	Promover el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades más necesitadas	www.fundacioncarvajal.org.co

Salud pública y desplazamiento forzado

Los efectos que acarrea el desplazamiento forzado sobre la población víctima y la sociedad en general no pueden escaparse a las distintas lecturas políticas, socioeconómicas y culturales que además de ofrecer una contextualización del fenómeno, contribuyen a la identificación de elementos que vislumbran la dimensionalidad y dinámica de este hecho que afecta principalmente a las poblaciones vulnerables y marginadas. Es por ello que una perspectiva de salud pública orientada al reconocimiento de la importancia de los estudios epidemiológicos y la identificación de factores relacionados con la prevalencia de morbilidad y mortalidad en las víctimas de desplazamiento forzado, permite develar las acciones en materia de atención que son imprescindibles para el manejo de esta población.

En consonancia con el planteamiento anterior, las cifras reportadas sobre la cantidad de víctimas de desplazamiento forzado —sumadas a condiciones que preceden o acontecen junto con este hecho como es el caso de las amenazas, homicidios, torturas, entre otros relacionados con la violencia y el conflicto armado— han influenciado la constitución del desplazamiento forzado como una problemática de salud pública, catalogado así por circunstancias relacionadas con la ocurrencia generalmente súbita del evento y la concepción de incontrolable del impacto resultante de la movilización (Noji y Organización Panamericana de la Salud, 2000), cuestiones que se convierten por sí mismas en limitantes en materia de estudios relacionados con la atención en salud de las víctimas debido a la dificultad para consolidar y acceder a los sistemas de información.

No obstante, los datos epidemiológicos existentes relacionados con violencia y conflicto armado resuelven en parte la escases de información respecto a las tasas de morbilidad y mortalidad de la población víctima de desplazamiento forzado. Es así como en términos AVISA perdidos, en la población colombiana el 25 % corresponden a violencia (Londoño, Grisales, Fernández y Cadena, 1999).

Sumado a lo anterior, las altas tasas de los eventos en salud en la población civil y el abuso a los derechos humanos complejizan el panorama en lo que respecta al estado actual de la población víctima. Tal es así es la situación, que el término “emergencia compleja” tiene cabida para describir situaciones que afectan a esta población y se encuentran relacionadas directamente con el conflicto civil, el desplazamiento de la población, factores que incrementan la mortalidad de la población. Estas emergencias complejas suelen verse ligadas con la inestabilidad política, la persecución de minorías y el abuso de los derechos humanos, con respuestas políticas de mayor represión y difusión del conflicto armado (Noji y OPS, 2000).

Frente a ello, Noji y OPS (2000) afirman que “las muertes, las lesiones y las discapacidades causadas por la violencia relacionada con las guerras son las consecuencias inmediatas en la salud pública de las emergencias complejas” (p. 425), debido en gran parte al déficit alimentario, las migraciones masivas y la situación de emergencia de los servicios médicos.

En relación con el déficit alimentario, se presentan factores asociados a la desviación deliberada de alimentos, las problemáticas de transporte y mercado, y las dificultades económicas de la población víctima, sumando a lo anterior los hechos criminales como la destrucción y saqueos de cultivos agrarios con fines armados (Noji y OPS, 2000) que agravan el panorama. Al respecto, algunos autores afirman que los adolescentes víctimas de desplazamiento forzado reportan índices de masa corporal más bajos respecto a los niños víctimas del conflicto armado en el país, lo que refleja las dificultades nutricionales a las que se ven enfrentados los jóvenes (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], Unicef y Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2013).

Por otro lado, las migraciones y los desplazamientos masivos han provocado el incremento de la morbilidad y mortalidad de patologías infecciosas debido, en gran parte, a la pobreza unida a los problemas de saneamiento básico y la alta prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, maternidad adolescente, desnutrición y trauma secundario a los hechos de violencia (Mogollón y Vásquez, 2006; Noji y OPS, 2000).

En suma, el desplazamiento se encuentra acompañado por acontecimientos y traumas experimentados antes o durante el desplazamiento, como es el caso de pérdida de seres queridos, temor, tortura y violación, lo que puede ponerlos en mayor riesgo de afectaciones en la salud y en la adaptación al nuevo lugar de residencia (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], 2003).

Igualmente y relacionado con los problemas de salud pública asociados al desplazamiento, se encuentran las dificultades asociadas con la destrucción de las infraestructuras, desviación de recursos de los servicios comunitarios, falta de personal médico, limitantes para el acceso a las instituciones de salud, recortes en suministros esenciales y colapso económico consecuente de las emergencias complejas, lo cual trae innumerables repercusiones para la población civil como son la reserva insuficiente de alimentos, las pobres condiciones higiénicas y los servicios médicos básicos inadecuados (Noji y OPS, 2000; OPS y Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002), lo que contribuye al impacto de las emergencias

complejas en la salud pública, además de dificultar los desarrollos de los programas de promoción de la salud, debido a que la atención se centra en las lesiones del conflicto.

Es así como al pensar el desplazamiento forzado como asunto de interés para el campo de la salud pública y la práctica humanitaria, se debe reconocer la complejidad de las problemáticas poblacionales que genera en el orden de lo individual y lo comunitario (Haghebaert y Zaccarelli, 2006), con interés particular en las afectaciones psicosociales de la población víctima. Ante ello, desde el ámbito individual, se consideran las repercusiones en la salud mental, el cambio en el proyecto de vida, la presencia de dolor, inseguridad y sufrimiento emocional de las víctimas (Ministerio de Salud, Arias y Bohórquez, 1999), eventos traumáticos previos, desplazamientos anteriores, violencia intrafamiliar, entre otros aspectos que por lo general, no desaparecen con el desplazamiento y deben ser tomados en cuenta (Medicins sans Frontieres, 2011).

De forma particular, los efectos psicológicos adversos y los problemas en salud de las comunidades afectadas han sido estudiados a partir de las cargas de morbilidad y discapacidad de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias que pueden aparecer como consecuencia del desplazamiento forzado (Noji y OPS, 2000; OPS y Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002), debido que estos representan a nivel global el 13 % de AVAD y el 33 % de los años perdidos por discapacidad (OMS, 2003). Adicionalmente, una gran proporción de afectados no recibe atención sanitaria debido a las circunstancias mencionadas con anterioridad en términos de infraestructura y carencia de servicios médicos necesarios, además de problemáticas de índole social como son la estigmatización y discriminación que les impide buscar ayuda. Cabe anotar que los eventos traumáticos son percibidos y expresados de forma diferente en cada culturas e incluso en ocasiones dentro de la misma cultura, por lo que la intensidad de una confrontación violenta no puede ser comparada entre un individuo y otro (Medicins sans Frontieres, 2011), porque esto conlleva a las generalizaciones acerca de los factores de riesgo asociados con las experiencias traumáticas sean consideradas cuidadosamente.

En relación con lo anterior, el desplazamiento forzado altera y transforma a las víctimas al afectar su desarrollo global como producto de experiencias relacionadas al ser testigos silenciosos de homicidios, violaciones, incineraciones y despojo de bienes, generando traumas psicológicos y físicos; vivir situaciones de miedo, rabia, rechazo, hostilidad y despojo, que repercute en la pérdida de confianza; los cambios drásticos en la estructura familiar, orfandad y separación y mayor exposición a la vulneración de los derechos y al sufrimiento genera una pérdida irreparable que afecta su desarrollo integral y el ejercicio de sus derechos (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y ACNUR, 2010). En este sentido, es así como en muchos de los casos de violaciones a los derechos humanos, como lo es el desplazamiento forzado, las víctimas también han sido sometidas a tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, reflejando el carácter de generalización y sistematización de las violaciones (World Organisation Against Torture, 2004).

Por otra parte, a nivel comunitario, se debe prever la ruptura del tejido social, pérdida del entorno cotidiano, el desarraigo, la ausencia de sentido de pertenencia, la pérdida de recursos y grupos de referencia, quebranto psicosocial y sociocultural, el desempleo, la falta de oportunidad para la formación y capacitación que les permita la vinculación al medio económico y productivo (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y ACNUR, 2010; Ministerio de Salud et al., 1999), lo que también afecta la salud integral de las víctimas del desplazamiento

forzado, afectando además sus condiciones socioeconómicas lo que incide en dificultades para autogestionar sus necesidades básicas (Ministerio de Salud et al., 1999), así como el sometimiento a condiciones infrahumanas de vivienda debido a la precariedad de los sistemas de agua, electricidad, alcantarillado y calefacción, el hacinamiento en zonas subnormales de las ciudades donde se asientan, y el deterioro de las condiciones de vida, especialmente de salubridad y abastecimiento, que emergen como consecuencia de la agudización de la marginación y de la pobreza en la que entran las víctimas del desplazamiento forzado (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y ACNUR, 2010; Ministerio de Salud et al., 1999; Noji y OPS, 2000).

Asimismo, la información existente sobre la mortalidad de la población víctima de desplazamiento forzado da cuenta de su compleja situación, debido a que tiene una tasa de mortalidad significativamente mayor a la población general, catalogando la desnutrición, enfermedades diarreicas, sarampión, infecciones respiratorias agudas y malaria (Centers for Disease Control and Prevention, 1992; Noji y OPS, 2000), como las principales causas de muerte en esa población, cifras que representan entre el 60% a 95 % de casos de muerte reportados.

Si bien los datos anteriores avizoran la situación de las comunidades víctimas de desplazamiento forzado, en la actualidad continúan siendo más los limitantes para esclarecer información relevante sobre las consecuencias sanitarias durante y posterior al evento, además de las dificultades para la estimación de las tasas de mortalidad, como indicadores específicos del estado de salud de las poblaciones afectadas, debido a los sesgos de memoria, carencia de información familiar sobre muertes, cálculos inadecuados del tamaño promedio de la población, factores políticos y de seguridad, y falta de procedimientos estándar para el reporte (Noji y OPS, 2000). A su vez, otra problemática presente a la hora de esclarecer el estado de la población víctima de desplazamiento forzado es la naturalización del trauma en las personas víctimas como única explicación de sus efectos, en donde nociones como trauma, riesgo, vulnerabilidad y salud mental en la atención a víctimas del desplazamiento forzado en Colombia son difusas (Restrepo-Espinosa, 2012).

Revisión
conceptual
sobre salud mental

Revisión conceptual sobre salud mental

Daniela Sánchez Acosta, Nadia Semenova Moratto, Guillermo Alonso Castaño Pérez

Introducción

A lo largo de la historia, la salud mental ha sido ampliamente conceptualizada desde diversos enfoques teóricos y perspectivas de intervención, los cuales dan cuenta de múltiples factores a ella asociados, así como de los diferentes escenarios de interacción y despliegue de la misma.

A manera de comprensión amplia del concepto, es necesario centrarse inicialmente en el término “salud”, referido a la integración de diferentes dimensiones del ser humano que incluyen lo físico, mental, social y espiritual (Guerrero y León, 2008). A partir de esta premisa se erigen bases para las conceptualizaciones realizadas por organismos de carácter mundial como la OMS, el Ministerio de Salud de Canadá y la OPS, los cuales delimitan los desafíos regionales y mundiales en este ámbito, así como las acciones encaminadas a la atención en salud que van desde la promoción y prevención hasta el diagnóstico e intervención.

Al respecto, el concepto emitido por la OMS (2013) define la salud mental como un “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”, aludiendo esta definición a características subjetivas de bienestar, aspectos psicológicos en relación con las capacidades, estrategias de afrontamiento, y funcionalidad y otros factores que remiten a considerar la contribución social que realizan los sujetos.

En esta misma línea, el Ministerio de Salud de Canadá (Comité de la Santé Mentale du Québec, 1985), menciona que la salud mental

Es el estado de equilibrio psíquico de la persona en un momento dado; que con la ayuda de los siguientes elementos se aprecia en: el nivel de bienestar subjetivo, el ejercicio de las capacidades mentales y la calidad de las relaciones con el medio ambiente [...] la salud mental puede ser igualmente considerada como un recurso colectivo al que contribuyen tanto las instituciones sociales y la comunidad entera, como las personas individualmente consideradas. (p. 89)

Por su parte, la OPS (2001), citada por Mucci y Benaim (2009), delimita a la salud mental como eje articulador entre el individuo y los contextos de relación en el que este se desenvuelve, “la salud mental es el núcleo de un desarrollo equilibrado de toda la vida, que desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social” (p. 132).

Los anteriores conceptos ofrecen perspectivas de abordaje de la salud mental, desde considerarla como una articulación de factores biológicos, psicológicos y contextuales, así como una capacidad, recurso o competencia del ser humano, que en palabras de Muñoz, Restrepo, y Cardona (2016), se entiende como un proceso dinámico que obliga el reconocimiento del papel de los determinantes sociales y la importancia de la promoción de la salud.

Es así como Guerrero y León (2008) afirman que la salud mental se delimita por la cosmovisión de cada cultura, lo que implica, en palabras de Almirón (2008), que esta pueda considerarse a nivel conceptual como “una construcción teórica que no tiene una definición directa” (p. 60). Este planteamiento, conlleva a describir la salud mental como concepto flexible, que da respuesta a un contexto global de desarrollo y de cultura ciudadana.

No obstante, desde cualquier posición encaminada a detallar este complejo de interacciones presentes en la cotidianidad de los sujetos y propios de la salud mental, se hace indudable referirse a su contraparte, es decir a la enfermedad mental, debido a que ambas (la salud y la enfermedad mental) “son tanto la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social” (Almirón, 2008, p. 62).

Cabe anotar que así como la salud mental ha tenido diferentes acepciones teóricas, el concepto de enfermedad mental también se han transformado por discursos de época, los cuales van desde el concepto de locura hasta el de trastorno mental. Para el caso del presente texto se hará referencia a este último, como un síndrome conductual o psicológico clínicamente significativo, o patrón que se produce en un individuo y que se asocia típicamente con angustia actual o discapacidad (American Psychiatric Association y American Psychiatric Association, 2000). Respecto a su prevalencia, se estima que representa cerca del 13 % del total de enfermedades, afecta a más de 700 millones de personas en el mundo, y constituye una de las casusas de atención más frecuentes en los centros primarios de salud, con tasas que oscilan entre el 1 % y 5 % (OMS, 1990, 2001). En lo que concierne a América Latina y el Caribe, la prevalencia de trastornos mentales y comportamentales varían entre el 13 % y el 15 % en la población infantil (Benjet, 2009); en países como México, por ejemplo, se estima que del total de pacientes que acuden a los centros de primer nivel de atención en salud, cerca del 34,5 % de ellos asisten por problemas psicopatológicos de inicio en la infancia (Caraveo-Anduaga, 2006).

Ahora bien, los trastornos mentales no son categorías diagnósticas que aparecen en el vacío, sino descripciones permeadas por diferentes factores de orden social, histórico, cultural, político y económico, los cuales inciden en el bienestar de los sujetos, disminuyen la calidad de vida de estos y sus familias, y afectan su desempeño funcional y autónomo. Entre estos factores que pueden influir, particularmente en el caso de las poblaciones vulnerables y de bajo acceso a los servicios de salud, se encuentran algunos como la violencia, migraciones, desastres naturales, pobreza, hambre, desnutrición, carencias ambientales, desempleo, condiciones inadecuadas de trabajo, falta de oportunidades, entre otras (Desjarlais, Eisenberg, Good y Kleinman, 1997; Flisher y Lustig, 2005; Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña y Gómez, 2004; Restrepo y Jaramillo, 2012; Torres de Galvis y Posada Villa, 2012).

Es así como esta temática se consolida en un tema de interés y relevancia para los agentes encargados de atender las demandas en salud, dadas las alarmantes expectativas de aumento y de mayor prevalencia con el paso del tiempo (OMS, 2001); en palabras de la OMS (2016), “la prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países”. En relación con este impacto, se afirma que existen múltiples dificultades relacionadas con el acceso a los tratamientos, los obstáculos para ser atendidos y la necesidad de mayores servicios de salud a las que se enfrentan los sujetos y sus familiares (OMS, 2001, 2013). Además, “los problemas psicológicos desatendidos, se traducen en la pérdida de oportunidades para el desarrollo social y económico para el desempleo y para la violencia entre otros” (Rodríguez y Rubiano, 2016, p. 6), generando una carga enorme para la salud, más en términos de discapacidad que en mortalidad (Desjarlais et al., 1997).

Ahora bien, expresar la magnitud, los costos implicados, el impacto en los individuos, las secuelas, la discapacidad generada y las implicaciones a nivel familiar y social (Torres de Galvis y Posada Villa, 2012) que ocasionan los problemas en salud mental, conlleva a ratificar el papel que la salud pública tiene a la hora de estudiar a estos. Frente a ello, Posada (2013), afirma que:

Los trastornos mentales son frecuentes, afectan a dos de cada cinco personas adultas en nuestro país, ningún nivel socioeconómico o área geográfica es inmune a ellos, son costosos tanto económica como emocionalmente para la persona, la familia y la sociedad, y la coexistencia de enfermedades físicas y trastornos mentales es muy frecuente. (p. 12)

Al respecto, las investigaciones sobre el tema han dirigido sus esfuerzos en estudios epidemiológicos y observacionales que incluyen la prevalencia, la edad de inicio, las adversidades, el uso del servicio, demora en el tratamiento y la evolución de la enfermedad (Lambert et al., 2013).

La salud mental en Colombia. Contextualización y prevalencias

De manera general, el estado actual de la salud mental en Colombia ha sido dilucidado no solo mediante soportes teóricos de diversos autores, sino a través de lineamientos jurídicos que reglamentan las acciones en materia de salud mental, y los estudios poblacionales que dan cuenta de las principales problemáticas que enfrentan los colombianos.

Bajo este orden de ideas, es preciso referirse a la Ley 1616 de 2013, la cual establece que:

La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas (Ley 1616 de 2013).

De acuerdo con la norma, es objetivo del Estado garantizar el derecho a la salud mental de los ciudadanos, mediante un abordaje integral e integrador que incluya la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental.

Ahora bien, en Colombia el análisis de la carga de los trastornos mentales y el desarrollo de una política nacional de salud mental, se constituyeron en prioridades en materia de salud pública, definidas en el Programa Nacional de Salud 2002-2006 (Ministerio de la Protección Social, 2003b), considerando los antecedentes relacionados con el recrudescimiento de las condiciones sociales, políticas, económicas y de seguridad que han permeado a los colombianos durante las últimas décadas. Paralelamente, el Estado ha desarrollado estrategias en pro de la salud mental de los habitantes, como lineamientos de política de salud mental dirigidos a reducir la carga que representan los trastornos mentales en la salud de la población y su efecto en el desarrollo social (Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social, 2005).

Es por ello que los ajustes realizados a la Política Nacional de Salud Mental de Colombia surgen como respuesta de los estudios poblacionales que resaltan las prevalencias de los trastornos mentales y las consecuencias que estos traen en términos de AVISAS y AVAD.

Al respecto, en el “Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia” realizado en el año 2003, que forma parte de la *Encuesta Mundial de Salud Mental*, de la OMS, encontró que ocho de cada veinte colombianos han presentado un trastorno mental alguna vez en su vida, siendo los trastornos de ansiedad (19,3 %), del estado de ánimo (15 %) y los de uso de sustancias (10,6 %) los de mayor prevalencia y cronicidad (Ministerio de la Protección Social, 2003a; Posada-Villa et al., 2004).

Estudios más recientes como el de la *Encuesta Nacional de Salud Mental* (Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias y Pontificia Universidad Javeriana, 2015) realizada en Colombia en el año 2015, reportaron que 3 de cada 100 niños entre 7 y 11 años de edad ha presentado un trastorno mental en el último mes, y cerca del 5 % tienen o han tenido algún trastorno mental en el último año. Respecto a los adolescentes entre los 12 y 17 años de edad, se reportó una prevalencia de vida de los trastornos mentales del 7,2 %, presencia de algún trastorno mental en el último año del 4,4 %, y en el último mes del 2,5 %. En la población adulta, se encontró que 1 de cada 5 adultos tiene algún trastorno mental, siendo las mujeres las de mayor comorbilidad con otros trastornos mentales y del comportamiento.

Por otro lado, el *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas* llevado a cabo del año 2013 (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas en Colombia y Ministerio de Protección Social, 2013) con el objetivo de proporcionar datos actualizados sobre la magnitud y las características del consumo de drogas de los colombianos, reportó que 2,5 millones de personas en el país presentan un consumo riesgoso o perjudicial de

bebidas alcohólicas; el 13 % han usado alguna droga ilícita (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, o heroína) al menos una vez en su vida; y unas 484 mil personas afirmaron estar en condiciones de requerir algún tipo de asistencia para disminuir o dejar el consumo de drogas. Estos datos, comparados con los obtenidos en el estudio del año 2008, indican un aumento en el consumo actual de bebidas alcohólicas y en el uso de cualquier sustancia ilícita, en contraste con la disminución en el uso de tabaco.

Marco referencial

Marco referencial

*Daniela Sánchez Acosta, Nadia Semenova Moratto, Guillermo Alonso Castaño Pérez,
Carolina Buitrago Salazar*

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la búsqueda de antecedentes que dieran cuenta del estado de la salud mental, trastornos mentales y consumo de sustancias en población víctima de la violencia y el conflicto armado, y/o en condición de desplazamiento forzado. El rastreo realizado incluye investigaciones internacionales, nacionales y locales en las siguientes bases de datos: PubMed, Lilacs, MedLine, Cochrane library, Embase, Science Direct y Bibliomed. También se utilizó una búsqueda en cadena y se localizaron otros estudios mediante listas de referencias bibliográficas de los estudios recuperados en la búsqueda primaria. No se consideraron estudios sin publicar (literatura gris).

De cada estudio se describe el título, los autores o la entidad, año de realización, objetivo del estudio, metodología empleada, principales resultados, conclusiones, y las recomendaciones dadas por los autores (tabla 2).

Tabla 2. Resultados de los estudios sobre salud mental, trastornos mentales y consumo de sustancias en población víctima de la violencia y el conflicto armado

Tipo	Internacional
Título	Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences
Autor(es) y año	Allwood, Bell-Dolan y Husain (2002).
Objetivo	Examinar la relación de las experiencias de guerra violentas y no violentas con las reacciones de trauma y ajuste en un grupo de niños de Bosnia.

Metodología	Estudio de corte transversal.
Resultados principales	El estudio arrojó que los niños y niñas estuvieron expuestos a múltiples condiciones adversas durante la guerra, dentro de las que se destacan experimentar la muerte de un amigo o familiar (79,4 %), miembros de la familia heridos durante la guerra (73,4 %) y exposición a tiroteos cercanos (72,8 %). Respecto a las experiencias de guerra violentas, como las amenazas, se encontró una relación significativa con síntomas de ansiedad y depresión; ser testigos de asesinatos y lesiones, se relacionó significativamente con problemas de atención y estar en situaciones de peligro se asoció con quejas somáticas. En relación con las experiencias de trauma no violentas, como la exposición al frío y el hambre, se encontró también una relación con los síntomas de ansiedad y depresión. Se encontró un 41 % de síntomas de TEPT clínicamente significativos.
Conclusiones	Los niños se vieron afectados negativamente por la exposición tanto a traumas de guerra violentos como no violentos. Estos efectos de la violencia y las privaciones durante la guerra pueden abrumar las habilidades de afrontamiento de los niños y dejarlos vulnerables a las dificultades de adaptación, problemas de interiorización y externalización, o TEPT.
Recomendaciones	Se necesitan más investigaciones para determinar si la exposición al trauma violento en contraste con el no violento presentan diferentes trayectorias de ajuste en la era de la posguerra, cuando ya no está presente el peligro inminente de daño.

Tipo	Internacional
Título	Forced migration and mental health: prolonged internal displacement, return migration and resilience
Autor(es) y año	Siriwardhana y Stewart (2013).
Objetivo	Explorar las relaciones entre el desplazamiento forzado, el retorno y la resiliencia, como hechos que influyen la salud mental.
Metodología	Revisión de tema.
Resultados principales	El estudio reporta una ausencia de información en la literatura sobre el impacto del desplazamiento forzado para la salud mental de la población. No obstante, sí se afirma que incluso después del desplazamiento las víctimas continúan enfrentándose a situaciones estresantes como son problemáticas relacionadas con la alimentación, refugio, educación, atención sanitaria, finanzas, empleo y la discriminación, los cuales pueden convertirse en factores que predispongan la aparición de trastornos mentales. En relación con el retorno, se encontraron dos posibles ubicaciones: retornar a la zona de origen o el reasentamiento en una zona delimitada. Lo anterior conduce a la ruptura de los vínculos sociales y culturales establecidos con la comunidad, y altas expectativas por parte de las víctimas frente al lugar de retorno. Por último, la resiliencia permite hacer frente a la pérdida y el trauma, permitiendo actuar como factor protector en tales situaciones.

Conclusiones	Los asentamientos de víctimas de desplazamiento forzado representan una carga para la salud pública. El retorno de las comunidades debe ser un proceso con mayor eficacia con el fin de garantizar el reajuste y reducir los traumatismos. Los autores argumentan el papel de la resiliencia dentro de la exploración de las condiciones patológicas de la población. El análisis del retorno de las comunidades puede facilitar el proceso de reasentamiento y reducir traumatismos futuros por las demandas requeridas.
Recomendaciones	La investigación epidemiológica e intervencionista en la salud mental necesita ir más allá de los modelos biomédicos y abarcar aspectos sociales y culturales más amplios. El factor de resiliencia debe ser integrado en la investigación de salud mental en víctimas de desplazamiento forzado mediante un enfoque multidisciplinario.

Tipo	Internacional
Título	La salud mental en situaciones de conflicto armado
Autor(es) y año	Rodríguez, De la Torre y Miranda (2002).
Objetivo	Detallar algunas investigaciones realizadas y datos epidemiológicos que ponen de manifiesto el significado de las consecuencias psicosociales de eventos traumáticos en población desplazada y refugiada ante situaciones de conflicto.
Metodología	Revisión de tema.
Resultados principales	Se encontraron tres grupos principales de problemas psicosociales: “1. Desorden social, violencia y consumo de sustancias adictivas —incluye actos vandálicos y delincuenciales, rebeliones, demandas exageradas, abuso sexual, violencia intrafamiliar, etc—; 2. El miedo y la aflicción como consecuencia de los daños y pérdidas o por el temor a la recurrencia del problema; 3. Trastornos psicopatológicos o enfermedades psiquiátricas evidentes: reacciones de estrés agudo, trastornos depresivos o ansiosos, trastorno de estrés postraumático y el consumo excesivo de sustancias psicoactivas”. Rodríguez, De la Torre y Miranda (2002).
Conclusiones	Como consecuencia del trauma se encontraron otras situaciones como el desorden social, el miedo, la violencia, el consumo de sustancias psicoactivas; además de los trastornos psicopatológicos. Se analizaron las principales líneas de acción de un plan de salud mental en situaciones de emergencia: el diagnóstico preliminar, la atención psicosocial a los trastornos más prevalentes (con énfasis en niñez y juventud), y la atención que debe desarrollarse por psicólogos o psiquiatras.
Recomendaciones	Se hace necesario desarrollar programas de formación con una visión comunitaria en personas que trabajen en la APS, enfatizar la necesidad de la integración horizontal, difundir la oferta de servicios de salud mental, colocar en un lugar prioritario el tema de las consecuencias psicosociales de los conflictos armados, desarrollar la coordinación multisectorial e interinstitucional, difundir las experiencias y lecciones aprendidas, apoyar los procesos de formación y recalificación del personal, y contribuir al avance de los servicios de salud para dar respuesta a esta problemática.

Tipo	Internacional
Título	Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence
Autor(es) y año	Qouta, Punamäki y El Sarraj (2003).
Objetivo	Estudiar la prevalencia y los determinantes del TEPT en 121 niños palestinos que vivían en el área de bombardeo.
Metodología	Estudio de corte transversal.
Resultados principales	El 54 % de los niños sufrían niveles graves de TEPT, el 33,5 % moderados y el 11 % leves y dudosos de este trastorno. Las niñas eran más las vulnerables: 58 % de ellas sufrían de TEPT severo, y ninguna puntuó en los niveles leves o dudosos de TEPT. Qouta, Punamäki y El Sarraj (2003).
Conclusiones	El género y la edad del niño, la educación de la madre y los síntomas del TEPT presentaron asociaciones significativas. La exposición a experiencias traumáticas determinantes marginalmente fue significativa para los síntomas de TEPT de los niños. Los más vulnerables a los síntomas de intrusión eran las niñas más jóvenes cuyas madres mostraban un alto nivel de síntomas de TEPT, mientras que las más vulnerables a los síntomas de evitación eran los niños que habían sido personalmente blanco de violencia militar y cuyas madres estaban mejor educadas y mostraban un alto nivel de síntomas de TEPT. Qouta, Punamäki y El Sarraj (2003).
Recomendaciones	Los resultados se discuten en el contexto de la violencia militar que interfiere con la función protectora de la familia y el hogar.

Tipo	Internacional
Título	Psychosocial Problems of War-Affected Youth in Northern Uganda: A Qualitative Study
Autor(es) y año	Betancourt, Speelman, Onyango, y Bolton (2009).
Objetivo	Explorar las percepciones de los problemas psicosociales en niños y adultos de la etnia Acholi que han sido desplazados por la guerra en el norte de Uganda.
Metodología	Cualitativo, etnográfico.
Resultados principales	Se describieron varios síndromes definidos localmente como: <i>two tam/par/kumu</i> (depresión y síndromes similares a distimia), <i>ma twor</i> (síndrome de ansiedad) y una categoría de problemas de conducta conocida como <i>kwo maraco/gin lugero</i> . Betancourt, Speelman, Onyango, y Bolton (2009).
Conclusiones	Las descripciones de estos síndromes locales son similares a los trastornos occidentales de humor, ansiedad y conducta, pero contienen algunos elementos específicos de la cultura. Betancourt, Speelman, Onyango, y Bolton (2009). Un método de evaluación etnográfica rápida se puede aplicar para describir y explorar las percepciones locales de los problemas de salud mental entre los niños acholi desplazados por la guerra en el norte de Uganda.
Recomendaciones	Se recomienda informar a la comunidad sobre las evaluaciones y los esfuerzos de intervención para mejorar los servicios para estos jóvenes afectados por la guerra.

Tipo	Internacional
Título	Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas
Autor(es) y año	Martín-Ayala y Ochotorena (2004).
Objetivo	Obtener datos sobre la frecuencia de los síntomas del TEPT, género de las víctimas, edad, tipo de trauma sufrido y otros diagnósticos psicopatológicos asociados en una muestra de 274 sujetos víctimas de una situación traumática grave.
Metodología	Estudio de corte transversal.
Resultados principales	Los resultados indicaron que el 28,8 % de los sujetos evaluados cumplió los criterios del TEPT y las mujeres (32 %) fueron diagnosticadas con TEPT en una proporción mayor que los varones (20,8 %); se encontraron diferencias significativas al evaluar los criterios de diagnóstico de TEPT y la edad de ocurrencia del trauma, el grupo de edad de 12 a 15 años elevaba el porcentaje de cumplimiento de los criterios diagnósticos del TEPT. En cuanto a la relación del criterio diagnóstico del TEPT y el tipo de trauma sufrido se hallaron diferencias estadísticamente significativas con la violación, la agresión sexual, maltrato físico infantil, el haber sido aterrorizado o el miedo de uno de los padres que tenía reacciones impredecibles a causa del abuso de alcohol o drogas, entre otras. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el cumplimiento de los criterios de diagnóstico del TEPT con la sintomatología en depresión y ansiedad.
Conclusiones	Los resultados obtenidos en esta investigación apoyan la hipótesis de que el hecho de padecer una situación traumática constituye un factor de riesgo importante en relación con el desarrollo de sintomatología postraumática. Los hallazgos también muestran la relevancia de algunas variables predictoras a la hora que una persona sea diagnosticada de TEPT tras sufrir un acontecimiento traumático.
Recomendaciones	Sería importante profundizar en el estudio de los factores de riesgo, tanto biológicos, como psicológicos y sociales, para ser víctima de una situación traumática determinada, así como determinar cuáles son los factores que protegen al sujeto de desarrollar síntomas postraumáticos tras la exposición a una situación traumática concreta. Este aspecto debería ser examinado con el fin de ofrecer implicaciones preventivas.

Tipo	Internacional
Título	Trauma exposure and post-traumatic stress symptoms in urban African schools
Autor(es) y año	Seedat, Nyamai, Njenga, Vythilingum, y Stein (2004).
Objetivo	Evaluar la exposición al trauma, los síntomas de estrés postraumático y las diferencias de género en adolescentes de dos países africanos.
Metodología	Estudio de corte transversal.

Resultados principales	En relación con la exposición al trauma, se encontró que más del 80 % reportaron exposición a trauma severo, como víctimas o testigos. Los adolescentes kenianos, comparados con los sudafricanos, tuvieron tasas significativamente más altas de exposición a la violencia (69 % contra 58 %). Sin embargo, las tasas de trastorno por estrés postraumático -TEPT- (22,2 % contra 5 %) y síndrome de estrés postraumático (12 % contra 8 %) fueron significativamente mayores en la muestra sudafricana. Respecto a las diferencias de género, los niños eran tan probables como las niñas de cumplir con los criterios para TEPT.
Conclusiones	La comparación de la exposición al trauma en ambos escenarios, permitió identificar que los adolescentes kenianos presentan tasas más bajas de TEPT. Esta diferencia se puede atribuir a variables culturales y otras variables relacionadas con el trauma.
Recomendaciones	La replicación en otros contextos étnicos y culturales es requerida para establecer con mayor claridad la naturaleza y el alcance de la exposición al trauma, y sus repercusiones psicológicas en la juventud africana.

Tipo	Internacional
Título	La otra migración: desplazamiento interno de la población de Chiapas y salud. Un recuento
Autor(es) y año	Ríos, Gasca y Urbina (2008).
Objetivo	Llamar la atención sobre la persistencia en México del desplazamiento forzado de población por motivos políticos, así como de las repercusiones que ha tenido para la salud de esta población y de su posible agudización en el futuro inmediato.
Metodología	Revisión de tema.
Resultados principales	En México persiste el problema de los desplazados internos concentrado en el estado de Chiapas como una expresión de la política que han seguido los Gobiernos federal y estatal, en sucesivas administraciones y a lo largo de trece años, frente al conflicto iniciado con el levantamiento armado del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en 1994. La política, que no busca resolver el problema atendiendo a sus causas, sino que, en una perspectiva militar, busca controlar a la población rebelde y sus territorios, ocasionando daños a la salud relacionados con la violencia misma que se ejerce sobre las personas o aquellas vinculadas con las condiciones precarias de refugio, saneamiento y alimentación. A su vez, lo anterior ha evidenciado problemáticas en términos de morbilidad, desnutrición y afectaciones en la salud mental, donde predominan las enfermedades infecciosas y respiratorias, el estrés y el desgaste físico; en resumen, del daño en la salud mental se desprende un amplio abanico de problemas tanto individuales como colectivos. Frente a esto, se abren interrogantes respecto al problema de los desplazados en Chiapas y su relación con la salud, preguntas que indagan desde el origen y la trayectoria que el desplazamiento hasta problemas de orden conceptual y metodológico, inscritos en el panorama mayor de los problemas que representa el estudio del fenómeno migratorio, pero también en las particularidades que significa el estudio de la relación violencia institucional y salud.

Conclusiones	El fenómeno migratorio ha cobrado una notable relevancia en México, se trata de un hecho social con múltiples aristas que ha sido motivo de atención por parte de investigadores de distintos campos científicos, incluido el de la salud. Aún se debaten aspectos teóricos y metodológicos que permiten una mejor comprensión del fenómeno y de sus consecuencias. Respecto a los daños a la salud se destaca la desnutrición en menores de 5 años, las enfermedades infecciosas y respiratorias y afectación a la salud mental tanto individual como colectiva
Recomendaciones	Ningún gobierno debe emplear la violencia como política para resolver los conflictos sociales que se le presentan, porque los daños a la salud física y mental vinculados a este tipo de conflictos traen consigo sufrimiento para quienes así ven interrumpida su dinámica familiar y comunitaria.

Tipo	Internacional
Título	Trastornos mentales y conflicto armado interno en Guatemala
Autor(es) y año	Herrera, Mari y Ferraz (2005).
Objetivo	Conocer el impacto psicológico que tuvo el conflicto sobre la salud mental de los guatemaltecos.
Metodología	Revisión de tema.
Resultados principales	Los autores indicaron la revisión de ocho estudios epidemiológicos en los que encontraron elevadas prevalencias de trastornos mentales en diferentes grupos de poblaciones afectadas por la violencia. En el caso de la depresión se hallaron rangos entre 38,8 % y 41,8 %; para los cuadros de ansiedad, intervalos entre 27,7 % y 54,4 %; para problemas del sueño, 75 %; y para el TEPT, estudios con frecuencias bajas entre un 2 % y un 11,8 %, y otros estudios que demuestran prevalencias mayores, entre un 32 % y un 52 %. Dentro de las investigaciones revisadas encontraron también efectos psicológicos que no necesariamente encuadran dentro de una nomenclatura psiquiátrica, pero que son muy importantes para los guatemaltecos debido a las formas comunitarias, sociales y políticas en las que se desenvuelven. Dentro de estos efectos percibidos están los daños en la cohesión social, la comunicación y los sentimientos de marginalización.
Conclusiones	Los elevados índices de trastornos mentales en general y del TEPT en particular informados en los estudios permiten concluir que estos trastornos están probablemente muy relacionados con las situaciones de guerra y el exilio experimentados por esa población. Como limitación se señala la escasez de estudios epidemiológicos con muestras mayores y representativas de la población no exiliada y que estuvo expuesta al conflicto, como los desplazados internos, los pueblos indígenas y los grupos con roles sociales y culturales diferentes. El conocimiento de estas especificaciones llevaría a una mejor comprensión del impacto psicológico que tuvo el conflicto armado en ese país.
Recomendaciones	Es necesario realizar más estudios epidemiológicos en Guatemala, poniendo énfasis en las poblaciones que estuvieron expuestas a mayor cantidad de experiencias traumáticas, a los grupos de alto riesgo y sobre todo a los que nunca migraron a otros países. Esto con el fin último de implementar programas de salud mental para disminuir o revertir el daño producido por la guerra y represión política en esa sociedad.

Tipo	Internacional
Título	Trauma exposure in pre-school children in a war zone
Autor(es) y año	Thabet, Karim y Vostanis (2006).
Objetivo	Investigar la relación entre la exposición a trauma de guerra y los problemas conductuales y emocionales entre los niños en edad preescolar.
Metodología	Estudio de corte transversal.
Resultados principales	La exposición a las incursiones diarias y el bombardeo de las casas de los niños por los tanques se asociaron significativamente con las puntuaciones totales de los problemas conductuales y emocionales.
Conclusiones	La exposición directa y no directa al trauma de la guerra aumenta el riesgo de problemas conductuales y emocionales entre los niños en edad preescolar, que pueden presentarse como psicopatologías no específicas.
Recomendaciones	El impacto del trauma en los niños en edad preescolar posiblemente presente síntomas y trastornos no específicos, y esto debe tenerse en cuenta en la evaluación clínica de los niños. Los eventos traumáticos de alto riesgo pueden incluir la exposición directa y no directa a actos de violencia.

Tipo	Nacional
Título	Aproximación al estado del arte de las investigaciones y las experiencias de intervención psicosocial en salud mental en el campo de la violencia en Colombia entre los años 1999 y 2003
Autor(es) y año	Restrepo-Ochoa y Muñiz (2005).
Objetivo	Analizar el nivel del conocimiento producido por medio de la investigación científica y las experiencias de intervención psicosocial en salud mental que se han realizado en sujetos y poblaciones expuestos a situaciones violentas.
Metodología	Enfoque cualitativo.
Resultados principales	La cronología de la información recogida en este estudio permite comprobar que el interés por el tema de la violencia ha sido constante y que la distribución documental responde a tendencias temáticas propias del momento histórico de nuestro país. La intervención psicosocial es mucho más que una moda o que un instrumento político; no consiste en buscar modelos prediseñados para aplicarlos en poblaciones con “problemáticas similares” ni tampoco en la reproducción de técnicas recreativas y pedagógicas.
Conclusiones	Se identifican los principales avances en la investigación, los modelos teóricos desde los cuales se han desarrollado, los vacíos teóricos y metodológicos, como también los aspectos de población, enfoques teóricos, disciplinarios y metodológicos en las experiencias de intervención psicosocial en salud mental.
Recomendaciones	Debido a que los resultados presentados siguen siendo vagos y no permiten tener claridad de los logros reales de las intervenciones, se requiere una evaluación detallada sobre los resultados en cada línea, con el fin de identificar las fortalezas y debilidades de las mismas.

Tipo	Nacional
Título	Aspectos psicológicos, sociales y jurídicos del desplazamiento forzoso en Colombia
Autor(es) y año	Lozano y Gómez (2004).
Objetivo	Describir aspectos psicológicos, sociales y jurídicos que se asocian al desplazamiento forzado como consecuencia de la violencia en Colombia.
Metodología	Metodología cualitativa combinada con la investigación cuantitativa descriptiva.
Resultados principales	Los resultados a nivel cualitativo, dan cuenta que en el aspecto psicológico se presentan cambios en los esquemas, estilos de afrontamiento, identidad personal, respuestas de estrés y adaptación al medio; en cuanto al aspecto social hay cambios en las redes de apoyo, estructura familiar y actividades laborales; y en el aspecto jurídico en algunos casos hay pérdida de identidad, desconocimiento de las leyes y de los programas que los benefician. A nivel cuantitativo, se evidenció según el cuestionario de eventos estresantes, que las áreas laboral, social, cognitiva y estilo de afrontamiento son las que mayor reacción presentan.
Conclusiones	El desplazamiento cambia radicalmente las percepciones sobre las condiciones y consecuencias actuales en las que se encuentran. Por un lado se adaptan rápidamente y utilizan los nuevos y novedosos beneficios a los que tienen acceso, como servicios básicos y, por el otro, rechazan estos beneficios.
Recomendaciones	Se hace necesario según lo reportado por la población desplazada, intervenir frente al desconocimiento que tienen las víctimas del conflicto interno colombiano en materia de sus derechos.

Tipo	Nacional
Título	Características socioeconómicas y salud en personas pobres y desplazadas
Autor(es) y año	Juárez y Guerra (2011).
Objetivo	Estudiar la relación entre aspectos socioeconómicos, desplazamiento, salud, trastorno por estrés postraumático (TEPT) y coocurrencia, en 93 personas pobres.
Metodología	Estudio descriptivo-transversal.
Resultados principales	Con relación a las variables socioeconómicas se encontró que la mayoría de las participantes eran mujeres, con una edad promedio de 37 años, y el estado civil que predominó fue la unión libre. La principal causa de desplazamiento fueron las amenazas no especificadas, el conflicto armado en general, el reclutamiento de los hijos y los enfrentamientos armados. Los eventos traumáticos más reportados fueron las amenazas, las situaciones generadas por el conflicto armado, el asesinato de amigos, conocidos o familiares. El 57 % de los participantes refirieron haber visto el hecho traumático, y para el 36 % de la muestra este ocurrió personalmente. El 50,5 % de los participantes presentó TEPT y 74,2 % problemas mentales. Existió coocurrencia, entre el TEPT y los problemas de salud, siendo la asociación elevada para la ansiedad y la hipereactivación. En cuanto a las variables de desplazamiento, solo el departamento de procedencia y el tipo de desplazamiento influyeron en la presencia de TEPT.

Conclusiones	Las variables socioeconómicas del evento traumático y, en general, del desplazamiento no tienen influencia en la presencia de problemas mentales en esta población. Esto contrasta con otros estudios, donde se indica que la vivencia directa del evento traumático genera un gran impacto aunque esto se puede explicar por la interpretación que el sujeto hace de la situación. Debido a la escasa influencia de otras variables, y a la elevada correlación entre el TEPT y los problemas de salud, es posible que exista un bucle de retroalimentación entre ambos problemas.
Recomendaciones	Los problemas encontrados en este estudio se refieren a la homogeneidad de los participantes, lo que si bien permite caracterizar al grupo, impide encontrar asociaciones adecuadas, siendo necesario diversificar la muestra.

Tipo	Nacional
Título	Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones
Autor(es) y año	Bell, Méndez, Martínez, Palma y Bosch (2012).
Objetivo	Analizar los datos clínicos de pacientes (N = 6 353) de 16 años y más, que consultaron los servicios de salud en los departamentos colombianos de Nariño, Cauca, Putumayo y Caquetá entre 2010 y 2011.
Metodología	Estudio de tipo analítico.
Resultados principales	Se encontraron tres grupos de factores de riesgo delimitados que fueron interpretados como “violencia directa relacionada con conflictos”, “violencia personal no directamente relacionada con el conflicto” y “privación general”. Los análisis de regresión indicaron que la violencia relacionada con el conflicto se asociaba más con la ansiedad; en contraste, la violencia no conflictiva estaba más asociada con la agresión y el abuso de sustancias, siendo más común en los varones.
Conclusiones	Como el estudio más grande de su tipo en Colombia, demuestra un claro impacto del conflicto en la salud mental. Los resultados sugieren que algunos factores considerados de mayor riesgo como la depresión, el riesgo de suicidio y la agresión, se encontraron en personas expuestas a situaciones indirectamente relacionadas con el conflicto. Es así como entre los que consultaron con profesionales de la salud mental, las características específicas del conflicto podrían predecir los perfiles de los síntomas.
Recomendaciones	Se hace evidente la necesidad de centrarse en los efectos sistémicos de los conflictos armados y no exclusivamente en la exposición directa a los combates.

Tipo	Nacional
Título	Desplazamiento forzado y condiciones de vida de las comunidades de destino: el caso de Pasto, Nariño.
Autor(es) y año	Bohada (2010).
Objetivo	Valorar los efectos del desplazamiento forzado sobre el bienestar de las comunidades de destino en Pasto, Nariño.
Metodología	Diseño experimental, método de emparejamiento <i>Propensity Score Matching (PSM)</i> .

Resultados principales	El impacto del desplazamiento forzado se valoró sobre cuatro dimensiones relevantes para el bienestar de los hogares de Pasto: infraestructura social, gasto en alimentos, confianza entre miembros de la comunidad y condiciones de seguridad. Respecto a la primera dimensión, la llegada de víctimas de desplazamiento parece atraer recursos que mejoran la disponibilidad de infraestructura social de salud y educación que beneficia a las víctimas y a toda la comunidad. En relación con el impacto de los indicadores de alimentación, parece existir evidencia de que el impacto del desplazamiento en la situación alimentaria de las comunidades de destino es negativo. En cuanto a la confianza entre miembros de la comunidad se encontró que la llegada de población desplazada aumenta la desconfianza hacia las víctimas. Por último, en lo que refiere a los indicadores de seguridad el desplazamiento provoca efectos negativos sobre las condiciones de seguridad en sitios de asentamiento.
Conclusiones	Los indicadores analizados señalan que el desplazamiento forzado provoca efectos mixtos sobre las condiciones de vida de las comunidades de destino: los efectos positivos se reflejan en mejoras de la infraestructura social de educación y salud en el mediano y el largo plazo; al contrario, los efectos negativos se reflejan en mayor dependencia de la ayuda alimentaria, mayor porcentaje del gasto en alimentos (indicador de vulnerabilidad) y deterioro de las condiciones de seguridad de los barrios.
Recomendaciones	Los resultados reflejan la necesidad que tiene el Estado y la comunidad internacional para adelantar proyectos que integren a las víctimas y comunidades vulnerables, sin desmontar los programas específicos necesarios para atender a las víctimas del desplazamiento.

Tipo	Nacional
Título	Desplazamiento forzado y vulnerabilidad en salud mental en Colombia. Revisión del estado del arte
Autor(es) y año	Andrade-Salazar, Parra-Giraldo y Torres-Padilla (2013).
Objetivo	Describir a la luz de las diversas aproximaciones psicosociales el fenómeno del desplazamiento forzado y la vulnerabilidad en salud mental de las víctimas.
Metodología	Revisión de investigaciones publicadas en diversas fuentes de documentación.
Resultados principales	Las investigaciones esclarecen solo de forma aproximativa la vulnerabilidad psicológica de las víctimas, abarcando su identidad individual y los procesos socioculturales que surgen en el posconflicto. Si bien los estudios revisados orientan el desarrollo de propuestas de atención y asistencia en salud mental, carecen de una definición clara de las estrategias necesarias para dar sostenibilidad al proceso de reparación. A su vez, diversas investigaciones resaltan la importancia de entender y tipificar las secuelas del conflicto, dando pie a la inclusión de elementos sociohistóricos dinámicos y complejos, que acompañan a cada grupo poblacional, tomando en cuenta la morbilidad psicopatológica y los efectos en el desarrollo comunitario y social.

Conclusiones	El hecho de estar en medio de presiones psicosociales y políticas constantes, ser víctima de la intimidación de uno u otro bando, presenciar formas abruptas de dominación, y vivir un estado de muerte e incertidumbre, aumenta las probabilidades de emergencia y cronicidad de los síntomas psicopatológicos, de enfermedades mentales que dificulten la superación de experiencias traumáticas y el ajuste normofuncional a las presiones sociales de los escenarios de asentamiento.
Recomendaciones	El no reconocimiento de los problemas mentales de la población desplazada abre las puertas a la impunidad y evasión de las responsabilidades de la sociedad y el Estado en cuanto a procesos de justicia y reparación, además del aumento de los abusos de poder y la revictimización de los desplazados por la violencia sociopolítica.

Tipo	Nacional
Título	Efectos psicopatológicos del conflicto armado colombiano en familias en situación de desplazamiento forzado reasentadas en el municipio del Cairo en el año 2008
Autor(es) y año	Andrade-Salazar (2011).
Objetivo	Tipificar las patologías en salud mental prevalentes en 36 familias desplazadas por el conflicto armado y reasentadas en el municipio de El Cairo -Valle del Cauca- en el año 2008.
Metodología	Investigación de corte empírico-analítico, de tipo descriptiva, con un diseño descriptivo-transversal.
Resultados principales	Se encontró presencia de depresión leve (20 %), moderada (60 %), y depresión grave (30 %). Además, el 100 % de la población presentó indicadores de TEPT, con una gravedad extrema del 50 % y moderada del 40 %. Respecto al TAB, el 65 % se trataron de posibles casos, el 5 % casos concretos y el 30 % no presentaron el trastorno.
Conclusiones	En la población en situación de desplazamiento forzado, este evento catastrófico se convierte en elemento desencadenante de síntomas psicopatológicos con una lógica propia, derivada de una condición particular del contenido traumático, lo que estructura uno de los mayores inconvenientes adaptativos en la población desplazada. Los datos indican que las secuelas psicológicas del conflicto perduran en las poblaciones, específicamente en las mujeres, evidenciándose a través de cuadros psicopatológicos comórbidos.
Recomendaciones	Los próximos estudios sobre morbilidad en salud de la población desplazada, además de verificar la prevalencia de las patologías en salud mental, deben recomendar acciones sobre cómo prevenir, intervenir y resignificar las consecuencias psicológicas que produce el conflicto, con el fin de garantizar la recuperación de la estabilidad mental y la memoria positiva de la vida en comunidad de las poblaciones desplazadas.

Tipo	Nacional
Título	Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado
Autor(es) y año	Campo-Arias y Herazo (2014).
Objetivo	Postular por qué en Colombia las víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento fueron estigmatizadas-discriminadas.
Metodología	Revisión de tema.
Resultados principales	Dentro de las condiciones que dieron lugar al complejo estigma-discriminación frente a las víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado, se encuentran algunas consideradas primarias o consecuencias del desplazamiento, como son la escasa construcción de capital social en el país y el sistema económico vigente que aumentó la situación de vulnerabilidad de este grupo poblacional por la negación de asistencia, entre otros hechos. Adicionalmente, existen condiciones secundarias o relacionados con otra característica, condición o rasgo particular de la persona. Dentro de estas últimas está el progen étnico-racial-cultural, y otras relacionadas con el género, la orientación sexual o cumplir criterios para un trastorno mental.
Conclusiones	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. Este complejo de estigma-discriminación menoscaba aún más la salud mental de este colectivo.
Recomendaciones	Los profesionales de la psiquiatría pueden contribuir a aliviar el estigma mediante evaluaciones clínicas rigurosas que minimicen la posibilidad de diagnóstico sin el cumplimiento cabal de todos los criterios. Se necesita un proceso de desarrollo social inclusivo para las víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento que reduzca los múltiples complejos estigma-discriminación y garantice el derecho a la salud mental.

Tipo	Nacional
Título	El desplazamiento como generador de crisis: Un estudio en adultos y adolescentes
Autor(es) y año	Rodríguez, Díaz, Niño, Samudio y Silva (2005).
Objetivo	Analizar los factores que se deben tener en cuenta a la hora de comprender el desplazamiento como un evento generador de crisis y las condiciones para su intervención.
Metodología	Estudio descriptivo.

Resultados principales	Los resultados mostraron que la condición de desplazamiento, si bien es un factor que contribuye a la crisis, los eventos que lo acompañan, se consideran también detonantes del desorden de estrés postraumático. Se encontró que las amenazas contra la vida, el reclutamiento, los homicidios y las torturas directas o indirectas fueron los eventos de mayor vitalidad a la hora de evaluar el impacto sobre el malestar psicológico. Igualmente, los niveles de severidad presentes afectan el nivel de funcionamiento en las diferentes áreas de la vida, y se observa variabilidad en la selección de estrategias como una fuente positiva de afrontamiento.
Conclusiones	Discutir bajo estas condiciones el desplazamiento como generador de crisis tiene una doble connotación y sentido experiencial. Por un lado, el desplazamiento forzado constituye en un evento que deberá ser valorado en su dimensión traumática por los eventos que lo acompañan y, por otro lado, por las consecuencias que este genera.
Recomendaciones	Esta comprensión es el eje articulador de propuestas de atención, donde las características ideográficas señalarán los derroteros de atención, desde los cuales se orienta la preparación para asumir la adversidad desde el desarrollo y la potenciación de estrategias de afrontamiento como fórmula alternativa.

Tipo	Nacional
Título	Estudio de perfil epidemiológico de población desplazada y población estrato 1 no desplazada en cuatro ciudades de Colombia: Montería, Soacha, Cali y Cartagena
Autor(es) y año	Organización Panamericana de la Salud e Instituto Nacional de Salud (2002).
Objetivo	Caracterizar las condiciones de salud de la población desplazada de las ciudades de Cartagena, Cali, Montería y Soacha, y valorar el grado en que difieren con las condiciones de la población más pobre, no desplazada, estrato 1 de las mismas ciudades.
Metodología	Estudio de corte transversal.
Resultados principales	Las condiciones socioeconómicas muestran un claro deterioro en la calidad de vida de las familias desplazadas. Respecto a las diferencias entre la población desplazada y la población más pobre no desplazada, las escalas de depresión (22 contra 16 puntos) y de impacto de eventos (42 contra 14 puntos), muestran diferencias estadística y clínicamente significativas, sugiriendo un mayor compromiso del estado de salud mental de la población desplazada. No se encontraron diferencias en el consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias psicoactivas.
Conclusiones	La situación socioeconómica, de saneamiento ambiental y de salud, es desfavorable para la población desplazada, inclusive comparada con la situación ya bastante precaria de la población estrato 1 no desplazada del país.
Recomendaciones	Se observa que hay esfuerzos del Estado por satisfacer sus necesidades más agudas, pero una real política de Estado debe ser la prevención total del desplazamiento, porque una vez que este se produce, cualquier esfuerzo que el Estado pueda hacer es insuficiente para devolverle a todos los desplazados las condiciones dignas que merece un ser humano para su desarrollo integral.

Tipo	Nacional
Título	Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia
Autor(es) y año	Alejo, Rueda, Ortega y Orozco (2007).
Objetivo	Identificar y caracterizar los síntomas propios del TEPT en población desplazada colombiana.
Metodología	Estudio de corte transversal.
Resultados principales	Se valoró la presencia de TEPT por medio de la entrevista estructurada <i>Clinician Administered PTSD Scale for DSM-IV (CAPS)</i> y la escala de Trauma de Davidson (DTS), y se encontró una prevalencia actual de trauma psicológico del 21,1 %. Se pudieron establecer como factores asociados, por medio de análisis de regresión logística, los siguientes aspectos: el estado civil, con mayor prevalencia en viudos y casados en comparación con las personas solteras; la edad (OR = 1,02, $p < 0$); la escolaridad (OR = 1,06, $p < 0$); la frecuencia de consumo de alcohol (OR = 2,45, IC = 1,25-4,82) y la morbilidad física de tipo crónico (OR = 5,31, $p < 0$). Se pudo establecer que a mayor tiempo de desplazamiento, menor es la prevalencia de TEPT. No se encontró asociación del trastorno con otros factores como antecedentes de enfermedad psiquiátrica y uso de drogas, al igual que las variables familiares y de redes de apoyo. La experimentación de eventos como tortura y secuestros mostraron tener mayor impacto en el desarrollo del trastorno.
Conclusiones	Se muestra la aplicabilidad del modelo de TEPT en la población objeto de estudio, identificándose una prevalencia alta en adultos por encima de la prevalencia en población general reportada en estudios poblacionales.
Recomendaciones	Se debe pensar en la fenomenológica postraumática como una categoría independiente de los trastornos de ansiedad y afectivos, que a pesar de compartir sintomatología, su etiología en particular supone una identificación independiente, ya que gran parte de los cuadros encontrados terminan siendo clasificados como trastornos de ansiedad no especificados.

Tipo	Nacional
Título	Mujeres, niños y niñas, víctimas mayoritarias del desplazamiento forzado.
Autor(es) y año	Andrade-Salazar (2010).
Objetivo	Describir cómo en Colombia las mujeres, niñas y niños son especialmente vulnerados por actores armados que atentan contra su dignidad y afectan su intimidad familiar, ideológica y sexual.
Metodología	Revisión bibliográfica.

Resultados principales	Se encontró que el 53 % de la población desplazada son niñas, y de ellas por lo menos el 17 % se movilizaron por consecuencia del acoso, agresiones y violencia sexual. El riesgo vital y vulnerabilidad son factores directamente proporcionales al conflicto armado, y en consecuencia, la guerra disocia la unidad familiar y altera sus elementos de cohesión grupal.
Conclusiones	Es innegable la sobre representatividad de las mujeres, los niños y niñas como víctimas del conflicto armado, por lo que debe ampliarse la participación de la mujer en los escenarios donde se plantean las políticas públicas enfocadas a la reparación.
Recomendaciones	Las políticas o medidas de protección y de asistencia a la población desplazada y en otras condiciones de vulnerabilidad deben tomar en cuenta la diversidad cultural del país, además de las necesidades y demandas reparatorias con una configuración de género y etnicidad.

Tipo	Nacional
Título	Perfil epidemiológico de la población desplazada por el conflicto armado interno del país en un barrio de Cartagena, Colombia, 2000
Autor(es) y año	Cáceres, Izquierdo, Mantilla, Jara y Velandia (2002).
Objetivo	Caracterizar la situación de salud de la población desplazada altamente vulnerable y con tendencia al incremento en un barrio de Cartagena entre septiembre y diciembre del año 2000.
Metodología	Estudio descriptivo-transversal.
Resultados principales	Las personas entrevistadas procedían de 17 departamentos de Colombia con mayor proporción de los departamentos cercanos a Cartagena. El principal tipo de desplazamiento fue familiar, seguido del unipersonal y masivo; la principal causa del desplazamiento fue el miedo. En cuanto al perfil epidemiológico se encontró deterioro grave en las condiciones socioeconómicas, alta exposición a la violencia, 80 % de las personas entrevistadas refirieron exposición a la violencia antes del desplazamiento y el asesinato fue la causa del 60 % de las muertes reportadas por la comunidad en adolescentes y adultos durante el tiempo de estudio. Igualmente se reportó disgregación familiar, pésimas condiciones de saneamiento básico, alta prevalencia de enfermedades trazadoras en todos los grupos de edad, donde el 80 % de los niños menores de 5 años referían síntomas respiratorios, 30 % diarrea y 32 % lesiones purulentas en piel en los 15 días anteriores a la encuesta, encontrando además deserción escolar (20 % de los escolares y 16 % de los adolescentes), escolaridad tardía, pobre desempeño escolar, proporción importante de niños trabajadores (4 % de los escolares y 20 % de los adolescentes), falta de afiliación a la seguridad social (solo 20 % de los niños menores de 5 años y 50 % de los adultos), poca cobertura y escaso acceso a los servicios de salud; a mayor tiempo de desplazamiento fue mayor la proporción de consumo de alcohol en los adolescentes a edad más temprana.

Conclusiones	Se encontró afectación importante de la calidad de vida de la población desplazada. Se identificaron problemas de salud pública importantes: alta prevalencia de enfermedades transmisibles; en adultos, es posible que la obesidad sea un problema emergente y la desnutrición es motivo de preocupación en niños y adolescentes. Esto puede ser el reflejo del profundo impacto socioeconómico, ambiental y de acceso a bienes y servicios del Estado, que el desplazamiento forzado ocasiona en la población. Este estudio confirma que el problema del desplazamiento interno es una situación compleja que requiere la asignación de recursos económicos, la optimización de los mismos y el esfuerzo conjunto de varios sectores y organizaciones para impactar positivamente la salud, entendida esta como el bienestar físico, mental y social de la población.
Recomendaciones	Es esencial instaurar un sistema de vigilancia con base en líderes comunitarios, que permita aumentar la eficiencia, la eficacia, el acceso y la oportunidad de la atención en salud a la población desplazada.

Tipo	Nacional
Título	Poblaciones en situación de desplazamiento forzado en Colombia. Una revisión de las cifras del sistema de información -RUT
Autor(es) y año	Castillo (2005).
Objetivo	Describir la población víctima de desplazamiento forzado (1998-2005) con énfasis en composición por edad y sexo, y otras variables como educación antes y después del desplazamiento, ocupación actual y anterior, trayectorias de desplazamiento y actores expulsores, entre otras.
Metodología	Estudio descriptivo, fuente secundaria.
Resultados principales	El fenómeno del asentamiento de grupos desplazados se extiende a los 32 departamentos del país, con presencia en 211 municipios y 203 comunidades, entre las que se encuentran tanto barrios urbanos como veredas rurales. En relación con la edad, se encontró una elevada proporción de población menor de 15 años (46,5 %). Respecto a la educación, se reportó una pérdida de asistencia escolar, la cual aumentó con la edad. En ninguno de los rangos de edad la asistencia escolar llegaba al 50 % en las localidades de origen, y en los asentamientos actuales se reduce considerablemente, específicamente para los niños en edad preescolar y para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, en lo referente a la ocupación, se encontró que la gran mayoría de las ocupaciones decrece del momento anterior al desplazamiento al momento actual, salvo las que responden a labores no calificadas tales como oficios varios, empleado obrero y empleado doméstico, lo que refleja los severos problemas de desempleo y subempleo que viven estos grupos con el desplazamiento forzado. En términos de trayectorias de desplazamiento, la gran mayoría de las personas se desplazó una vez, mientras que el 7,6 % de la población inicialmente desplazada declaró un segundo lugar de desplazamiento y un 1,5 % declaró un tercer lugar de desplazamiento. Como principales actores expulsores, se encontró la guerrilla (57,7 %) y los paramilitares (46,8 %).

Conclusiones	Se destacan los efectos negativos en términos de asistencia escolar, de desempeño laboral actual y el más grave: la alta tasa de mortalidad de hombres en edades productivas.
Recomendaciones	Se espera que estos datos e información estadística actualizada sean de utilidad no solo para aquellos estudiosos del fenómeno del desplazamiento forzado en Colombia, sino también para aquellas entidades estatales y organizaciones no gubernamentales que diseñan políticas, programas y proyectos con miras a aliviar, y a prevenir cuando ello sea posible, la situación de desarraigo en que se encuentran miles de personas desplazadas por el conflicto armado.

Tipo	Nacional
Título	Prevalencia de consumo de alcohol y cigarrillo en personas en situación de desplazamiento forzado en el Tolima
Autor(es) y año	Andrade-Salazar, Bustos y Guzmán (2012).
Objetivo	Hallar la prevalencia del consumo de alcohol y de cigarrillo en 30 personas en situación de desplazamiento forzado en el Tolima en el año 2011.
Metodología	Investigación cuantitativa, con un diseño descriptivo transversal.
Resultados principales	Se encontró de acuerdo a la aplicación del cuestionario de CAGE, que el 40 % de la población desplazada no tiene problemas relacionados con el alcohol, el 10 % presenta indicios de consumo y el 50 % presenta dependencia de alcohol; el Test de Fagerstrom mostró que el 73,33 % posee una dependencia muy baja de consumo de cigarrillo y el 26,67 % dependencia baja; no se presentó dependencia alta. El estudio encontró que estas personas cuentan con una dependencia mayor al alcohol (27,7 %) que al cigarrillo (3,3 % dependencia baja, 36,7 % dependencia muy baja); así, aquellos que tienen dependencia alcohólica y dependencia muy baja al cigarrillo corresponden al 73,3 %, mientras los que presentan una dependencia baja al cigarrillo con dependencia al alcohólica representan al 26,7 %. No se presentaron diferencias significativas en cuanto al género con respecto al consumo de ambas sustancias, sin embargo es notable que es mayor el consumo de alcohol en los hombres, también se encontró que todos los hombres que consumen alcohol fuman, mientras que de las mujeres que indican indicios de alcohol, ninguna fuma.
Conclusiones	Para la población desplazada el consumo de alcohol y de cigarrillo se adscribe a patrones socioculturales propios que anteceden los eventos traumáticos, pero que se intensifican a razón del desplazamiento, causando una mayor adherencia al cigarrillo en las mujeres y del alcohol en los hombres; los excesos y la dependencia son directamente proporcionales a intensidad de la vivencia traumática.
Recomendaciones	En general, el consumo de ambas sustancias en la población desplazada sirve como medio más que como fin para intentar canalizar las frustraciones emergentes, situación que se ve incrementada por la crisis que surge al momento de enfrentar un nuevo entorno, la pérdida constante de familiares y de amigos, además de la fragmentación de aspectos importantes relacionados con sus costumbres y en general de su memoria histórica.

Tipo	Nacional
Título	Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia
Autor(es) y año	Puertas, Ríos y Valle (2006).
Objetivo	Investigar la prevalencia de trastornos mentales comunes en grupos con un alto porcentaje de familias desplazadas que viven en barrios marginales urbanos en Sincelejo —Sucre—, Colombia.
Metodología	Estudio transversal con muestreo aleatorio bietápico por conglomerados.
Resultados principales	En el estudio se analizaron 878 encuestas, a partir de las cuales se recolectó la siguiente información: el 68 % de la población encuestada era mujeres, el 24,7 % tenía menos de 25 años, el 51,8 % pertenecía al grupo de edad de entre los 26 a 45 años. Además en términos del carné sanitario, el 16,9 % no tenía ninguno, el 22,9 % hacía uso del carné de desplazado, el 32,9 % utilizaba el carné del Sisbén y el 27,1 % tenía carné de las ARS. Se encontró una prevalencia de 27,2 % de trastornos mentales comunes (TMC) en la población adulta de los barrios estudiados, presentando una mayor tendencia en las mujeres que en los hombres, y la prevalencia de los TMC aumentó con la edad. En general, 13,6 % de la población encuestada reconoció tener problemas de consumo excesivo de alcohol. Se encontró una asociación entre la prevalencia de trastornos mentales comunes y el tipo de carné usado para acceder a la atención de salud (razón de posibilidades [RP]: 1,66 para el carné de desplazado frente a cualquiera de los otros dos) y el sexo (RP: 1,78 para mujeres frente a hombres); dicha asociación persistió aun después del ajuste en función de las demás variables explicativas.
Conclusiones	La prevalencia de trastornos mentales comunes en las poblaciones urbanas valoradas mostró una asociación estadística con el tipo de carné, del cual depende a su vez el acceso a los servicios públicos de salud. Dicha asociación es lo suficientemente alta para justificar la prestación de cuidados de salud mental a esta población.
Recomendaciones	Se precisa realizar más investigaciones con el fin de valorar la prevalencia de estos trastornos en la población desplazada en Colombia. En el momento de elaborar políticas de salud, habría que comparar la frecuencia de trastornos mentales en la población desplazada y la población no desplazada, en contextos rurales y urbanos.

Tipo	Nacional
Título	Prevalencia de trastornos mentales en la población desplazada del departamento del Valle del Cauca, año 2000
Autor(es) y año	Villada (2011).
Objetivo	Determinar la prevalencia de trastornos mentales en la población desplazada del departamento del Valle del Cauca durante el año 2010.

Metodología	Estudio descriptivo, fuente secundaria
Resultados principales	<p>Del total de participantes el 53,3 % fueron mujeres y el 46,7 % fueron hombres; la prevalencia de trastornos mentales en la población desplazada fue del 1,5 %. Los principales diagnósticos de consulta fueron la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar, 23,2 % y 12,9 % respectivamente, seguido de otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física 8,5 %, episodio depresivo 6,9 %, trastorno depresivo recurrente 6,3 %, epilepsia 5,8 %, trastornos esquizoafectivos 4,9 %, reacción al estrés grave 4,2 %, trastornos psicóticos agudos 3,3 %, trastornos delirantes persistentes 3,2 % y otros diagnósticos 20,8 %. Al revisar la presencia de trastornos mentales con relación a la edad y el sexo, se encontró que las mujeres entre 15 y 19 años tienen mayor presencia de trastornos, mientras que en los hombres se presentó una mayor proporción en el grupo de edad de 30 a 34 años.</p> <p>El municipio más receptor de las personas desplazadas fue Cali con un 77,5 % seguido de Buenaventura y Palmira. Además, al analizar la ocurrencia de la enfermedad mental según edad y sexo, se encontró que este trastorno es más frecuente en las mujeres de 15 a 19 años (8,5 %) y en los hombres de 30 a 34 (7,4 %).</p>
Conclusiones	Los proyectos de asistencia humanitaria en salud mental con un enfoque únicamente individual y médico-clínico no constituyen la respuesta apropiada ni relevante para asistir a las poblaciones afectadas por el desplazamiento resultado del conflicto o la violencia. Al contrario, este enfoque psicopatológico es más la excepción que la regla si se observa la población en general.
Recomendaciones	Es necesario identificar tempranamente la presencia de estos trastornos y así evitar la evolución a patologías mentales de mayor complejidad. Se debe procurar mejorar la calidad de vida de esta población tan débil, desde el ámbito social. Puesto que presentan enfermedades mentales a edades tempranas, generando altos niveles de discapacidad, lo que representa una carga para las familias, la sociedad y las instituciones gubernamentales

Tipo	Nacional
Título	Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de restablecimiento en Sincelejo
Autor(es) y año	Echenique, Medina, Medina y Ramírez (2008).
Objetivo	Describir la prevalencia del TEPT en la población desplazada por la violencia, reubicada en los barrios Campo Alegre y Cristo Viene, de la ciudad de Sincelejo, Sucre.
Metodología	Estudio transversal, tipo observacional, de nivel descriptivo.
Resultados principales	Se analizaron 142 encuestas, de los cuales 77 presentaron síntomas asociados al TEPT (45,22 %). Se encontró que el 1,4 % de los sujetos presentan en la actualidad TEPT y el 4,22 % registró TEPT en su curso vital, para un total de 5,6 % personas afectadas. Los sucesos violentos que originaron el desplazamiento de la población fueron los mismos eventos traumáticos que desencadenaron el TEPT, sin distinción de características demográficas.

Conclusiones	<p>El fenómeno del desplazamiento forzado, debido a la violencia sociopolítica que atraviesa el país, es un factor que genera un fuerte impacto sobre la salud mental de la población porque es más propensa a desarrollar sintomatología asociada a un trastorno mental determinado, en este caso el TEPT, ante los múltiples eventos traumáticos que acompañan el proceso migratorio de las personas en los focos de violencia del territorio nacional.</p> <p>El desplazamiento que se origina por la serie de eventos violentos como amenazas, muertes y combates (vivenciados de forma directa o indirecta) puede ser un tipo de evento traumático por sí solo que de paso al desarrollo de sintomatología asociada al TEPT.</p>
Recomendaciones	<p>Realizar intervenciones oportunas a las personas que actualmente presentan TEPT. Además, se requiere desarrollar otros estudios epidemiológicos sobre el TEPT teniendo en cuenta los diferentes tipos de comunidades que la habitan, es decir, población desplazada en general, población en condición de pobreza histórica, entre otras, para el establecimiento de comparaciones sobre el comportamiento del TEPT en distintas poblaciones.</p>

Tipo	Nacional
Título	Prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático por la Guerra, en Niños de Cundinamarca, Colombia
Autor(es) y año	Pérez-Olmos, Fernández-Piñeres y Rodado-Fuentes (2005).
Objetivo	Determinar en tres municipios de Cundinamarca la prevalencia del TEPT infantil y factores asociados, según tipo de exposición a la guerra.
Metodología	Estudio de corte transversal.
Resultados principales	<p>Se evaluaron en total 493 niños en los tres municipios: la edad promedio fue de 10,6 años, el 51,1 % fueron hombres. Con respecto a la prevalencia de TEPT por municipio se halló la siguiente información: en La Palma el 16,8 %, en Arbeláez 23,2 %, y en Sopó 1,2 %. Al comparar los municipios expuestos con Sopó: RD 19,9 (IC 4,7, 119,2), Ji-cuadrada 30,4 P = 0. Otros factores estresantes que evidenció es estudio fueron el desplazamiento forzado, la muerte de un familiar, el ser madre soltera, el bajo ingreso económico, la familia multiproblemática, la deficiente adaptabilidad individual, familiar y del entorno, tuvieron frecuencias dobles o triples en La Palma comparados con Arbeláez y Sopó.</p> <p>La regresión logística identificó que la proximidad geográfica y la alteración emocional intensa con el evento estresante incrementaron el TEPT. Los factores de vulnerabilidad predominaron en los municipios expuestos a la guerra. Los indicadores de pobreza, baja escolaridad paterna y maltrato infantil predominaron en La Palma. En Arbeláez predominó el déficit de atención y los trastornos psicósomáticos.</p> <p>El TEPT fue más probable si el niño estuvo en la calle durante el evento estresante (RD 3,3) y si se alteró emocionalmente más allá de lo esperable con el estrés (RD 3,3).</p>

Conclusiones	La guerra afecta la salud mental infantil. Los niños de los municipios expuestos tuvieron 19 veces mayor probabilidad de sufrir TEPT bélico que los no expuestos. Intervenir tempranamente es prioridad en salud pública. Los resultados son útiles para países con conflicto bélico o terrorismo.
Recomendaciones	Es necesario identificar los predictores de TEPT para programar intervenciones tempranas efectivas. No se debería esperar a que los hechos bélicos del país finalicen para implementar estrategias de prevención e intervención temprana de los niños y familias en comunidades afectadas.

Tipo	Nacional
Título	Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia
Autor(es) y año	Moreno y Días (2016).
Objetivo	Situar las principales consideraciones sobre los procesos de acompañamiento psicosocial a la población víctima de la violencia por el conflicto armado en la historia reciente de Colombia.
Metodología	Revisión de tema.
Resultados principales	Las principales consideraciones sobre los procesos de acompañamiento psicosocial a la población víctima de la violencia por el conflicto armado, pueden ser agrupadas en cuatro categorías: 1. Iniciativas estatales para la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado; 2. Reflexiones investigativas sobre procesos de atención a víctimas; 3. Recomendaciones para las instituciones y profesionales que adelantan procesos de atención y reparación integral a víctimas; y 4. La reivindicación del sujeto en los procesos de atención.
Conclusiones	Se encuentra un panorama amplio sobre las principales posturas asumidas en los escenarios de atención psicosocial a víctimas del conflicto en Colombia.
Recomendaciones	Las investigaciones deben avanzar en el análisis de los escenarios de atención y las relaciones establecidas entre los actores que participan del proceso, así como también en la observación de la implementación de las prácticas de atención psicosocial y el rol asumido por los profesionales que asumen esta labor.

Tipo	Nacional
Título	Relación entre indicadores de problemas de adaptación social y un posible trastorno afectivo bipolar (TAB), en mujeres cabeza de hogar en situación de desplazamiento forzado en la ciudad de Armenia en el 2010
Autor(es) y año	Andrade-Salazar, Agudelo, Ramírez y Romero (2011).
Objetivo	Identificar la relación existente entre los problemas de adaptación social y la posible emergencia de un TAB en 30 mujeres cabeza de hogar en condición de desplazamiento forzado en la ciudad de Armenia.

Metodología	Estudio descriptivo-transversal.
Resultados principales	El análisis de los resultados establece que las mujeres víctimas de desplazamiento forzado presentaron diversidad étnica, lo que propició que fueran determinantes para la emergencia de problemas de adaptación social, obstaculizando la adecuada integración de la familia y sus miembros a los nuevos territorios de socialización. Los principales indicadores de problemas de adaptación social fueron el bajo interés por el trabajo (31 %) y las actividades de ocio (43 %) además, de la presencia de relaciones insatisfactorias a nivel familiar (30 %) y social (20 %). Las situaciones de estrés provenientes de los escenarios del conflicto armado, influyeron en la relación que las mujeres sostenían con los miembros de su entorno inmediato; se evidenció que las relaciones sociales inestables producen bajos niveles de interés y desmotivación por las diferentes actividades recreativas y de ocio (27 %). La probabilidad de hallar mujeres que presenten relaciones sociales insatisfactorias, al tiempo que desinterés por actividades de ocio y actividades cotidianas, tales como, el trabajo, ocupaciones domésticas y la cohesión intrafamiliar es del 9 %. La investigación demostró la existencia de una relación directamente proporcional, entre los indicadores de problemas de adaptación social y la posible emergencia de un TAB en un 17,1 %, relación asociada a los siguientes factores: dificultad para la creación de nuevas relaciones, falta de interés y motivación, e insatisfacción frente al cubrimiento de sus necesidades físicas y psicológicas, como consecuencia del desempleo (71 %) y la falta de un ambiente confortable y amable (40 %).
Conclusiones	Las dificultades adaptativas pueden propiciar la emergencia de un TAB, dada la probabilidad conjunta de hallar en la población problemas de adaptación social, al tiempo que los TAB son de un 6,8 %, así, si los indicadores de problemas de adaptación social no son tratados adecuadamente, la posible emergencia de un TAB aumentará en un 3,2 %, causando una mayor vulnerabilidad psicosocial a la población de madres en condición de desplazamiento forzado. Las mujeres desplazadas que presentan problemas adaptativos, se les dificulta generar o acceder a una red de apoyo social, construida bajo sólidas relaciones y vínculos interpersonales, que les permitan comunicar sus problemas, además, de sentirse comprendidas y escuchadas.
Recomendaciones	Los problemas de adaptación social son la principal fuente e indicador de riesgo, para la salud mental de las mujeres cabeza de hogar en situación de desplazamiento forzado; por consiguiente, si esta problemática no es evaluada y tratada a tiempo, los índices de la emergencia del TAB aumentarán de forma considerable en la población estudiada.

Tipo	Nacional
Título	Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia)
Autor(es) y año	Londoño, Muñiz, Correa, Patiño, Jaramillo, Raigoza, Toro, Restrepo y Rojas (2005).
Objetivo	Establecer el estado de salud mental de las víctimas de la violencia armada en Bojayá.

Metodología	Estudio de tipo analítico de casos y controles.
Resultados principales	Se encontró que el 37 % de los participantes presentó TEPT. Los trastornos que mostraron mayor asociación con el TEPT (grupo casos) fueron la fobia social ($p = 0,001$, RD 26,29) y trastornos por angustia (TA): TA actual ($p = 0,008$, RD 15,33), TA alguna vez ($p = 0,019$, RD 8,25) y agorafobia sin historia de angustia ($p = 0,024$, RD 11,50). Sin diferencias significativas entre los grupos, el porcentaje fue alto en depresión mayor (DM) (37 % casos y 38 % controles), riesgo de suicidio (37 % y 62 %, respectivamente), trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (47 % y 38 %, respectivamente).
Conclusiones	Son frecuentes el TEPT, el TAG, el DM y el riesgo suicidio en las víctimas del conflicto armado y la violencia. Los trastornos por angustia y la fobia social pueden considerarse factores de riesgo para el TEPT.
Recomendaciones	Se sugiere fortalecer la adaptación emocional, la cual es más fácil de lograr cuando el lugar del desplazamiento es seguro y se disminuyen las amenazas a la vida, se aumenta la percepción de seguridad, y se disponen recursos humanos y materiales necesarios.

Tipo	Nacional
Título	Posibles manifestaciones del trastorno por estrés postraumático en adultos desplazados por el conflicto armado del asentamiento “Acacias Bajo” en Armenia -Quindío
Autor(es) y año	Londoño, Sicachá y González (2011).
Objetivo	Describir las posibles manifestaciones del TEPT en 10 adultos entre los 22 y 55 años en situación de desplazamiento forzado del asentamiento “Acacias Bajo” en Armenia.
Metodología	Estudio mixto.
Resultados principales	Los participantes del estudio tenían una edad promedio de 32 años, siendo el 80 % de ellos mujeres; el 50 % vivía en unión libre; el 30 % eran casados y 20 % separados. En los resultados obtenidos de la escala DTS se encontró la presencia de imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento, el 50 % con una frecuencia de “a veces” y una gravedad extrema de 40 %; en relación a las manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento como sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea el 60 % manifiesta estos síntomas con una frecuencia de “a veces” y una gravedad moderada en un 40 %. Se logró concluir que el 60 % de la población estudiada manifiesta síntomas de TEPT con una gravedad superior a leve y el 70 % presenta una frecuencia entre “a veces” y “a diario”, lo que indica que a mayor frecuencia mayor gravedad. En cuanto a la frecuencia y la gravedad de los síntomas del TEPT se obtuvo una correlación del 95 %, es decir que están altamente relacionados.

Conclusiones	<p>A partir de los resultados obtenidos, se encontró que el 80 % de los encuestados son mujeres, lo que desde una perspectiva de género posiblemente las convierte en una población más vulnerable, puesto que los efectos del desplazamiento forzado podrían influir en las rupturas y pérdidas más fuertes, para ellas relacionadas con el asesinato o reclutamiento de hombres por grupos al margen de la ley, o en algunas ocasiones por el abandono de la jefatura del hogar por la situación actual.</p> <p>De esta manera, la mayoría de la población de estudio fueron mujeres en situación de desplazamiento, y desde una perspectiva de género, se encuentran en un alto nivel de vulnerabilidad, desprotección y desarraigo, los cuales se intensifican con la falta de atención en salud mental y resignificación de las secuelas psicológicas producidas cuando atentaron contra su dignidad humana; por ello esta población exige continuamente al Estado su reintegración social y la restructuración de su sentido de pertenencia, mediante el acogimiento por parte de las entidades de protección y salud social, además de acceder a los beneficios públicos que tienen como ciudadanas.</p>
Recomendaciones	<p>Es pertinente que se instauren nuevas estrategias de intervención en salud mental que respondan a las estructuras psicosociales presentadas en la población en situación de desplazamiento, con el fin de disminuir los niveles de vulnerabilidad que han adquirido al ser víctimas del conflicto armado, con el fin de promover y permitir una identificación temprana de los factores de riesgo que presenta esta población.</p> <p>Se sugiere que en investigaciones futuras con estas poblaciones, se establezca un diagnóstico psicosocial que señale las modificaciones a nivel psicológico, físico, cultural y social que influyen en el desarrollo normal de estos individuos en relación con su comunidad y su entorno, logrando proyectar esquemas de intervención para reparar y resignificar la dignidad humana de los sujetos en situación de desplazamiento mejorando su calidad de vida.</p>

Tipo	Nacional
Título	Tendencias psicopatológicas en personas desplazadas y reasentadas en personas desplazadas en el departamento del Quindío entre 2005 y 2011
Autor(es) y año	Andrade-Salazar, Parra y Torres (2011).
Objetivo	Describir la prevalencia de tendencias psicopatológicas en 100 personas en situación de desplazamiento forzado, reasentadas en el Quindío entre el 2005 y el 2011.
Metodología	Estudio descriptivo-transversal.
Resultados principales	<p>Se encontró como efectos negativos que se dan a partir del desarraigo de las tierras en las personas en situación de desplazamiento forzado, la prevalencia de ideación paranoide (14 %), obsesión-compulsión (13 %), depresión (13 %), ansiedad (12 %) y somatización (12 %). La sensibilidad interpersonal y ansiedad fóbica fue del 10 % y el psicoticismo del 7 %. Los resultados no muestran una morbilidad psiquiátrica elevada pues el 60 % no cuenta con una puntuación significativa en su tendencia como para constituir un cuadro clínico, aunque los puntajes específicos de la muestra indican que nadie está exento de algún tipo de morbilidad psicopatológica. Los síntomas adicionales o discretos clínicamente relevantes dan cuenta de la prevalencia de sentimientos de culpa (18 %), hiperingesta (17 %) e inapetencia (16 %) y guardan relación con cuadros ansioso-depresivos.</p>

Conclusiones	Se trata de una mínima marcada prevalencia, ya que porcentualmente y de acuerdo a la formación discursiva de los sujetos, cada tendencia no se aleja considerablemente de la otra, siendo la ansiedad y la somatización (tendencias psicopatológicas medias) puntos de referencia contiguos a otros conjuntos sintomáticos. La sintomatología muestra que entre los efectos negativos del desplazamiento forzado se encuentra la descomposición psíquica que impacta los diversos escenarios de relación del sujeto pues las experiencias traumáticas trascienden a las capacidades de contención, por cuanto son inasimilables en vista de su intensidad y duración.
Recomendaciones	Se recomienda a las futuras investigaciones que deseen trabajar con la población en desplazamiento forzado acompañar a los sujetos en la aplicación del instrumento, ya que muchas de estas personas presentan niveles de escolarización incompletos y analfabetismo, con el fin de disminuir el margen de error en la obtención e interpretación de los resultados.

Tipo	Nacional
Título	Problemas mentales, trastornos de afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.
Autor(es) y año	Tamayo, Rincón, De Santacruz, Bautista, Collazos y Gómez-Restrepo (2015).
Objetivo	Determinar la prevalencia de problemas y trastornos mentales de la población colombiana desplazada por el conflicto armado interno.
Metodología	Estudio transversal.
Resultados principales	Se detectó a 943 personas desplazadas por la violencia, la edad promedio de los sujetos fue de 41,2 años, el 77 % con residencia en las zonas urbanas. Se presenta SQR positivo en el 16,4 % (intervalo de confianza del 95 % [IC 95 %], 13,2 % - 20,1 %); la prevalencia de cualquiera de los trastornos mentales medidos (CIDI-CAPI) alguna vez en la vida es del 15,9 % (IC 95 %, 11,9 % - 21,1 %); la ideación suicida es del 12,5 % (IC 95 %, 9,0 % - 17,1 %); el consumo de alcohol excesivo del 10,1 % (IC 95 %, 7,2 %-13,9 %); el 35,6 % (IC 95 %, 30,7 % - 40,8 %) de las personas reportan que han vivido o presenciado o les han contado que alguien cercano ha tenido un evento traumático relacionado con el conflicto armado; se reporta un mayor riesgo de estrés postraumático en personas desplazadas que han reportado por lo menos un evento traumático (3,6 %; IC 95 %, 2,2 % - 5,9 %). Por último, la disfunción familiar en desplazados es ausente (74,8 %; IC 95 %, 70,4 % - 78,8 %).
Conclusiones	Se señala la precariedad económica pero menos disfunción familiar que en la población general, que hace evidente la coexistencia de factores negativos y positivos, todo lo cual lleva a ampliar el enfoque del fenómeno para lograr una comprensión que de cuenta de su verdadera complejidad.
Recomendaciones	La población desplazada tiene una alta prevalencia de problemas y trastornos mentales, lo que ratifica la situación de desventaja en que se encuentran.

Tipo	Nacional
Título	Desplazamiento e impactos en la salud
Autor(es) y año	García-Vargas (2012).
Objetivo	Hacer una aproximación sobre el impacto del desplazamiento en la salud de carácter integral, llamando la atención sobre la necesidad de analizar las múltiples causas que actúan en la alteración de la salud y en la generación de la enfermedad, los aspectos de salud física, mental y social, y el tiempo en que la presencia de enfermedades se pueden dar (de manera inmediata, mediano o largo plazo).
Metodología	Artículo de reflexión.
Resultados principales	Hasta el año 2000 las poblaciones más afectadas por el desplazamiento eran jóvenes menores de 18 años (55 %), cerca del 40 % eran mujeres, los grupos étnicos reportaron una cifra de 23,58 % en desplazamientos entre el 2000 y 2001, donde el 18,6 % era población negra y el 5,42 % indígena. Con relación al impacto en la salud, se evidencia que en la población infantil la violencia que viven constituye factores de riesgo para el desarrollo psicológico, social y físico de la niñez. En cuanto a la salud física los indicadores de morbi-mortalidad señalan que las primeras causas de enfermar y morir en los niños y jóvenes desplazados son propias de la pobreza y son de alta frecuencia en zonas de violencia, exclusión e inequidad social, con prevalencia de afecciones como la diarrea, las infecciones respiratorias y anemia. Así, se deduce que la salud es alterada significativamente en la medida en la que se afectan las condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, individuales y familiares.
Conclusiones	Al comparar los perfiles de morbimortalidad de la población desplazada con el mismo perfil de la población general se encuentra que las enfermedades infecciosas, digestivas y respiratorias ocupan los primeros lugares. Es notorio que los indicadores de salud de los perfiles de morbi-mortalidad evidencian las alteraciones físicas o funcionales a corto plazo, pero se desconocen aquellas psicológicas, mentales y sociales de corto, mediano y largo plazo. No hay reportes acerca de las alteraciones de salud pública de los lugares de asentamiento de la población desplazada a pesar del conocimiento de las condiciones de hacinamiento y carencia de servicios públicos, de saneamiento básico y ambiental.
Recomendaciones	Se hace necesario replantear los programas cortoplacistas de atención, animándolos más hacia programas preventivos, participativos y de largo alcance; y no priorizar los programas con énfasis en seguridad social de tipo individual y bajo demanda, ya que estos se dirigen únicamente a la intervención en caso de presentarse eventos negativos. Las entidades de salud pública de orden nacional, departamental y local, deben asumir la responsabilidad que les compete frente a este tipo de problemática.

Tipo	Nacional
Título	The Colombian conflict: a description of a mental health program in the department of Tolima
Autor(es) y año	Sánchez-Padilla, Casas, Grais, Hustache y Moro (2009).
Objetivo	Describir la población atendida durante el periodo 2005-2008, tanto en el medio urbano como en el rural, así como el tratamiento psicológico proporcionado durante este periodo y sus resultados.
Metodología	Estudio descriptivo–transversal.
Resultados principales	Entre febrero de 2005 y febrero de 2008, el programa atendió a 2 411 personas: 855 (35,5 %) en Ibagué y 1 556 (64,5 %) en las aldeas. La mayoría de los pacientes eran adultos (mayores de 14 años) y mujeres. La principal expresión clínica presentada fue angustia o ansiedad y tristeza o llanto. El diagnóstico más frecuente fue “otro trastorno de ansiedad”, que incluyó todos los trastornos de ansiedad no clasificados como TEPT o trastorno de estrés agudo, seguidos de depresión, trastorno de estrés agudo y PTSD. En cuanto al tratamiento, tanto los niños como los adultos recibieron con mayor frecuencia psicoterapia individual.
Conclusiones	Se observaron diferencias entre los contextos urbanos y rurales en los eventos traumáticos reportados, la expresión clínica de los trastornos, los trastornos diagnosticados y su gravedad. Aunque la duración del tratamiento fue limitada debido a razones de seguridad y dificultades de acceso, la condición del paciente en la última visita mejoró en la mayoría de los pacientes.
Recomendaciones	Se deben realizar más estudios para examinar el papel de la psicoterapia a corto plazo, adaptada específicamente al contexto, con el fin de corroborar su utilidad para los servicios de atención psicológica a la población afectada por un conflicto armado.

Tipo	Nacional
Título	Características de la población desplazada que inciden en el acceso a los servicios de salud
Autor(es) y año	Mogollón y Vásquez (2006).
Objetivo	Analizar las características de la población desplazada que influyen en el acceso a los servicios de salud.
Metodología	Estudio cualitativo descriptivo, de tipo exploratorio.

Resultados principales	Como principal problema para acceder a los servicios de salud se identificaron las precarias condiciones económicas, además de dificultades relacionadas con el bajo nivel de información respecto a los servicios que ofrecen las EPS así como los derechos y deberes de los pacientes; por su parte, la necesidad de reconocimiento de la condición de desplazado es una exigencia por parte de las instancias gubernamentales, como también la integración social en el nuevo entorno y el rechazo social que genera tal condición de pobreza, que unida a los problemas de saneamiento básico, sitúan a la población en situación de desplazamiento en altamente susceptible de contraer enfermedades infecciosas, nutricionales en los menores, los embarazos en las adolescentes sin ningún control y las enfermedades crónicas en la población adulta. Asimismo, el alto compromiso de la salud mental que repercute en las dinámicas de integración social debe ser un factor clave en la atención a esta población. Igualmente se halló que estas personas presentan más daños psicológicos que cualquier otro tipo de afecciones, pues se manifiesta estrés, depresión, angustia y cambios en el comportamiento que afectan todos los grupos etarios.
Conclusiones	La población en condición de desplazamiento tiene un mayor número de necesidades básicas insatisfechas y enfrenta numerosas barreras para acceder a los servicios de salud. Las dificultades económicas, la escasa información y los problemas y obstáculos para acreditar su condición personas en situación de desplazamiento, limitan el acceso la atención oportuna de sus múltiples problemas de salud. Aunque dentro del marco normativo, el Gobierno ha desarrollado para la población desplazada la atención en salud, y ha establecido la necesidad de mejorar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no se ha logrado de manera efectiva el acceso a los servicios de salud.
Recomendaciones	Se requiere una respuesta efectiva de parte del estado una mayor preocupación por la provisión de servicios, y una voluntad política que permita la efectiva eliminación de las barreras que impiden su acceso a la atención en salud y una estabilización socioeconómica de estas personas en el largo plazo y la defensa de su derecho a la salud.

Tipo	Nacional
Título	Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia
Autor(es) y año	Hewitt, Juárez, Parada, Guerrero, Romero, Salgado y Vargas (2016).
Objetivo	Determinar las afectaciones psicológicas, las estrategias de afrontamiento, los niveles de resiliencia, la percepción y necesidad de atención en salud mental y los factores de riesgo en la población adulta que estuvo expuesta al conflicto armado en un municipio de Colombia.
Metodología	Estudio transversal.

<p>Resultados principales</p>	<p>De acuerdo al cuestionario de síntomas SRQ se observa que el 84,6 % de la población presenta síntomas de psicoticismo, específicamente el sentimiento de que alguien trata de herirlo o hacerle daño de alguna manera, lo que está relacionado con la vivencia real de las situaciones violentas a causa del conflicto armado, y el 34 % presenta el comportamiento de consumo de alcohol, el 18,2 % tiene un síntoma claro de TEPT y un 6,8 % está en riesgo de presentarlo. Con respecto a las estrategias de afrontamiento, se señala que este grupo poblacional se encuentra ubicado por encima de la media de la población colombiana en el uso de la estrategia “esperar a que las cosas se arreglen solas” y la creencia religiosa. Con respecto a los niveles de resiliencia se observa que el 61 % tiene un nivel moderado y el 32 % presenta un nivel alto de resiliencia; en cuanto a la percepción y necesidad de atención en salud mental, se encuentra que este grupo poblacional tiene una percepción baja de la atención en salud, mientras que hay una alta necesidad de que la atención mejore. En los factores de riesgo relacionados con los problemas psicológicos se encuentra que ser hombre, soltero, viudo o separado es un factor de riesgo para el consumo de alcohol, entre tanto el bajo nivel educativo un factor de riesgo para ansiedad y depresión. Se identifica que el uso de la reacción agresiva es un factor de riesgo para el consumo de alcohol y las creencias religiosas son un factor protector.</p>
<p>Conclusiones</p>	<p>Hay que tener en cuenta que el trauma individual relacionado con el conflicto armado interno tiene un efecto negativo estadísticamente significativo de hasta ocho años después del final del conflicto armado, lo que se percibe en los resultados de esta investigación.</p>
<p>Recomendaciones</p>	<p>La investigación futura debe orientarse a diseñar, implementar y evaluar los efectos en la salud mental de programas de intervención psicosocial que fomenten el uso de estrategias de afrontamiento basadas en la reevaluación positiva y la solución de problemas, y que potencialicen los niveles de resiliencia de la población expuesta al conflicto armado interno.</p>

<p>Tipo</p>	<p>Nacional</p>
<p>Título</p>	<p>Trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión en adolescentes y adultos expuestos al conflicto armado en Colombia 2005-2008</p>
<p>Autor(es) y año</p>	<p>Sarmiento (2016).</p>
<p>Objetivo</p>	<p>Conocer los predictores de ansiedad, depresión y TEPT en cuatro diferentes poblaciones de Colombia, expuestas a distintas formas del conflicto armado durante los años 2005 a 2008.</p>
<p>Metodología</p>	<p>Estudio transversal.</p>
<p>Resultados principales</p>	<p>Los predictores de depresión fueron sexo femenino, edad mayor de 65 años, lugar de residencia en Nariño, desplazamiento forzado, violencia sexual y la disfunción familiar; otras variables asociadas fueron exposición a otros tipos de violencia en Bogotá-Soacha, problemas en la red de apoyo en Cauca-Putumayo y disfunción familiar en Barbacoas-Nariño. Para TEPT los factores asociados fueron sexo masculino, el desplazamiento forzado, exposición al conflicto armado, violencia sexual y exposición a otros tipos de violencia; algunos indicadores socioeconómicos parecen haber tenido una asociación inversa con el TEPT, como la disfunción familiar y la violencia doméstica. Para el trastorno de ansiedad los predictores fueron el grupo etario de adolescentes jóvenes y adultos mayores, exposición al conflicto armado y a otros tipos de violencia; además el lugar de residencia en Soacha, Caquetá, Barbacoas y Putumayo.</p>

Conclusiones	La exposición al conflicto armado y la exposición a otros tipos de violencia fueron predictores positivos de ansiedad, mientras la violencia doméstica y la disfunción familiar mostraron una relación inversa. Las desigualdades sociales agravan estos impactos, por lo que es necesaria la inclusión de intervenciones de salud mental en la atención primaria en salud para reducir los efectos del conflicto armado sobre la salud mental.
Recomendaciones	Desde una perspectiva de salud pública, es necesario incorporar un paquete integral de políticas de salud mental e incluirla en el portafolio básico de servicios de salud. Dichas políticas deben abarcar: un equipo asistencial de atención primaria en salud mental que esté disponible y sea sostenible, especialmente en las áreas rurales, al igual que el mejoramiento en el acceso a la atención en salud mental y programas de promoción y prevención en salud mental adaptados a la cultura de cada zona.

Tipo	Nacional
Título	10 años de desplazamiento forzoso en Colombia. La política, la cooperación internacional y la realidad de más de dos millones de colombianos
Autor(es) y año	Arango (2008).
Objetivo	Establecer si los objetivos de apropiación, alineación y armonización que deben orientar el accionar conjunto de la cooperación internacional, la sociedad civil y el gobierno, son viables a la luz de la realidad política colombiana y de los principios de asistencia humanitaria internacionalmente defendidos.
Metodología	Revisión de tema.
Resultados principales	Existen varias causas para el desplazamiento forzoso de colombianos, sin embargo, todas ellas obedecen a la incapacidad del Estado en dar cumplimiento a su deber constitucional de garantizar la protección de los derechos humanos y en tal sentido es responsabilidad de este por velar la prevención del flagelo y la restitución de los derechos vulnerados por él.
Conclusiones	La dimensión del problema del desplazamiento en Colombia ha desbordado la capacidad física y financiera del Estado para atenderlo, y en tal sentido resulta imprescindible el concurso de la cooperación internacional en las tareas de prevención, protección y atención del desplazamiento interno.
Recomendaciones	Frente a la inminente necesidad de atender el problema del desplazamiento forzoso en Colombia en medio del conflicto, y ante la insuficiencia de los recursos financieros y humanos con que cuenta el Estado, es imperativo propender por un alto aprovechamiento de los esfuerzos que los diferentes actores realizan sobre la materia.

Tipo	Local
Título	Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en población en situación de desplazamiento en la localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá, Colombia 2007
Autor(es) y año	Sinisterra, Figueroa, Moreno, Robayo, y Sanguino (2010).

Objetivo	Caracterizar 110 personas en situación de desplazamiento en la localidad de Ciudad Bolívar (Bogotá, Colombia), susceptibles de manifestar cuadros de TEPT.
Metodología	Estudio descriptivo, con un modelo de regresión logística.
Resultados principales	La edad de las víctimas de desplazamiento osciló entre los 19 y 74 años, la media fue de 38,45 años. Respecto al sexo el 65,5 % de las víctimas eran mujeres. Con relación al estado civil el 53,6 % de la muestra estaban en unión libre. El 51,8 % estaba desempleado; el 69,1 % no finalizó el bachillerato; el 88,2 % fue desplazado con su núcleo familiar; el 37,7 % refirió como causa del desplazamiento a los grupos guerrilleros y el 50 % considera que su calidad de vida es peor después del desplazamiento. La prevalencia del posible TEPT en la localidad fue de 97,27 %, sin diferencias significativas en la presentación por género.
Conclusiones	Queda la plena constancia del impacto en la salud mental de experiencias como el desplazamiento, representado posiblemente en la percepción de calidad de vida y la falta de empleo, aunque esta pueda estar asociada a otros factores como el nivel educativo. Podría pensarse que la carga emocional e impacto del trastorno, puede repercutir en la motivación y despliegue de capacidades para conseguirlo y mantenerlo. A futuro se hace conveniente analizar en contexto la situación del desplazamiento, además de tener en cuenta las etapas y procesos generados por el mismo, lo cual puede implicar la experimentación de enfermedades mentales como el TEPT.
Recomendaciones	Necesidad de perfeccionar, no solo estrategias de evaluación y diagnóstico psicosocial, sino la pertinencia de hacer intervenciones integrales con esta población.

Tipo	Local
Título	¿Qué hacer cuando estoy enferma? La búsqueda de alternativas para el bienestar en mujeres desplazadas, Medellín 2013-2014
Autor(es) y año	Posada-Zapata, Mendoza-Ríos, Restrepo-Correa, Cano-Bedoya y Orozco-Giraldo (2016).
Objetivo	Reconocer los diferentes significados de las experiencias de las mujeres desplazadas en relación con la percepción de su estado de salud y cómo este influye en la búsqueda y el uso de servicios de salud o medicina tradicional, para los años 2013-2014.
Metodología	Cualitativo, teoría fundada.
Resultados principales	Se encuentra que las mujeres desplazadas al percibirse enfermas hacen uso de la medicina tradicional y otras alternativas importantes como los servicios asistenciales para satisfacer sus necesidades en salud. En cuanto al ámbito psicológico, ellas buscan asesorías ante los problemas emocionales o expresan sus sentimientos a personas que las orienten. A su vez, se destacan las causas del deterioro del estado de salud, reflejados en padecimientos físicos y psicológicos como migrañas, afectaciones osteomusculares y sensaciones de tristeza permanente, lo que señala un perfil de enfermedad y discapacidad relacionado aparentemente por la condición de desplazamiento y caracterizado por las altas incidencias en patologías respiratorias, digestivas, índices de violencia doméstica, consumo problemático de sustancias psicoactivas y trastornos comportamentales asociados con enfermedad mental.

Conclusiones	Las percepciones de salud o enfermedad que tienen las mujeres en condición de desplazamiento hacen que ellas interactúen con diferentes alternativas para la preservación o recuperación de su estado de salud. Se puede decir que la calidad en la atención en salud debería estar fundamentada en un trato con dignidad y el acceso integral.
Recomendaciones	Las mujeres proponen que para mejorar el acceso a los servicios de salud se debe trascender más allá de las políticas establecidas por el Gobierno, porque para la protección de sus derechos es necesario que las reglamentaciones derivadas sean conjuntamente coordinadas con la labor de entidades públicas, privadas y organizaciones sin ánimo de lucro.

Tipo	Local
Título	Factores determinantes de la salud y la enfermedad: mujeres en condición de desplazamiento en Medellín, Colombia 2015
Autor(es) y año	Posada-Zapata, Mendoza-Ríos, Restrepo-Correa, Cano-Bedoya y Orozco-Giraldo (2017).
Objetivo	Describir las vivencias de mujeres en condición de desplazamiento y sus efectos en los procesos de salud-enfermedad.
Metodología	Estudio cualitativo, teoría fundada.
Resultados principales	En el estudio participaron 49 mujeres. Se encontró que el desplazamiento y las representaciones socioculturales marcan considerablemente la significación y la forma de asumir los procesos de salud-enfermedad de las mujeres. En el desarrollo de la investigación se encontró relación entre el concepto de enfermedad con el de molestias físicas y padecimientos mentales. De estos últimos, la depresión, el estrés, los trastornos del estado del ánimo, sentimientos de aflicción, ansiedad entre otros, repercuten en la vivencia y percepción del estado de salud y en el cumplimiento de sus roles con la familia, la sociedad y el trabajo.
Conclusiones	Las mujeres construyen el concepto de salud-enfermedad a partir de las experiencias, en las cuales se incluyen dimensiones humanas, como las psicológicas que se relacionan continuamente y condicionan la percepción de bienestar.
Recomendaciones	Mejorar las condiciones de vida de estas personas no depende únicamente de ellas, sino también del papel del Estado como auxiliador ante circunstancias adversas.

Tipo	Local
Título	Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá
Autor(es) y año	Mogollón, Vázquez y García (2003).
Objetivo	Analizar las necesidades en salud percibidas por hombres y mujeres desplazados por el conflicto armado y sus principales estrategias de resolución.
Metodología	Estudio cualitativo, descriptivo exploratorio.

<p>Resultados principales</p>	<p>El compromiso de la salud mental y de la estabilidad psicosocial, los problemas con la alimentación y en menor proporción las afecciones gastrointestinales y respiratorias, son los principales problemas de salud referidos por ambos grupos de informantes.</p> <p>La dificultad de acceso a los servicios de salud emerge como problema adicional. La precaria situación económica subyace a los problemas y a las necesidades de atención en salud; la burocracia en muchos de los trámites se convierte en un obstáculo para la atención en salud.</p> <p>Con relación a los problemas de salud derivados del desplazamiento se encuentran también los de salud mental, donde tanto hombres como mujeres expresaron haber sufrido situaciones de estrés, preocupación, intranquilidad y trastornos del sueño; por su parte, los jóvenes manifiestan sentimientos de tristeza y frustración.</p> <p>Para la solución de los problemas de salud, además de los servicios de salud, las personas desplazadas recurren a su entorno y redes sociales y familiares; otras personas utilizan estrategias a nivel interno a partir del conocimiento de sus propias capacidades, así como el uso de tratamientos caseros para el manejo de las afecciones consideradas como leves; por su parte las mujeres piensan que el apoyo psicológico es fundamental para el manejo de los problemas de otros miembros de la familia.</p>
<p>Conclusiones</p>	<p>Las necesidades expresadas son coherentes con los problemas percibidos. Se observan algunas diferencias en la apreciación de los problemas y en las estrategias de solución, entre hombres y mujeres, y entre grupos de edad. Se destaca el apoyo psicológico como una de las principales necesidades de atención, dada la problemática de salud mental que tiene esta población y su propia percepción del problema.</p>
<p>Recomendaciones</p>	<p>Se requieren acciones que permitan mejorar el acceso a los servicios, así como estrategias específicas para la rehabilitación psicosocial de la población desplazada que tengan en cuenta las diferencias en el interior del colectivo. La complejidad de las causas subyacentes a los problemas de salud de las personas desplazadas señala la necesidad de una amplia política intersectorial que permita la reubicación o el retorno del sujeto y su familia, como requisito fundamental para el logro de su desarrollo.</p>

<p>Tipo</p>	<p>Local</p>
<p>Título</p>	<p>Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety and Depression Symptoms, and Psychosocial Treatment Needs in Colombians Internally Displaced by Armed Conflict: A Mixed-Method Evaluation.</p>
<p>Autor(es) y año</p>	<p>Richards, Ospina-Duque, Barrera-Valencia, Escobar-Rincón, Ardila-Gutiérrez, Metzler y Marmar (2011).</p>
<p>Objetivo</p>	<p>Evaluar los niveles de TEPT, depresión y síntomas de ansiedad en una muestra de conveniencia de 109 adultos desplazados que residen en Medellín, Colombia.</p>
<p>Metodología</p>	<p>Estudio mixto.</p>

Resultados principales	El 88,3 % de la muestra reportó diagnóstico de estrés postraumático, con relación a los síntomas de ansiedad medidos a través de la escala de Zung; en un 54,1 % se reflejó un nivel leve o moderado de ansiedad y el 5,4 % reportaron síntomas de ansiedad severa; en el 41 % de las personas se presentaron síntomas de depresión.
Conclusiones	Se logra evidenciar altos niveles de angustia mental en los desplazados internos, hay un alto interés en la terapia con psicólogos y personal capacitado para la rehabilitación psicosocial.
Recomendaciones	Dados los hallazgos se sugiere hacer investigación sobre las necesidades de atención y tratamiento de las víctimas y hacer mayor inversión en las intervenciones a esta población.

Trastornos
mentales en
población víctima
de desplazamiento
forzado

Trastornos mentales en población víctima de desplazamiento forzado

Daniela Sánchez Acosta, Nadia Semenova Moratto, Guillermo Alonso Castaño Pérez

Numerosas investigaciones han reportado las consecuencias a las que se ven expuestas millares de víctimas ante circunstancias relacionadas con la guerra y la violencia en sus diversas manifestaciones, lo que conlleva al individuo a presentar alteraciones en sus distintas áreas de vida, como la presencia de problemas psicosociales. Entre estas problemáticas, se encuentran los trastornos psicopatológicos o enfermedades psiquiátricas: el miedo y la aflicción como consecuencias de los daños y pérdidas, el consumo de sustancias psicoactivas, y otras formas de violencia y actos delincuenciales (Rodríguez, et al. 2002).

En relación con los trastornos mentales, existen diversos acontecimientos que pueden detonarlos, mantenerlos o agravarlos. Particularmente en el caso de las personas expuestas a la guerra, se han reportado alteraciones en el sueño, desórdenes alimenticios, trastornos del estado anímico, entre otras manifestaciones sintomáticas producto del desarraigo, nostalgia por las pérdidas de personas y lugares, culpa o vergüenza frente a los conflictos familiares, rabia al recordar las humillaciones a las que fueron expuestos (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013), además del estigma y discriminación a los que son sometidos (Campo-Arias y Herazo, 2014).

En suma, los hechos victimizantes considerados actos de violencia relacionados con el conflicto armado producen un efecto severo en la comunidad a la que pertenecen las víctimas, tanto en en la organización social y política en la que se encuentran inmersos, como en el ámbito personal en las relaciones con sus seres queridos y familiares (World Organisation Against Torture, 2004). Es por ello que los asesinatos, desapariciones, torturas, secuestros, desplazamiento forzado, y muchas otras formas de violencia que se cometen en Colombia de manera generalizada y sistemática, generan una huella en las personas que lo viven, además de cuantiosas secuelas que pueden aparecer incluso a largo plazo. Por ello, se considera que si

bien la condición de desplazamiento contribuye a la crisis de las víctimas, son los eventos que lo acompañan los detonantes de la presencia de trastornos mentales, principalmente en los casos de homicidios y torturas directas o indirectas (Rodríguez, Díaz, Niño, Samudio y Silva, 2005).

Si bien algunos teóricos (Pupavac, 2002) han optado por afirmar que los síntomas que expresan las víctimas de desplazamiento forzado como el insomnio, la ansiedad, la tristeza, el estado de alerta exagerado, y los problemas del comportamiento son reacciones normales ante situaciones extremas, otros autores han manifestado que estas son alteraciones en la salud mental que afectan su vida personal, social y laboral, por lo que podrían desencadenar cuadros sintomáticos, psicopatología y trastornos mentales (Londoño et al., 2005). Lo que sí es claro, es que la población víctima de desplazamiento forzado se ve expuesta ante traumas que ocasionan síntomas como pesadillas, disminución del deseo sexual, al igual que los demás síntomas mencionados (Haghebaert y Zaccarelli, 2006).

Los anteriores elementos han sido agrupados según diversas esferas como la *emocional* (sentimientos de amargura, impotencia, tristeza, desesperación, rabia y desesperanza), *comportamental* (llanto, aislamiento y evasión de situaciones relacionadas con la experiencia), *del pensamiento* (reflexiones recurrentes sobre la experiencia sufrida, desesperanza, pesimismo), *mnésico* (recuerdo reiterado de los hechos y acompañado de malestar e intenso dolor), *interpersonal* (no hay confianza en el otro), *laboral* (alteraciones en lo laboral, transformación de las motivaciones y el sentido de vida), y *familiar* (cambio de roles en la dinámica familiar) (Corporación AVRE, 2015).

En relación con investigaciones que den cuenta de dicha sintomatología, a nivel internacional, un estudio realizado en Uganda encontró que los eventos de trauma más comunes son la separación forzada de otros (94 %) y la separación forzada de miembros de la familia (91 %). Con respecto al diagnóstico de TEPT, este fue diagnosticado en un 32 % de adultos y 20 % de niños (Peltzer, 1999). En este mismo territorio pero en otro estudio cuyo énfasis fue indagar sobre problemas psicosociales, se describieron diagnósticos relacionados con depresión, distimia, ansiedad y problemas de conducta (Betancourt, Speelman, Onyango y Bolton, 2009).

Por otro lado, dado que cerca del 53 % de la población víctima de desplazamiento forzado son niños, niñas y adolescentes, y de este grupo etario por lo menos el 17 % se movilizaron a consecuencia de acoso, agresiones y/o violencia sexual (Andrade-Salazar, 2010), algunos estudios se han centrado en caracterizar la salud mental de la población infantil y adolescente. Al respecto, se afirma que la exposición directa y no directa al trauma aumenta el riesgo de problemas conductuales y emocionales entre los niños en edad preescolar, que pueden presentarse como psicopatología (Thabet, Karim y Vostanis, 2006). A su vez, se encuentra que los efectos de la violencia y las privaciones, pueden abrumar las habilidades de afrontamiento de los niños y dejarlos vulnerables a las dificultades de adaptación (Allwood, Bell-Dolan y Husain, 2002). Frente a ello, se encuentran cifras de TEPT en esta población del 41 % (Allwood et al., 2002). Otro estudio realizado en este mismo grupo poblacional, refirió una prevalencia del 54 % de TEPT grave, 33,5 % de TEPT moderado y 11 % de TEPT leves o dudosos, con predominio del sexo femenino en el grupo de niños con TEPT grave (Qouta, Punamäki y El Sarraj, 2003).

Según el estudio (Seedat, 2004), que refiere a la población de adolescentes kenianos comparados con los sudafricanos, se encontró que los primeros presentaron tasas significativamente más altas de exposición a la violencia (69 % contra 58 %). No obstante, las tasas de

trastorno por estrés postraumático (22,2 % contra 5 %) fueron significativamente mayores en la muestra sudafricana.

En relación con América Latina, a pesar de no contar con suficientes estudios en materia de trastornos mentales en población víctima de desplazamiento forzado (Rodríguez et al., 2002), algunas investigaciones realizadas con personas refugiadas han encontrado síntomas de trauma psicológico severo, expresado en síntomas de ansiedad, temor y agresividad en la fase temprana, apatía, dependencia y depresión a medida que su condición se vuelve crónica (Hansen, 1979; Kunz, 1973; Noji y Organización Panamericana de la Salud, 2000).

En Colombia, estudios sobre salud mental han encontrado que el TEPT es un trastorno asociado a las consecuencias de la guerra, el cual se manifiesta como resultado de un interjuego entre una situación desbordante que obliga al sujeto a asumir roles y/o posiciones no comunes a las habituales, lo que en consecuencia genera un conflicto psíquico donde emerge la psicopatología (Torres de Galvis y Posada-Villa, 2012). Otros estudios en esta misma línea, han encontrado que la prevalencia de trastornos mentales en adultos de hogares vulnerables y en estado de pobreza son mayores en comparación al promedio nacional, un indicador de salud que podría estar relacionado con la enfermedad mental de los adultos (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2015).

A partir de una revisión sistemática realizada en el país en el estudio de Campo-Arias, Oviedo y Herzo (2014), se evidenció que la prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en la población víctima del conflicto armado es alta, dado que la prevalencia de síntomas se observó en un 9,9 - 3 %; los posibles casos en un 21 - 97,3 %; y la de trastornos mentales en un 1,5 - 32,9 %.

De manera particular una investigación realizada en Sincelejo (Sucre) con población víctima de desplazamiento forzado, encontró una prevalencia de 27,2 % de trastornos mentales comunes en la población adulta de los barrios estudiados (Echenique, Medina, Medina y Ramírez, 2008). Asimismo, se reportó que el 5,6 % de las 202 personas víctimas estudiadas presentaba TEPT, de las cuales el 1,4 % presentaron prevalencia actual y el 4,22 % prevalencia de vida. Además, la investigación indicó que la exposición directa o indirecta a eventos violentos causantes del desplazamiento forzado, tales como las amenazas, muertes y los combates, fueron los desencadenantes del TEPT. Por otra parte, un estudio anterior en la misma ciudad encontró una prevalencia de 27,2 % de trastornos mentales comunes en la población adulta (Puertas, Ríos y Valle, 2006).

De igual modo, un estudio realizado en Bucaramanga con población víctima de desplazamiento forzado por la violencia política en Colombia, tomó una muestra de 851 adultos, en quienes encontró una prevalencia de trauma psicológico del 21 %, con una mayor prevalencia en viudos, casados y personas en unión libre, en comparación con los solteros, además halló que a mayor tiempo de desplazamiento menor prevalencia de TEPT (Rueda, Ortega y Orozco, 2007).

En Bogotá, un estudio realizado con víctimas de desplazamiento forzado reportó cifras del 97 % de prevalencia para el TEPT, siendo el hostigamiento de los grupos guerrilleros la principal causa del desplazamiento forzado (Sinisterra, Figueroa, Moreno, Robayo y Sanguino, 2010).

Otros investigadores que buscaban conocer los trastornos mentales asociados al enfrentamiento armado ocurrido en el año 2002 en Bojayá-Chocó en una muestra de 40 civiles adultos,

encontró que los trastornos de mayor prevalencia fueron el riesgo de suicidio (45 %), el trastorno de ansiedad generalizada (43 %), el TEPT (37 %) y la depresión mayor (37 %). (Londoño et al., 2005).

Respecto al sexo, algunos estudios indican que el 28,8 % de los sujetos evaluados cumplió los criterios del TEPT, y las mujeres fueron diagnosticadas de TEPT en una proporción mayor que los varones (Martín-Ayala y Ochotorena, 2004). Se encuentra además en los sujetos con TEPT, una concurrencia entre el trastorno y los problemas de salud, 50,5 % de los participantes presentaron un TEPT y 74,2 % de estos refirieron problemas de salud (Juárez y Guerra, 2011). Otro estudio, valoró la presencia de TEPT, y encontró una prevalencia actual de trauma psicológico del 21 %.

No obstante, otros estudios refieren que el 1,4 % de los sujetos presentan en la actualidad TEPT y el 4,22 % registró TEPT en su curso vital, para un total de 5,6 % personas afectadas. Los sucesos violentos que originaron el desplazamiento de la población fueron los mismos eventos traumáticos que desencadenaron el TEPT, sin distinción de características demográficas (Echenique et al., 2008). Al respecto, otra investigación encontró una prevalencia de trastornos mentales en la población en situación de desplazamiento del 1,5 % (Villada, 2011). Los principales diagnósticos de consulta fueron la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar (23,2 % y 12,9 % respectivamente); además, al analizar la ocurrencia de la enfermedad mental según edad y sexo, se encontró que este fenómeno es más frecuente en las mujeres de 15 a 19 años (8,5 %) y en los hombres de 30 a 34 (7,4 %).

Otro estudio en el municipio de El Cairo (Valle), encontró presencia de depresión leve (20 %), moderada (60 %) mayor en las mujeres, y depresión grave (30 %), con una relación en cuanto a género de dos mujeres por un hombre. Se encontró además que el 100 % de la población presenta indicadores de TEPT, con una gravedad extrema del 50 % y moderada del 40 %. Respecto al trastorno bipolar el 65 % eran posibles casos, el 5 % casos concretos y el 30 % no presenta el trastorno (Andrade-Salazar, 2011). Asimismo en el Quindío se observa la prevalencia de ideación paranoide, obsesión-compulsión y depresión, como conjuntos de síntomas que evidencian los efectos negativos que se dan a partir del desarraigo de las tierras en las personas en situación de desplazamiento forzado (Andrade-Salazar, Parra y Torres, 2011).

Por su lado, Cáceres, Izquierdo, Mantilla, Jara y Velandia (2002), en la ciudad de Cartagena, encontraron que el 80 % de las personas víctimas de desplazamiento forzado entrevistadas refirieron exposición a la violencia antes del desplazamiento, y el asesinato fue la causa del 60 % de las muertes reportadas por la comunidad de adolescentes y adultos. Se encontró además disgregación familiar, pésimas condiciones de saneamiento básico, alta prevalencia de enfermedades, deserción escolar, escolaridad tardía, pobre desempeño escolar, proporción importante de niños trabajadores, falta de afiliación a la seguridad social, poca cobertura y escaso acceso a los servicios de salud.

De otro lado, como uno de los estudios más grandes de su tipo realizado en Colombia, particularmente en cuatro ciudades: Montería, Soacha, Cali y Cartagena, se encontró que las condiciones socioeconómicas de las familias desplazadas, muestran un claro deterioro en la calidad de vida, así como alteraciones mentales presentes, entre ellas la depresión la cual mostró diferencias estadística y clínicamente significativas entre la población desplazada y un grupo de población general, sugiriendo un mayor compromiso del estado de salud mental de la población desplazada. No se encontraron diferencias en el consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias psicoactivas. (Organización Panamericana de la Salud y Instituto Nacional de Salud, 2002)

Finalmente y con respecto a la prevalencia de trastornos mentales en población víctima del desplazamiento forzado en Colombia, se encuentra que la ansiedad, la depresión, el trastorno por uso de sustancias y el estrés postraumático son las más prevalentes (Bernal, 2009; Organización Panamericana de la Salud y Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002), además de la presencia de conflictos familiares y conductas agresivas que complejizan el estado de las víctimas.

Las cifras anteriores avizoran un panorama general frente a las personas víctimas de desplazamiento forzado lo que evidencia cómo la violencia y el conflicto armado son determinantes contextuales que agravan la manifestación de los diversos cuadros de trastornos psíquicos reportados. No obstante, es importante considerar que la población que presentan estas patologías pueden ser personas con un historial de enfermedad psiquiátrica que agrava su condición: personas con factores de riesgo previos que desencadenan la aparición de los síntomas, quienes sufren cuadros reactivos secundarios, o presentan respuesta tardía y con manifestaciones diversas (Rodríguez et al., 2002).

Por su parte, estudios a nivel cuantitativo evidenciaron que en las áreas laboral, social, cognitiva y estilo de afrontamiento eran las que mayor reacción presentaban, y a nivel cualitativo, se encontró que en el aspecto psicológico se mostraban cambios en los esquemas, estilos de afrontamiento, identidad personal, respuestas de estrés y adaptación al medio, así como afectaciones sociales con cambios en las redes de apoyo, estructura familiar y actividades laborales. En el aspecto jurídico, se distinguían en algunos casos la pérdida de identidad, el desconocimiento de las leyes y de los programas que los benefician (Lozano y Gómez, 2004).

Consumo
de drogas en
población víctima
de desplazamiento
forzado

Consumo de drogas en población víctima de desplazamiento forzado

Daniela Sánchez Acosta, Nadia Semenova Moratto, Guillermo Alonso Castaño Pérez

Las personas víctimas de desplazamiento forzado se ven expuestas a diversos traumas psicosociales que generan a corto, mediano y largo plazo, una tendencia hacia hábitos como el tabaquismo, el alcoholismo y la farmacodependencia (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2001). Lo anterior, además se sustenta en las experiencias que enfrentan las víctimas ante estresores ambientales relacionados con la violencia y el conflicto armado. Parafraseando a Andrade-Salazar, Bustos y Guzmán (2012), el consumo de sustancias psicoactivas de uso legal o ilegal se encuentra mediado por algunos factores relacionados con las estrategias con las que cuenta la víctima para afrontar el hecho, y el grado de afectación psicológica que traiga consigo dicha experiencia traumática. Es por ello, que el consumo de sustancias se considera un factor paliativo que actúa frente a los conflictos sociales de la ciudad receptora, problemas familiares y económicos, sentimientos de vulnerabilidad y exclusión, entre otros aspectos que relatan las víctimas.

Es así como en el consumo de sustancias se encuentra relacionado con factores de riesgo individuales y sociales que desencadenan una serie de comportamientos poco saludables, entre los que se encuentra el consumo de sustancias (Medicins sans Frontieres, 2011). Igualmente, las demandas que exige el nuevo lugar de residencia en torno a la desorientación y necesidad de integración, conllevan a las víctimas a involucrarse con grupos ilegales o al consumo drogas (Hernández-Bello y Gutiérrez-Bonilla, 2010).

En esta línea, son particularmente los jóvenes los que están en riesgo de incorporarse a grupos delincuenciales, acercamiento a la venta o consumo de drogas y condiciones de riesgo en su vida sexual. (González, Espada, Guillén-Riquelme, Secades y Orgilés [2016]). Cifras al respecto dan cuenta que el 52 % de las víctimas de algún hecho traumático y que presentan patrones problemáticos de consumo, son adolescentes (Giaconia, Reinherz, Paradis y Stashwick, 2003; Grella, Hser, Joshi y Rounds-Bryant, 2001).

Por su parte, Rengifo (2014), en un estudio realizado en Florencia, Caquetá, en población víctima de desplazamiento forzado, encontró que el 46 % de la muestra considera que el hecho victimizante influyó en los jóvenes para el consumo de drogas. También Andrade-Salazar et al. (2012) encontró en población víctima del desplazamiento forzado una prevalencia de dependencia al tabaco de 36,67 %, dependencia al alcohol de 26,67 % y dependencia a ambas sustancias del 26,7 %; a parte de esto, Puertas et al. (2006) reportó una prevalencia de problemas de consumo excesivo de alcohol en el 13,6 % de la muestra de su investigación.

Por otro lado, según el *Estudio de Perfil Epidemiológico de población víctima de desplazamiento forzado en cuatro ciudades colombianas: Montería, Soacha, Cali y Cartagena* (Organización Panamericana de la Salud y Instituto Nacional de Salud, 2002), se encontró prevalencia último mes para el consumo de cigarrillo del 20,9 % de los adultos entrevistados, alcohol 9,6 %, marihuana 4,9 % y cocaína 1,5 %. En relación con el consumo en las víctimas adolescentes, este mismo estudio encontró 3,4 % de prevalencia último mes de tabaco, 7,3 % de alcohol, y 0,7 % de sustancias psicoactivas.

Finalmente se hace necesario comentar que si bien la población víctima de desplazamiento forzado puede estar consumiendo alcohol o tabaco antes del desplazamiento, es claro que su consumo puede intensificarse a partir de la vivencia traumática (Andrade-Salazar et al., 2012). Frente a esto, autores como Rodríguez et al. (2002) son enfáticos en afirmar que el consumo de sustancias no puede darse a partir de factores de riesgo psicopatológicos, sino como parte de las reacciones esperables ante eventos de carga emocional.

En este caso también es importante agregar que es frecuente entre la población víctima del desplazamiento forzado la asociación entre trastornos por uso de sustancias y trastornos mentales. Frente a ello, estudios clínicos y epidemiológicos han demostrado que la aparición de trastornos mentales comórbidos puede ser alto en las personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, y que afectan en particular a los grupos vulnerables (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2013). De manera particular, investigaciones han hecho referencia a los trastornos del estado de ánimo como la ansiedad y la depresión, el TEPT, y los trastornos de conducta, como los de mayor vulnerabilidad, a presentar un TUS y otros tipos de adicciones (NIDA, 2010) con tasas del 32 % al 59 % para los trastornos de conducta, y del 35 % al 61 % para los trastornos del estado de ánimo, con factores agravantes de altas tasas de intento de suicidio (MacGabhann y Ireland, 2004).

Por su parte, un estudio realizado a veteranos de guerra que habían estado expuestos de forma directa o indirecta a diferentes eventos traumáticos, y que recibían tratamiento para el TEPT, descubrió que cerca del 84 % de la población tenía al menos una comorbilidad con un trastorno por uso de sustancias (Keane y Wolfe, 1990). Por otro lado, es común

encontrar en personas con trastornos por uso de sustancias prevalencia de TEPT, que oscila entre el 20 % al 33 % de los sujetos (Najavits et al., 1998). Adicionalmente, para el caso de la población adolescente se han encontrado asociaciones significativas entre el TEPT y el TUS (Armstrong y Costello, 2002), con tasas de TEPT en adolescentes con TUS que oscilan entre el 11 % y el 47 % (Giaconia et al., 2003).

Marco jurídico
de la atención
en salud a la
población víctima
de desplazamiento
forzado

Marco jurídico de la atención en salud a la población víctima de desplazamiento forzado

Daniela Sánchez Acosta, Nadia Semenova Moratto, Guillermo Alonso Castaño Pérez

La normatividad que orienta la atención en salud a población víctima del desplazamiento forzado esta enmarcada en el contexto internacional a los Principios Rectores de los Desplazamientos Internos de la Oficina del Alto Comisionado para los Refugiados (ACNUR) de la ONU, los cuales tienen por objeto dar solución a las necesidades específicas de las víctimas de desplazamiento forzado interno de todo el mundo, determinando los derechos y garantías necesarios para su protección (Consejo Municipal de Política Social y de Equidad y Giraldo-Jiménez, 2011).

Respecto a las leyes nacionales, las condiciones económicas de la población en contexto de desplazamiento forzado y su situación de víctima de la violencia y el conflicto armado, han develado la necesidad de esfuerzos institucionales y una inversión estatal considerable. En este sentido, el Estado ha desarrollado una extensa legislación que se inicia con la Ley 387 de 1997, la cual es la base para la promulgación de decretos, resoluciones y directivas presidenciales especiales.

Asimismo, las instituciones estatales, tanto nacionales como locales, han debido readecuar sus funciones para atender las necesidades particulares de la población víctima, potenciando la inversión pública destinada a mitigar el impacto de la expansión del desplazamiento forzado.

En este sentido, la legislación colombiana que regula el derecho a la salud de la población víctima de desplazamiento por la violencia y el conflicto armado se encuentra constituida

por numerosos lineamientos que abogan por el reconocimiento de las necesidades físicas, mentales, jurídicas, sociales y económicas de esta población en contexto de vulnerabilidad, con el fin de garantizar su atención integral y restablecer sus derechos.

Es así como este apartado esboza el marco jurídico de la atención a la población víctima, enfatizando en las leyes, decretos, resoluciones, acuerdos y sentencias que conforman el cuerpo legislativo y que tienen como fin velar por la salud, especialmente la salud mental, de la población en condición de desplazamiento forzado, estableciendo las obligaciones por parte del Estado de cubrir las necesidades de dicha población.

En relación con las normas específicas en materia de salud mental, Restrepo-Espinosa (2012) realiza una aproximación a los antecedentes y la evolución de los referentes normativos en Colombia, identificando dos grandes momentos históricos cuyos límites podrían ubicarse, en un extremo, hacia la década de los años sesenta del siglo pasado y, en el otro, en el momento actual, separados por la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en la Ley 100 de 1993. Este autor también plantea que si bien estos dos momentos generan cambios apreciables, es en el año de 1993 cuando se produce una transformación global del modelo de salud del sistema de salud colombiano y, por ende, de lo relacionado con la salud mental.

En términos de este último momento, el Gobierno Nacional ha formulado legislaciones con el propósito de promover, proteger y defender los derechos humanos de la población desplazada. Este marco normativo, incluye algunos lineamientos legales como:

- Documento CONPES 2804 de 1995: surge como primera respuesta estatal frente a la necesidad de formular una política coherente e integral para la atención de la población víctima de desplazamiento forzado, así como para asignar responsabilidades institucionales específicas para atender esta problemática.
- Documento CONPES 2924 de 1997: este documento reformuló el anterior y propuso la creación del Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada (SNAIPD), así como el diseño de un Plan Nacional dirigido a la Atención Integral a la Población Desplazada.
- Directiva Presidencial N° 02 de 1997: define el compromiso de las entidades del estado con el proceso de diseño y cumplimiento de una nueva política en torno a la problemática del desplazamiento.
- Decreto 976 de 1997: por el cual se reglamenta el artículo 70 de la Ley 919 de 1989, reconociendo el fenómeno del desplazamiento masivo como un evento de naturaleza similar a los desastres y las calamidades. El desplazamiento forzado recibió la connotación de desastre con este decreto del Ministerio del Interior.
- Decreto 1165 de 1997: crea la Consejería Presidencial para la atención de la población desplazada por la violencia y se le asignan funciones.
- Decreto 1458 de 1997: reglamentario de la Ley 333 de 1996, sobre Extinción del Dominio; permite el acceso a recursos del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y la Lucha contra el Crimen Organizado.

Continuando con esta cronología, respecto al marco legal de las políticas del sector salud, y en concordancia con lo estipulado en la Ley 100 de 1993, los Decretos 412 de 1992 y 1283 de 1996) y los Acuerdos 59, 74, 77, 85 y 86 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (1997a, 1997b, 1997c, 1997d) obligan al Ministerio de Salud, a las direcciones departamentales y locales de salud a garantizar el derecho a la salud de la población desplazada a través de la atención integral en salud, la cual comprende los servicios de atención médico quirúrgica y odontológica, de urgencias, hospitalización, tratamiento, rehabilitación y ayuda diagnóstica, provisión de medicamentos y transporte de pacientes.

En este sentido, el Acuerdo 59 de 1997 declara como evento catastrófico el desplazamiento masivo de la población por causa de la violencia y otorga el derecho a recibir los servicios de salud necesarios para la atención oportuna de la enfermedad derivada de la exposición de riesgos inherentes al desplazamiento; el Acuerdo 74 de 1997 define y amplía el Plan de Beneficios del POS Subsidiado, adiciona la rehabilitación y trauma mayor para los hospitales en las zonas de conflicto, y promueve la convivencia pacífica y la rehabilitación física; el Acuerdo 77 de 1997 define la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud que obliga a cualquier IPS a la prestación de servicios de salud a la población desplazada que está asegurada, sin limitación territorial, aun cuando no exista contrato directo con la ARS; el Acuerdo 85 de 1997 adiciona al Acuerdo N° 59 la atención a las necesidades de salud derivadas de los riesgos inherentes al desplazamiento tales como los medioambientales, nutricionales y psicosociales a la población afectada; y por último, el Acuerdo 86 de 1997 aprueba el presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía para la vigencia fiscal y se asignan los recursos para la atención de la población desplazada.

Ahora bien, en la Ley 387 de 1997 se adoptan las normas para la prevención, la atención humanitaria y estabilización socioeconómica de los desplazados por la violencia en el territorio nacional donde la fase de prevención busca anticipar los riesgos del desplazamiento; la fase de atención humanitaria de emergencia tiende a asistir las necesidades básicas de alimentación, alojamiento, salud, atención psicosocial y provisión de elementos básicos para la sobrevivencia; y la fase de estabilización socioeconómica, brinda apoyo en educación, salud, vivienda y generación de ingresos.

Bajo estos lineamientos, en su Artículo 2 (Ley 387, 1997), se contemplan como principios rectores los siguientes derechos de las víctimas de desplazamiento forzado:

- Derecho a solicitar y recibir ayuda internacional, y ello genera un derecho correlativo de la comunidad internacional para brindar la ayuda humanitaria.
- Derechos civiles fundamentales reconocidos internacionalmente.
- Derecho a no ser discriminados por su condición social de desplazados, motivo de raza, religión, opinión pública, lugar de origen o incapacidad física.
- La familia del desplazado forzado deberá beneficiarse del derecho fundamental de reunificación familiar.
- Derecho a acceder a soluciones definitivas a su situación.
- Derecho al regreso a su lugar de origen.

- Los colombianos tienen derecho a no ser desplazados forzosamente.
- El desplazado y/o los desplazados forzados tienen de derecho a que su libertad de movimiento no sea sujeta a más restricciones que las previstas en la ley.
- Es deber del Estado propiciar las condiciones que faciliten la convivencia entre los colombianos, la equidad y la justicia.

Adicionalmente, en su Artículo 3, afirma como responsabilidad del Estado “formular las políticas y adoptar las medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección y consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia” (Ley 387, 1997) y además crea varios entes entre ellos el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia con el fin de brindar una atención integral y mitigar los efectos de este hecho victimizante. La misma Ley aprueba la consolidación del Consejo Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia (Art. 6); los comités municipales, distritales y departamentales (Art. 7) y propone el diseño de un Plan Nacional para la Atención Integral a la población desplazada por la violencia (Art. 9) con algunos objetivos como adoptar medidas de atención humanitaria de emergencia. Establece también la Red Nacional de Información como medio para evaluar la magnitud del problema y tomar medidas en materia de atención (Art. 11) y establece las medidas necesarias para permitir el acceso directo de la población desplazada a la oferta social del gobierno, por medio de programas relacionados con la atención social en salud, educación y vivienda urbana y rural, la niñez, la mujer y las personas de la tercera edad (Art. 17), y finalmente crea el Fondo Nacional para la Atención Integral a la población desplazada por la violencia (Art. 21) (Ley 387, 1997).

En relación con el apoyo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Acuerdo 006 de 1997 (Ministerio de Salud y ICBF, 1997), establece que la población beneficiaria de sus acciones serán las familias desplazadas por la violencia, reportadas a través de la Red Nacional de Información para atender población desplazada por la violencia, dando prioridad a mujeres embarazadas, madres lactantes y menores de 18 años. Además, define la ayuda del ICBF en diferentes etapas: prevención, ayuda humanitaria de emergencia, consolidación y estabilización.

Por su parte, desde el año 1998, Colombia cuenta con una política pública en salud mental, en la que se establece que cada ente territorial debe velar por la redacción, adopción y/o divulgación de una política pública, además de priorizar en sus planes territoriales la salud la salud mental (Oquendo, 2011).

De otro lado bajo el Decreto 173 de 1998 crea el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, en articulación con la acción gubernamental en el orden nacional y territorial. A su vez, se fijan los protocolos de atención para todas las instituciones involucradas en el abordaje y solución de la problemática del desplazamiento.

En este mismo año, 1998, mediante el Decreto 501 de 1998 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, se crea el Fondo Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia con los objetivos de financiar programas encaminados a neutralizar y mitigar los efectos del desplazamiento, promover y proteger los derechos humanos, y consolidar la Red Nacional de Información. En esta línea, el Documento CONPES 3057 de 1999 propone un plan de acción para mejorar los mecanismos e instrumentos para la prevención, protección, atención humanitaria, retorno, reubicación y estabilización socioeconómica de la población

desplazada por la violencia, elementos que apuntan a la conformación de un esquema institucional más eficaz.

Igualmente, dentro de las políticas nacionales del sector salud, el Ministerio de Salud implementa la política de atención integral en salud a la población desplazada mediante los siguientes acuerdos: Acuerdo 120 de 1999, mediante el cual se aprueba el presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía y se asigna el presupuesto para la atención de la población desplazada por la violencia, para la vigencia de 1999; el Acuerdo 160 del 2000, por el cual el Consejo Nacional de Seguridad Social aprueba el presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía vigencia fiscal 2000 para la Atención de la población desplazada; y el Acuerdo 185 de 2000, el cual establece que la reclamación por los servicios de salud prestados a la población desplazada, se hará en forma directa al Fondo de Solidaridad y Garantía.

Por otro lado, el Decreto 2569 de 2000 de la Presidencia de la República reglamenta las disposiciones de la Ley 387 de 1997 y decreta la Red de Solidaridad Nacional (RSS) como la entidad coordinadora del Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada (SNAIPD), que entre sus obligaciones debe definir la condición de desplazado, exponer la cesación de condiciones de desplazado, reglamentar la atención humanitaria de emergencia, establecer los programas de estabilización socioeconómica, específicamente para el acceso a la educación, salud, alimentación, vivienda y tierras, hablar sobre el apoyo del Gobierno a los procesos de retorno voluntarios, y crear los comités municipales, distritales y departamentales para la ayuda integral a la población desplazada.

Por su parte, en las Directivas Presidenciales 6 y 7 de 2001 asignan las funciones y responsabilidades correspondientes para las entidades del Gobierno, respecto al tratamiento de esta población, como lo son el desarrollo de políticas para la prevención del desplazamiento tarea que asume el Ministerio del Interior, la creación de programas para la población desplazada por parte del Ministerio de Educación, y la implementación de mecanismos para el cumplimiento del Acuerdo 185 de 2000 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, como función del Ministerio de Salud.

En relación con la protección a los derechos fundamentales de la población desplazada, la Corte Constitucional de Colombia crea en el 2002 la Sentencia T-098, donde se expone que la población desplazada tiene derecho a un trato urgente y preferente en términos de subsidio de vivienda, prioridades en los cupos educativos, preferencia para inclusión dentro de los grupos prioritarios de atención en el Sisbén, preferencia en los programas preventivos y de protección del ICBF, prioridad para las mujeres embarazadas, lactantes y menores de 18 años desplazados.

Respecto a la afiliación en salud, en el Decreto 2131 de 2003 de la Presidencia de la República se encuentra reglamentada la atención en salud mediante los siguientes lineamientos:

- La población desplazada afiliada al régimen contributivo, subsidiado o de excepción, será atendida conforme a las reglas, coberturas, limitaciones y excusiones establecidas para el respectivo régimen al que pertenecen.
- Los servicios de salud prestados por la entidad territorial receptora se financiarán con los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud destinados a la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda o con recursos propios de libre destinación.

No obstante, el Decreto 2284 de 2003 modifica el anterior Decreto, y determina que la atención inicial de urgencias de la población desplazada deberá ser prestada, independientemente de su capacidad de pago, en forma obligatoria por parte de las instituciones públicas o privadas que presten servicios de salud, aun cuando no se haya efectuado su inscripción en el Registro Único de Población Desplazada. Siendo así como en el Acuerdo 243 de 2003 (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud) se estipula que la población desplazada y población indígena que no este afiliada a ningún régimen y se encuentre sin capacidad de pago, debe tener prioridad para ser afiliada al régimen subsidiado.

En esta misma línea, la Corte Constitucional de Colombia, en la Sentencia T-602 (Corte Constitucional de Colombia, 2003c), indica que el desplazamiento forzado interno es un hecho y, por tal motivo, la declaración rendida por la víctima y la posterior inclusión de la misma en el Registro Único de Población Desplazada tiene como único propósito facilitar la asistencia proveniente del Estado o de la cooperación internacional, más no el de conferir la condición de persona desplazada. A su vez, indica que la atención a la población desplazada debe tener en cuenta las necesidades de los grupos más vulnerables.

Otras resoluciones judiciales son la Sentencia T-268 (Corte Constitucional de Colombia, 2003a), la cual se refiere al tema del desplazamiento interno urbano y la protección de los derechos de las víctimas de esta modalidad de desplazamiento; la Sentencia T-419 (Corte Constitucional de Colombia, 2003b) que afirma que la Atención Humanitaria de Emergencia no se puede negar por insuficiencia presupuestal; la Sentencia T-721 (Corte Constitucional de Colombia, 2003d), la cual reitera la protección de los derechos de la población desplazada por parte de las autoridades y entidades estatales y énfasis en la perspectiva de género en la atención a la población desplazada; y la Sentencia T-790 (Corte Constitucional de Colombia, 2003e), que expresa que la población desplazada no puede quedar al margen de la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A su vez, la Corte Constitucional (citado por Meier, 2007) señala, respecto a la atención de la población víctima, que esta:

[...] implica no solo la posible pérdida de familiares y amigos en las violaciones que generaron el desplazamiento o haber sido víctimas de otro tipo de violaciones, como la tortura o la violencia sexual. También significa perder la vivienda, la tierra, el empleo, la posibilidad de participar en política, los medios de subsistencia, el acceso a la educación de las niñas y los niños, la desintegración de la estructura del hogar, la pérdida de las redes sociales y comunitarias, el incremento de las enfermedades, la marginación, entre otros daños. En el caso de las comunidades indígenas y afrocolombianas, el desplazamiento amenaza, además, su supervivencia cultural, como lo indica la Sentencia T-025 de la Corte Constitucional en 2004 (p. 13).

Referente a esta última sentencia, se declara la existencia de un Estado de Cosas Inconstitucionales ante la grave vulneración de derechos de millones de colombianos y colombianas víctimas del desplazamiento forzado y la profunda distancia entre los derechos consignados en la Ley 387 de 1997 y los recursos financieros e institucionales de la política pública destinada a atender esta crisis humanitaria.

Por su parte, el Decreto 250 de 2005 de la Presidencia de la República, expide el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la violencia (SNAIPD), el cual define la política gubernamental para cada una de las fases de atención: prevención y protección, asistencia humanitaria en situaciones de emergencia para la población desplazada; y estabilización socioeconómica. A su vez, indica que las entidades del SNAIPD deben asignar

recursos específicos para la atención de la población desplazada; la RSS y el Departamento Nacional de Planeación (DNP) definirán indicadores sectoriales de satisfacción de necesidades para establecer si el hogar desplazado ya alcanzó la estabilización socioeconómica y consecuentemente la cesación de la condición de desplazado. Además, se establecen mesas nacionales para cada fase de intervención y una Mesa de Fortalecimiento del proceso organizativo, y se indica que el Consejo Nacional de Atención a la Población Desplazada se debe reunir dos veces al año para evaluar los resultados y alcances del plan.

Además de los lineamientos anteriormente mencionados, referirse a la atención de la población en situación de desplazamiento forzado, implica además la consideración de algunos procesos referidos a la reincorporación de miembros de grupos armados organizados al margen de la ley que contribuyen de manera efectiva a la consecución de la paz nacional y otras disposiciones para los acuerdos humanitarios, como es el caso de la Ley 975 de 2005), la cual tiene por objeto facilitar los procesos de paz y la reincorporación individual o colectiva a la vida civil de miembros de grupos armados al margen de la ley, garantizando los derechos de las víctimas a la verdad, la justicia y la reparación.

En esta línea de garantía respecto a los derechos de verdad, justicia y reparación, las Sentencias T-136 y T-821 de 2007 de la Corte Constitucional de Colombia, se refieren al derecho a la asistencia humanitaria de emergencia de desplazados por la violencia, y la protección de estos derechos, con énfasis en la reparación integral por el daño causado y la restitución de la tierra de las personas en situación de desplazamiento forzado. Adicional a ello, en la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto (Ministerio de la Protección Social, 2007) se contempla dentro de sus ejes operativos la Mitigación, referida a las acciones encaminadas a “reducir los efectos negativos de los riesgos, tanto antes de que se materialicen como cuando ya lo han hecho y se han convertido en daños” (p.21), la cual manifiesta en relación con la población en contexto de desplazamiento, que:

El planteamiento de la mitigación es coherente con la prevención indicada y con la necesidad de priorizar aquellos grupos en los que el impacto de los riesgos y los daños puede ser mayor. Para mitigar es necesario priorizar el trabajo con: consumidores excluidos de cualquier institucionalidad (no escolarizados, desempleados, desplazados, desmovilizados, etc.), consumidores privados de la libertad, mujeres consumidoras en edad reproductiva, consumidores de alto riesgo por usar sustancias que ofrecen riesgo de transición a la inyección o por alto impacto para la salud y el bienestar comunitario, y consumidores con co-morbilidad psiquiátrica. (p.22)

Posteriormente, y como propuesta operativa de la política anterior, surge el Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010 (Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, 2008), el cual incluye la población en condición de desplazamiento dentro del grupo de mayor vulnerabilidad al consumo en el marco de referencia poblacional, para el cumplimiento del objetivo estratégico sobre la reducción de la vulnerabilidad al consumo de sustancias psicoactivas lícitas, ilícitas y de control especial interviniendo de manera integrada los factores macro sociales, micro sociales y personales más predictivos del consumo.

Por otro lado, y con el fin de adoptar las medidas necesarias para el goce efectivo de derechos de la población víctima de desplazamiento forzado, el Ministerio de Salud y Protección Social (s.f.) ha desarrollado ocho programas y nueve estrategias a saber:

- Auto 092 de 2008 y Auto 237 de 2008. Promoción de la afiliación y atención integral en salud, abordaje psicosocial y salud mental, prevención de la violencia sexual,

intrafamiliar y comunitaria, y apoyo a mujeres desplazadas jefes de hogar de en el acceso a oportunidades laborales, productivas y de prevención de la explotación doméstica y laboral.

- Auto 251 de 2008. Mis derechos primero: monitoreo rápido de coberturas de vacunación, instituciones amigas de la mujer y la infancia, atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia, abordaje psicosocial: promoción de la salud mental: abordaje intersectorial de la salud sexual y reproductiva y prevención de violencias, servicios amigables para adolescentes y jóvenes, entornos saludables, prevención y erradicación de las peores formas de trabajo infantil y protección al joven trabajador.
- Auto 004 de 2009, Auto 382 de 2010, Auto 005 de 2009, Auto 384 de 2010 y Auto 174 de 2011. Programas del Plan de Atención al Desplazado señalados en los Autos 092 de 2008, 251 de 2008, 006 de 2009 y relacionados, para la atención integral a la población desplazada, mientras se formulan los planes de salvaguarda para los pueblos indígenas y los planes específicos de protección para las comunidades afrocolombianas.
- Auto 006 de 2009. Diseño, adopción e implementación de un programa para la protección diferencial de las personas con discapacidad y sus familias frente al desplazamiento forzado Auto 052 de 2008, Auto 007 de 2009, Auto 008 de 2009, Auto 314 de 2009, Auto 383 de 2009. Programas de la Política de Atención al Desplazado en Protección Social señalados en los Autos 092 de 2008 y relacionados, 251 de 2008, 004 y 005 de 2009 y relacionados, y 006 de 2009, para la atención integral a la población en situación de desplazamiento víctima del conflicto armado.
- Auto 116 de 2009. Indicadores de proceso y de resultado asociados a los indicadores de goce efectivo para cada uno de los programas de protección social en el marco del Plan de Atención al Desplazado: Autos 092 de 2008 y relacionados, 251 de 2008, 004 y 005 de 2009 y relacionados y 006 de 2009.

A su vez, la Sentencia T-085 de 2009 (Corte Constitucional de Colombia) refiere que las víctimas del desplazamiento forzado tienen el derecho fundamental a obtener una reparación adecuada, efectiva y rápida del daño sufrido. Esta reparación debe ser suficiente y proporcional al daño sufrido, y comprende la restitución de la persona afectada al estado en que se encontraba antes de la violación, además de, la indemnización de los perjuicios ocasionados, de los daños físicos y morales, la rehabilitación de la víctima y la adopción de medidas de no repetición.

Por su parte, la Sentencia T-045 de 2010 también de la Corte Constitucional ordena al Ministerio de la Protección Social que diseñe e implemente los protocolos, programas y políticas necesarias de atención en salud que respondan a las necesidades particulares de las víctimas del conflicto armado, sus familias y comunidades, especialmente en lo referido a la recuperación de los impactos psicosociales.

Es así como con la Ley 1448 de 2011, considerada la Ley de Víctimas, dicta las medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y otras disposiciones. Respecto a estas medidas, se encuentra el derecho a la reparación integral que incluye la rehabilitación, ayuda humanitaria, atención médica y psicológica de emergencia en el momento de la violación de los derechos o en el momento el que las autoridades tengan

conocimiento de la misma, y otras medidas en materia de salud para atender la población víctima del conflicto armado. Esta Ley tiene por objeto:

Establecer un conjunto de medidas judiciales, administrativas, sociales y económicas, individuales y colectivas, en beneficio de las víctimas de las violaciones contempladas en el artículo 3º, de la presente Ley dentro de un marco de justicia transicional, que posibiliten hacer efectivo el goce de sus derechos a la verdad, la justicia y la reparación con garantía de no repetición, de modo que se reconozca su condición de víctimas y se dignifique a través de la materialización de sus derechos constitucionales (Art. 1).

A su vez, en el Artículo 3, se especifica que:

[...]para los efectos de esta ley, 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 (Ley 1448, 2011).

La Ley anterior también esclarece el desplazamiento forzado como un hecho victimizante, al igual que lo son los actos terroristas, amenazas, delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado, desaparición forzada, homicidio/masacre, secuestro, tortura, reclutamiento forzado de menores, despojo y abandono forzado de tierras, y víctimas de minas antipersona/municiones explosivas sin explotar/artefactos explosivos improvisados.

En otro sentido, referido al consumo de sustancias psicoactivas, como otra condición que afecta la salud mental de la población colombiana, e incluyendo la población en contexto de desplazamiento forzado, la Ley 1566 de 2012 cataloga el consumo de sustancias como un problema de salud pública, y propone lineamientos para la atención integral.

Para la población colombiana, también se cuenta con una Ley que reglamenta y garantiza el ejercicio pleno del derecho a la salud mental, con prioridad en niños, niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental. La Ley 1616 de 2013 establece que:

la Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas (Art. 3).

En continuidad con lo anterior, y en consonancia con lo establecido en el Artículo 6 de la Ley 1438 de 2011, el cual indica que el Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública, se adopta como apuesta nacional por la plena garantía y protección del derecho a la salud el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 mediante la Resolución 1841 de 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social). En este plan:

- Se incluyen acciones dirigidas a garantizar el acceso y mejorar las condiciones de salud entre la población víctima del conflicto armado.
- Dentro de las estrategias, se crea el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto (PAPSIVI), el cual establece una ruta de atención, adecúa la red de servicios, y articula la estrategia de formación y desarrollo de capacidades para la salud pública en los territorios.

- Propone como líneas estratégicas, que serán abordadas de manera obligatoria desde la perspectiva diferencial y de derechos, la promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación, vigilancia en salud, gestión del conocimiento y gestión de la salud pública.
- Plantea entre sus estrategias para este grupo poblacional, la Investigación sobre la situación salud de las personas víctimas, buscando orientar acciones que mantengan la salud, prevengan la enfermedad y la determinación social asociada para su intervención.

Igualmente, a nivel mundial se cuentan con algunos planes de acción dirigidos a la salud mental de la población como lo es el de la OMS (2013). En este se considera un requisito esencial, responder a las necesidades de los grupos vulnerables y marginados, como es el caso de:

las familias más desfavorecidas socioeconómicamente, los afectados por el VIH/sida, las mujeres y niños víctimas de la violencia doméstica, los supervivientes de actos violentos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los pueblos indígenas, los migrantes, los solicitantes de asilo, las personas privadas de libertad o los grupos minoritarios en el contexto nacional (p.15).

Frente a ello, y con el fin de medir los progresos logrados en la aplicación del mencionado plan en salud mental, la OMS (2014) dispuso del *Atlas de salud mental*, el cual proporciona información sobre la disponibilidad de los servicios y recursos de salud mental en todo el mundo, incluidas las asignaciones de fondos, los recursos humanos y los centros especializados. En este atlas, se asignan las metas y los valores de referencia frente a cada objetivo del plan de acción: reforzar un liderazgo y gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental, proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta, aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental, y reforzar los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental.

Finalmente, y como medidas recientes, el Congreso de Colombia decretó la Ley estatutaria 1751 de 2015, como reguladora del derecho fundamental a la salud. Esta Ley menciona en relación con los sujetos de especial protección:

La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado (Ley 1751, 2015, art. 11).

Además, afirma que “su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención” (Ley 1751, 2015, art. 11).

Panorama actual de la atención en salud

Panorama actual de la atención en salud

Daniela Sánchez Acosta, Nadia Semenova Moratto, Guillermo Alonso Castaño Pérez

Atención en salud a la población víctima de desplazamiento forzado

Como se ha mencionado anteriormente, la salud mental como un derecho fundamental de los colombianos, puede verse menoscabada por diversos factores, los cuales se convierten en obstáculos para garantizar el cumplimiento por parte de los agentes legislativos que regulan el goce de este derecho. No obstante, bajo estos mismos parámetros normativos, es indispensable plantear lineamientos que contengan las estrategias necesarias para avalar la atención en materia de salud de la población, particularmente de las víctimas de desplazamiento forzado por el conflicto armado y la violencia.

En este sentido, el Estado colombiano ha diseñado diversos sistemas en pro de la atención a la población desplazada, que si bien algunos de ellos han perdido vigencia, ello se debe a que se crean otros con mejoras en funciones y cobertura.

Es así entonces como, mediante la Ley 387 de 1997, fue creado por el Gobierno nacional el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada (SNAIPD), como el punto de encuentro de distintas entidades públicas, privadas y comunitarias, para formular las políticas y adoptar las medidas de prevención del desplazamiento forzado, y cuyos objetivos estipulados en el Artículo 4 de la misma Ley se describen a continuación:

- Atender de manera integral a la población desplazada por la violencia para que, en el marco del retorno voluntario o el reasentamiento, logre su reincorporación a la sociedad colombiana.
- Neutralizar y mitigar los efectos de los procesos y dinámicas de violencia que provocan el desplazamiento, mediante el fortalecimiento del desarrollo integral y sostenible de las zonas expulsoras y receptoras, y la promoción y protección de los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario.
- Integrar los esfuerzos públicos y privados para la adecuada prevención y atención de las situaciones de desplazamiento forzado por la violencia.
- Garantizar un manejo oportuno y eficiente de todos los recursos humanos, técnicos, administrativos y económicos que sean indispensables para la prevención y atención de las situaciones que se presenten por causa del desplazamiento forzado por la violencia.

Con el fin de dar cumplimiento a los objetivos anteriores, el SNAIPD designó un Consejo Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada, el cual operó como un órgano asesor encargado de garantizar la asignación presupuestal de los programas a su cargo. Se dispuso además de un Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia (PNAIPD), adoptado bajo el Decreto 173 de 1998 de la Presidencia República, con el propósito de articular las acciones gubernamentales relacionadas con la prevención del desplazamiento forzado, la atención humanitaria de emergencia, y la estabilización socioeconómica del retorno o reubicación de la población víctima de desplazamiento forzado por la violencia. Estas acciones se describen a continuación (OPS y OMS, 2001):

- En relación con las estrategias de prevención del desplazamiento forzado, el Ministerio de Salud, mediante la implementación de los planes de desarrollo locales y regionales, han emprendido acciones para propiciar una cultura preventiva y garantizar un desarrollo integral sostenible.
- Por otro lado, en la atención humanitaria de emergencia, se han desarrollado acciones inmediatas para satisfacer las necesidades de alimentación, aseo personal, manejo de abastecimientos, utensilios de cocina, transporte de emergencia, alojamiento transitorio, seguridad, protección y organización comunitaria.
- Por último, la consolidación y estabilización socioeconómica de la población víctima de desplazamiento forzado, garantiza la continuidad de la atención integral en salud, el acceso a programas sociales de salud, educación y atención a la niñez, la mujer, personas de la tercera edad y la juventud.

Además de la expedición de la Ley 387 de 1997, el Gobierno nacional desarrolló una serie de instrumentos de política estatal para hacer frente a la problemática del desplazamiento, los cuales se materializan con la emisión de varios decretos, entre ellos, el 250 de 2005 de la Presidencia de la República, actual Plan Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada.

En esta misma línea surge la Ley de Justicia y Paz, Ley 975 de 2005, como marco normativo que ampara el proceso de desarme, desmovilización y reinserción, tanto colectiva como individual, de los integrantes de los grupos armados al margen de la ley, y a su vez se constituye en el instrumento legal para que las víctimas de dichos grupos accedan a la verdad, la justicia y la reparación. Con la puesta en marcha de esta ley, se ha buscado no solo las desmovilizaciones sino también la reconciliación nacional. En términos más concretos, respecto al derecho a la justicia, la Ley contempla el deber que tiene el Estado:

[...] de realizar una investigación efectiva que conduzca a la identificación, captura y sanción de las personas responsables por delitos cometidos por los miembros de grupos armados al margen de la ley; asegurar a las víctimas de esas conductas el acceso a recursos eficaces que reparen el daño infligido, y tomar todas las medidas destinadas a evitar la repetición de tales violaciones (Art. 6).

Con relación al derecho a la verdad, la misma Ley establece que:

[...] la sociedad, y en especial las víctimas, tienen el derecho inalienable, pleno y efectivo de conocer la verdad sobre los delitos cometidos por grupos organizados al margen de la ley, y sobre el paradero de las víctimas de secuestro y desaparición forzada (Art. 7).

Por último, sobre el derecho a la reparación:

[...] comprende las acciones que propendan por la restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción; y las garantías de no repetición de las conductas, [entendiendo por] reparación simbólica toda prestación realizada a favor de las víctimas o de la comunidad en general que tienda a asegurar la preservación de la memoria histórica, la no repetición de los hechos victimizantes, la aceptación pública de los hechos, el perdón público y el restablecimiento de la dignidad de las víctimas (Art. 8).

Este panorama da lugar a modificaciones mediante el Decreto 0790 de 2012 (Presidencia República de Colombia), en el cual se trasladan las funciones del 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.

Estas medidas se vuelven tangibles en el PAPSIVI, el cual forma parte de los lineamientos contemplados en la Ley 1448 de 2011, conocida como Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, la cual comprende disposiciones generales sobre los derechos de las víctimas dentro de los procesos judiciales, medidas administrativas de asistencia, atención, ayuda humanitaria y reparación, así como un proceso con una fase administrativa y otra judicial para la restitución de tierras.

Esta Ley busca la construcción de escenarios de paz duraderos y sostenibles para Colombia, bajo el concepto de Justicia Transicional, contemplado en el Artículo 8 entendiéndola como:

[...] los diferentes procesos y mecanismos judiciales o extrajudiciales asociados con los intentos de la sociedad por garantizar que los responsables de las violaciones contempladas en el artículo 3º de la presente Ley, rindan cuentas de sus actos, se satisfagan los derechos a la justicia, la verdad y la reparación integral a las víctimas, se lleven a cabo las reformas institucionales necesarias para la no repetición de los hechos y la desarticulación de las estructuras armadas ilegales, con el fin último de lograr la reconciliación nacional y la paz duradera y sostenible (Ley 1448, 2011).

Por su lado el Departamento Nacional de Planeación (DNP), que hace parte del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas (SNARIV) creado por la Ley 1448 de 2011, presenta las siguientes rutas que hacen parte del trabajo coordinado del sistema para la

garantía de la asistencia, atención y reparación integral a las víctimas. Estas rutas operan para la reparación integral de las víctimas en lo individual y colectivo (gráfico 5).

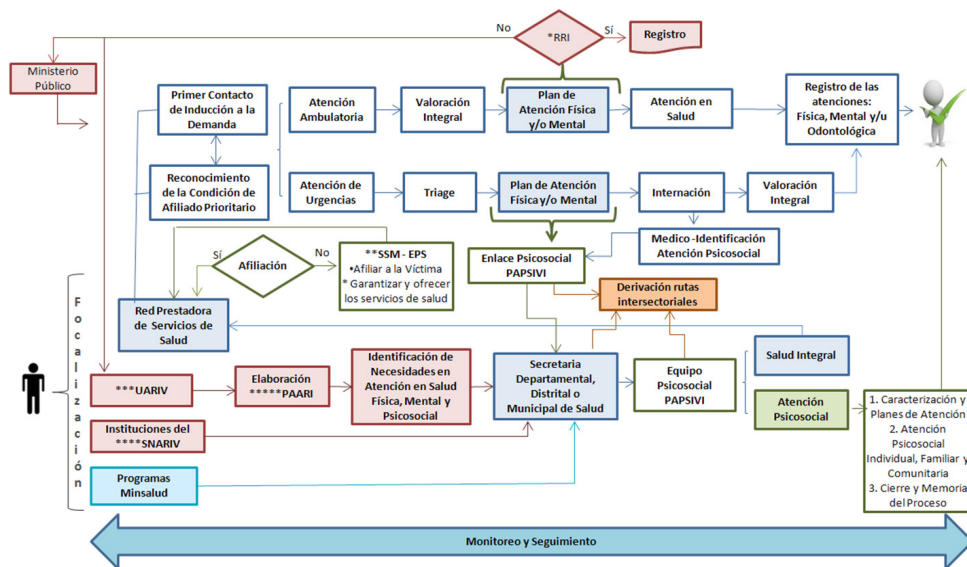


Gráfico 5. Ruta de atención y reparación integral del PAPSIVI.
Tomada de: Ministerio de Salud y Protección Social (2011)

En esta línea y en relación con la salud mental, el PAPSIVI plantea los siguientes objetivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015):

- Mitigar el impacto y daño a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y a la vida en relación que los hechos de violencia generaron en las víctimas del conflicto armado, a partir de procesos de atención psicosocial individual, familiar, grupal y comunitario.
- Establecer los mecanismos que permitan a los entes territoriales garantizar a las víctimas del conflicto armado la asistencia integral en salud con enfoque psicosocial, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Contribuir al restablecimiento de las condiciones físicas, mentales y psicosociales de las víctimas.

Cuya operacionalización se centra en dos grandes componentes (gráfico 6):

- **Atención psicosocial**, definido como: “parte de las medidas de Rehabilitación en el marco de la Política Pública de Reparación Integral a las víctimas del conflicto armado colombiano, que se define como el conjunto de procesos articulados de servicios que tienen la finalidad de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales, el sufrimiento emocional y los impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y a la vida en relación generados a las víctimas, sus fami-

lias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los DDHH y las infracciones al DIH. Mediante la atención psicosocial se facilitarán estrategias que dignifiquen a las víctimas, respetando el marco social y cultural en el que han construido sus nociones de afectación, sufrimiento, sanación, recuperación, equilibrio y alivio. Dicho así, se desarrollarán procesos orientados a incorporar el enfoque psicosocial y diferencial en la atención”. (Ministerio de Salud, 2016, pp.8-9)

En este sentido la atención incluye acciones individuales, familiares y comunitarias, que parten de una caracterización y/o diagnóstico psicosocial de los daños sufridos por las víctimas.

- **Atención integral en salud:** descrita como actividades esenciales para satisfacer las necesidades de salud de la población beneficiaria y que son brindados por las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) e incluye la totalidad de las actividades, intervenciones y procedimientos en sus componentes de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que permitirá a la población afectada recuperar su integridad física, emocional y psicológica.

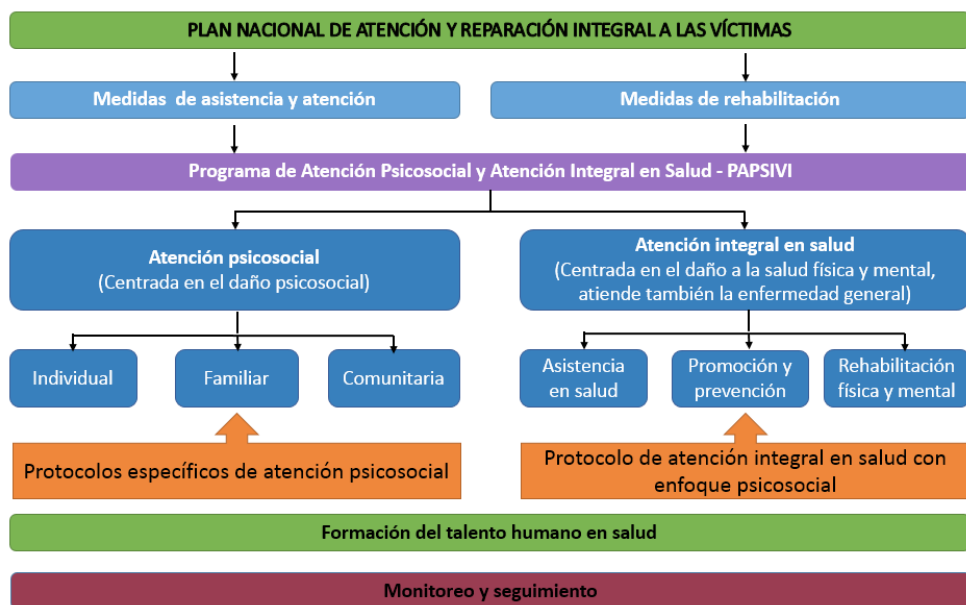


Gráfico 6. Componentes del PAPSIVI
Tomada de: Ministerio de Salud y Protección Social (2011)

Por otro lado, mediante de los decretos 4634 y 4635, estipulados por el Ministerio del Interior (2011a, 2011b), se definió la rehabilitación teniendo en cuenta aspectos socioculturales específicos tanto del pueblo Rrom o gitano como de las comunidades afrocolombianas, negras, raizales y palenqueras. En este sentido, los mencionados decretos en sus artículos 79 y 83, respectivamente, establecieron que la medida de rehabilitación para estos dos grupos étnicos, además de dirigir acciones para el restablecimiento de sus condiciones físicas y psicosociales, debe contener acciones que estén dirigidas a restablecer la autonomía individual y colectiva de las víctimas gitanas, afrocolombianas, negras, raizales y palenqueras que fueron afectadas en el marco del conflicto armado.

Finalmente, y en relación con la salud de población víctima de desplazamiento forzado, es importante adoptar las recomendaciones hechas por Rodríguez, et al. (2002) quienes proponen que entre las líneas de acción de un plan de salud mental se deben incluir un diagnóstico preliminar que comprenda el incremento, la descentralización y fortalecimiento de los servicios públicos de salud mental, la atención psicosocial con énfasis en la infancia y juventud, y otras acciones como la educación comunitaria, la participación social, la sostenibilidad y acciones acordes con las necesidades de cada comunidad. Al respecto OPS y OMS (2001) han propuesto una serie de estrategias que deben implementarse para fines prácticos de esta recomendación:

- Verificar el análisis de la información obtenida en la elaboración de censos de las víctimas de desplazamiento forzado.
- Constatar el cotejo entre los datos obtenidos en el censo y la estadística del comportamiento de esas variables en la población receptora, con el fin de brindarle apoyo necesario para reincorporarse al nuevo contexto.
- Impulsar proyectos para la prevención de factores de riesgo que inciden en la población víctima de desplazamiento forzado como el consumo de sustancias psicoactivas, maltrato infantil y violencia intrafamiliar.
- Generar espacios de sensibilización entre la población víctima de desplazamiento forzado y la receptora, con el fin de armonizar la dinámica social y permitir la reconciliación de los grupos poblacionales.
- Liderar la construcción de redes de apoyo con el fin de mejorar los aspectos que deterioran el ámbito psicosocial de los sujetos.
- Supervisar la actuación de representantes locales para la configuración de las redes anteriores, como son la Red de Solidaridad Social, Defensoría del Pueblo, Alto Comisionado para la Paz, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Cruz Roja Colombiana, ICBF, entre otros.

Adicional a ello, la OPS y OMS (2001) también estipula que las víctimas de desplazamiento forzado tienen derecho a recibir gratuitamente servicios en salud relacionados con la atención en urgencias, vacunación según el esquema único adoptado por país, detección oportuna de enfermedades transmisibles, hospitalización médico-quirúrgica, suministro de material médico-quirúrgico, suministro de medicamentos, atención prenatal y atención del parto, servicios de ayuda diagnóstica, atención odontológica, tratamientos y procedimientos quirúrgicos, ambulatorios y de rehabilitación, transporte de los pacientes hacia centros de mayor complejidad para referencia y contrarreferencia.

Barreras de acceso
para la atención en
salud mental a la
población víctima
de desplazamiento
forzado

Barreras de acceso para la atención en salud mental a la población víctima de desplazamiento forzado

Daniela Sánchez Acosta, Nadia Semenova Moratto, Guillermo Alonso Castaño Pérez, Carolina Salas Zapata

Una vez realizado el recorrido teórico que incluyó una descripción sobre los postulados jurídicos que esbozan el alcance legal del derecho a la salud, se hace pertinente hacer mención de las limitaciones en el acceso para la atención en salud mental de esta población, con el fin de identificar alternativas que puedan aportar a la formulación de las políticas públicas en salud.

Al respecto, Mogollón y Vásquez (2006) afirman que “la población en condición de desplazamiento, con un mayor número de necesidades básicas insatisfechas, enfrenta numerosas barreras para acceder a los servicios de salud” (p. 107).

La salud como derecho indispensable está estrechamente ligado con el ejercicio de otros derechos humanos como son la alimentación, la vivienda, la vida, la no discriminación, la igualdad, a no ser sometido a torturas a la vida privada, el acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. (Mesa de Trabajo de Bogotá sobre Desplazamiento Interno, 2003).

El acceso a los servicios de salud mental constituye un elemento esencial en la población en situación de desplazamiento, dada la alta incidencia de estrés postraumático y otros factores psicológicos referidos a las tensiones que estas personas han experimentado antes, durante y

después de la huida de sus territorios de origen. Por ello, al pensar en rutas de atención no solo es esencial tener en cuenta consideraciones médicas, sino también evaluaciones psicosociales que permitan determinar servicios de salud física y mental contextuales, adecuados a las necesidades individuales y colectivas de los sujetos así como de quienes les rodean en pro de buscar redes de apoyo suficientes.

Con el fin de dar cumplimiento a lo mencionado, en Colombia se tiene establecida una ruta para el acceso a los servicios de salud de las personas en situación de desplazamiento (OPS, 2012), sin que ello implique que esta ha sido efectiva, dado que son múltiples las razones que se esbozan alrededor de las dificultades para la prestación de los diferentes servicios. Por ello se pretende en las siguientes páginas realizar una descripción de los elementos excluyentes, discriminatorios y anticonstitucionales que inciden en el deterioro de la salud, agravan el estado actual y el pronóstico de la población afectada.

Dicho lo anterior, se observa que la población víctima de desplazamiento forzado se expone a situaciones relacionadas con una vivienda y saneamiento ambiental deficientes, hacinamiento, limitaciones para el acceso de servicios públicos, afectaciones en la salud mental, pérdida de la estabilidad psicosocial, desnutrición e inseguridad alimentaria, afecciones gastrointestinales y respiratorias, mayor exposición a contaminantes ambientales, dificultades en el acceso a la educación, demora en la entrega de ayudas estatales, entre otros factores que disminuyen la calidad de vida de la población (Bernal, 2009; Hernández y Gutiérrez, 2008; Mogollón, Vázquez y García, 2003). Respecto a esto, un estudio realizado por la Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá, citado por Vallejo (2007), reportó que el 69 % de las víctimas refiere un menor acceso a los servicios públicos, 77 % a la educación y 58 % a la asistencia en salud, en comparación con datos normativos. Por otro lado, en el caso del deterioro de los servicios básicos de saneamiento y del funcionamiento de los servicios de salud pública, estos coayudan a aumentar el riesgo de transmisión de enfermedades (Ministerio de la Protección Social, UNODC y Universidad CES, 2010), lo que genera mayor necesidad de atención en salud y costos para el sistema.

Es así como estos elementos evidencian las privaciones materiales y afectivas de la población víctima de desplazamiento forzado, las cuales catalogan a este grupo poblacional como personas con peores condiciones de vida y salud, con mayores barreras para el acceso a los servicios, en comparación con otras poblaciones vulnerables y en condición de precariedad (Hernández y Gutiérrez, 2008).

Por tal motivo, las dificultades para el acceso se encuentran sujetas a diversos factores relacionados con la cobertura del sistema, aspectos inherentes a las instituciones y situaciones individuales o familiares de los usuarios. Estos asuntos dan cuenta de las barreras económicas, geográficas, informativas, administrativas y culturales que enfrenta esta población (González, 2002; Hernández y Vega, 2003).

En primer lugar, las barreras económicas son el resultado de la precariedad en las condiciones de las víctimas, lo que se constituye en una imposibilidad para el pago de servicios en salud a pesar del aseguramiento (Hernández y Gutiérrez, 2008); la población víctima se asienta generalmente en sectores con condiciones sanitarias y de pobreza que agravan el deterioro de la salud (Toole y Waldman, 1993). Estas dificultades económicas se evidencian al no contar con recursos para el transporte a los centros de salud, efectuar la compra de los medicamentos no proporcionados por las instituciones, acceder a los esquemas terapéuticos que les son prescritos, realizar el pago de las

cuotas moderadoras, entre otras restricciones relacionadas con la asistencia sanitaria (Médicos sin Fronteras, 2003; Mogollón y Vásquez, 2006; Mogollón, et al., 2003).

Frente a ello, las dificultades económicas del desplazado en la ciudad, derivadas de la pérdida de los bienes de subsistencia y de la dificultad para la generación de ingresos, se constituyen en el principal factor que limita la satisfacción de sus necesidades básicas, incluyendo el acceso a la atención en salud (Mogollón y Vásquez, 2006).

En este sentido, otro limitante para el acceso a la atención es el relacionado con la financiación por parte de las entidades territoriales, las cuales presentan dificultades para disponer de fondos suficientes que les permitan garantizar el aseguramiento y posterior atención de la población víctima de desplazamiento forzado (Mogollón y Vásquez, 2008).

Adicionalmente, se encuentran las barreras geográficas para acceder a los servicios, relacionadas con la distancia y el tiempo requerido para asistir al proveedor de servicios en salud (Hernández y Gutiérrez, 2008). Además, “las prevenciones de orden sociocultural que se traducen en conductas discriminatorias hacia la población en situación de desplazamiento, los ubican en los lugares y sectores estigmatizados” (Ministerio de la Protección Social et al., 2010), los cuales también pueden incidir como barreras en la atención. El escaso acceso a los servicios de salud en sus lugares de origen y la desorientación que genera una nueva vida en la ciudad, son aspectos que también limitan las posibilidades de la población desplazada por la violencia en mejorar su calidad de vida (Mogollón y Vásquez, 2006).

Otros obstáculos para el goce del derecho a la salud de los desplazados son las barreras de información, relacionadas con el desconocimiento por parte de las víctimas sobre sus derechos y deberes en salud, los trámites necesarios para su atención, los horarios de los servicios en las instituciones y las rutas de atención disponibles (Aristizábal, 2012; Hernández y Gutiérrez, 2008). Esta carencia de información, se explica a partir de las características específicas de la población vulnerable, respecto al desconocimiento del medio receptor o las condiciones de precariedad del mismo, además de los medios por los que las instituciones de salud proporcionan la información sobre el acceso (Mogollón y Vásquez, 2006; Vargas-Lorenzo, Vásquez-Navarrete y Mogollón-Pérez, 2010).

Frente a este último, se encuentra otra barrera de acceso relacionada con la falta de información sobre los servicios y beneficios que ofrece el gobierno para la población desplazada, la cual debe ser divulgada a través de las instituciones de salud (Mogollón et al., 2003), sumado a la poca claridad de la información proporcionada por parte de algunos funcionarios (Mogollón y Vásquez, 2006), el desconocimiento de protocolos de atención con enfoque diferencial por parte del personal de salud (Aristizábal, 2012) y la insuficiente infraestructura para el acceso a los servicios (Mogollón et al., 2003).

En este mismo sentido, varios autores dan cuenta de las barreras administrativas que incluyen todas las acciones relacionadas con los trámites y procedimientos de las instituciones implicadas en la atención (Hernández y Gutiérrez, 2008), las evidencian los trámites burocráticos inherentes a dichos procesos, los prolongados tiempos de espera para recibir las ayudas, las razones aducidas que dificultan su identificación y movilidad (Bernal, 2009), además del exceso de trámites para la atención y rigurosidad del sistema en la implementación de las políticas (Aristizábal, 2012).

En esta misma línea, se encuentran la carencia de voluntad política y el desconocimiento de las políticas por cuenta de las entidades territoriales para poner en marcha los planes y programas para la población en situación de desplazamiento (Ministerio de la Protección Social et al., 2010); el trato discriminatorio y la baja respuesta a problemas específicos y prioritarios como los de salud mental y salud sexual y reproductiva, ausencia de una clara directriz de política para ampliar las prestaciones garantizadas, y los intentos fallidos desde el marco legal para organizar los servicios de salud vigentes, denotando estos argumentos anteriores que “la barrera más importante en relación con los servicios de salud está en las características del modelo de atención, en su falta de integralidad, oportunidad, continuidad y calidad [...]” (Hernández y Gutiérrez, 2008).

En general, estas barreras relacionadas con la accesibilidad, oportunidad, continuidad, integridad y calidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud, constituyen elementos que son valorados por parte de las víctimas de forma negativa. Frente a esto, un estudio realizado en los municipios de Soacha, Pereira y Cali (Colombia), encontró que el 69,4 % de los desplazados encuestados pertenecían al régimen subsidiado y el 29,6 % restante no tenía afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud; los servicios más utilizados eran los de consulta externa (97,3 %), farmacia (79,7 %), urgencias (72,8 %) y en menor frecuencia de utilización de los servicios de salud mental (11,2 %) a pesar de la enorme afectación que puede presentarse en las personas desplazadas, lo cual puede ser explicado por una baja percepción de la necesidad de atención o por una escasa oferta por parte de las instituciones de salud (Aristizábal, 2012; Moreno, Monsalve, Diomedes y Escobar, 2009).

Por su parte, las barreras culturales se asocian con la falta de confianza en el personal médico por parte de las víctimas (Hernández y Gutiérrez, 2008), la percepción de actitudes discriminatorias de algunos funcionarios generadas por su condición (Mogollón et al., 2003), el rol que han adoptado las mujeres víctimas de desplazamiento forzado al asumir la jefatura del hogar y no acceder a los servicios de salud debido a que son cuidadoras de sus hijos o el temor a perder su empleo debido a las ausencias en el mismo (Mogollón et al., 2003), y el escaso compromiso de los usuarios con su salud, que restringe la utilización de los servicios de salud para los procesos curativos y con poco interés hacia las acciones preventivas (Mogollón y Vásquez, 2006).

Un aspecto a resaltar es el relacionado con la salud de la mujer, debido al papel protagónico que desempeña como eje central de la familia. Específicamente se observa que la mujer desplazada, al llegar a la ciudad receptora, busca las herramientas a las que tiene más facilidad de acceder con el fin de calmar sus dolencias físicas y las de su familia, o evitar el uso de los servicios de salud donde, en muchas ocasiones, las experiencias con respecto a la respuesta del sistema han sido negativas (Posada-Zapata, et al., 2016). En este sentido, luego del desplazamiento las mujeres deben adaptarse a las condiciones de vida que ofrece la ciudad a la que llegan, y tienen que asumir las barreras que se les presentan a ellas y a sus familias, desde lo económico, lo laboral, lo educativo, lo social, así como las diferencias culturales, donde estos determinantes intervienen en la concepción de la salud. Las mujeres son forzadas a vivir la salud dentro de estos límites impuestos indirectamente y ello no favorece la percepción de su estado de salud (Posada-Zapata, et al., 2017).

Otra barrera cultural que además de ser un obstáculo para el acceso a la atención en salud, constituye un factor de riesgo para la aparición de enfermedades son las dificultades para la integración social en su nuevo entorno, debido en gran parte, a las propias condiciones

de marginalidad de la población receptora y el rechazo social a su condición, la percepción de relacionamiento con grupos armados por parte de las comunidades receptoras (Mogollón y Vásquez, 2006).

Se suma también a las barreras de atención en salud, las dificultades para declarar ante instancias gubernamentales su condición de desplazado a razón del anonimato que algunos deben mantener por causas diversas como las amenazas, el temor o vergüenza por ser reconocidos como desplazados y exponerse a la discriminación propia de esta condición, además de que muchos suelen extraviar sus documentos de identidad al desplazarse de su territorio (Bernal, 2009; Mogollón y Vásquez, 2006). En este sentido, los problemas en la identificación y localización de la población víctima de desplazamiento forzado obstaculizan la implementación de políticas y la garantía de sus derechos en salud.

En este orden de ideas, las diversas barreras y causas asociadas en materia de protección al derecho a la salud de la población víctima de desplazamiento forzado, las limitaciones de recursos, la crisis de valores y del conflicto armado persistente, y el no encontrar soluciones eficaces de atención y de restablecimiento de las condiciones de vida los principales obstáculos que enfrentan estas poblaciones (Bernal, 2009), tanto así que Hernández (2000) propone que:

La superación de tales obstáculos va más allá de la identificación del mejor modelo de financiación y distribución de los servicios de salud. Implica la aceptación de intereses, de imaginarios en contradicción y de necesidades de concertación profunda entre las fuerzas constitutivas del sistema político en su conjunto, sobre lo que debe ser el derecho a la salud para todos. Implica también la necesidad de establecer reglas y escenarios legítimos de expresión, de debate y de construcción de nuevas formas de organización que conduzcan hacia la garantía del derecho a la salud, más allá de la atención de las enfermedades, para todos los colombianos (p. 142).

Por consiguiente, no solo el reconocimiento de las falencias para el acceso a los servicios de salud es importante en la caracterización de esta población, sino que al mismo tiempo hay que ejecutar acciones que permitan mejorar el acceso a los servicios como estrategias específicas para su rehabilitación psicosocial, las cuales deben considerar las diferencias en el interior del colectivo (Mogollón et al., 2003).

Adicionalmente, es necesario pensar en una respuesta estatal efectiva que permita su estabilización socioeconómica a largo plazo, simultáneamente la defensa de su derecho a la salud (Bernal, 2009). Ante ello, se deben tomar medidas urgentes en el diseño y ejecución de políticas sanitarias participativas e intersectoriales, que además reduzcan o eliminen las barreras presentes en sectores distintos al de la salud (Hirmas et al., 2013).

A lo anterior, Posada et al. (2016) consideran que para mejorar el acceso a los servicios de salud se debe trascender más allá de las políticas establecidas por el Gobierno, dado que para la protección de los derechos es necesario que las reglamentaciones derivadas sean conjuntamente ejecutadas por entidades públicas, privadas y organizaciones sin ánimo de lucro, esto con el fin de satisfacer las necesidades prioritarias en salud, garantizar el acceso, disminuir la inequidad y la desigualdad, y de esta manera apuntar a un desarrollo humano e integral.

Asimismo, Ramírez-Cardona, Veloza-Morales y López-Pereira (2016) afirman que por parte del Estado se evidencia una falencia en la respuesta, particularmente en el goce al derecho

a la salud, derecho vital de las personas, y por la cual hoy en día la población colombiana tiene garantías se su cumplimiento. Es importante mencionar que la respuesta a esta necesidad debe partir de un análisis de la víctima y sus necesidades en salud, partiendo de diagnósticos o estudios que realmente identifiquen las carencias del individuo y, en esta misma lógica, se construyan respuestas sostenibles, porque esta situación puede desencadenar un colapso en el sistema de salud colombiano a causa de los requerimientos especiales del posconflicto respecto a la atención a víctimas.

Objetivos

Objetivos

Objetivo general

Estimar la prevalencia de trastornos mentales y por uso de sustancias en la población víctima de desplazamiento forzado, entre los 13 y los 65 años de edad, en las tres ciudades con mayor recepción en Colombia (Bogotá, Medellín y Buenaventura) y establecer lineamientos para su intervención.

Objetivos específicos

- Describir el comportamiento de las características sociodemográficas y otros factores asociados a los indicadores de salud mental en la población estudiada.
- Estimar la prevalencia de vida, la prevalencia de los últimos 12 meses y la prevalencia reciente (últimos 30 días), de los principales trastornos psiquiátricos, según las variables de sexo y edad.
- Estimar la prevalencia de vida, la prevalencia de los últimos 12 meses y la prevalencia reciente (últimos 30 días), para el consumo de drogas, según las variables de sexo y edad.
- Evaluar desde la perspectiva de las víctimas de desplazamiento forzado el uso de servicios en salud mental.
- Dar cuenta de la ubicación de las víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en las ciudades seleccionadas.

Diseño metodológico

Diseño metodológico

*Guillermo Alonso Castaño Pérez, Gloria María Sierra Hincapié, Carolina Salas Zapata,
Carolina Buitrago Salazar*

Tipo de estudio

Metodológicamente, la investigación se define como un estudio poblacional de prevalencia en una población específica, que permite estimar como principales indicadores de resultado, la frecuencia para los trastornos mentales estudiados mediante las proporciones de prevalencia de vida, prevalencia para los últimos 12 meses y prevalencia reciente, según los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). La información se obtuvo mediante entrevistas cara a cara con personas que cumplieran el criterio de ser víctima de desplazamiento forzado a causa del conflicto armado colombiano.

El estudio contó con un diseño probabilístico, cuya población objeto fue la población víctima de desplazamiento forzado por la violencia, adolescentes desde los 13 años y adultos hasta los 65 años de edad seleccionados al azar, residentes en las tres ciudades colombianas que fueron seleccionadas para el estudio por ser las principales receptoras de este tipo de población: Bogotá, Medellín y Buenaventura.

Población de referencia

La población objetivo fue la población víctima del desplazamiento forzado por el conflicto armado, no institucionalizada, residente en las tres ciudades con mayor recepción en el país, según informe sobre desplazamiento realizado por CODHES (2013): Bogotá (25 506), Medellín (13 664) y Buenaventura (19 792).

Población y muestra

La población objeto de estudio fueron 58 962 víctimas de desplazamiento forzado, entre los 13 y los 65 años de edad, compuesta por la totalidad de las personas reportadas como víctimas de desplazamiento forzado por el conflicto armado en las tres ciudades mencionadas.

El tamaño de la muestra se calculó para cada ciudad a partir de la población víctima de desplazamiento forzado al año 2015, reportado por la RNI (2016a), empleando la fórmula para estimar proporciones en poblaciones finitas, con un nivel de confianza $1-\alpha = 95\%$, una precisión esperada del 5% , efecto de diseño de 1 y con una proporción de $34,0\%$, tomando en cuenta la prevalencia de trastorno depresivo en población víctima de desplazamiento forzado por la violencia reportado en un estudio realizado en la zona sur de Colombia (Médicos sin fronteras, 2013).

La fórmula fue:

$$n = \frac{N z^2 p (1 - p)}{d^2 (N - 1) + z^2 p (1 - p)}$$

Donde:

N: Población desconocida (debido a que se realizará para cada sector del área urbana y un conglomerado para el área rural)

Z: Valor Z (Correspondiente a un nivel de confianza) 95 %

d: Precisión absoluta 5 %

p: Proporción esperada en la población 9,95 %

Así, el tamaño de la muestra para cada ciudad fue:

- Bogotá: 341
- Medellín: 339
- Buenaventura: 337

Para un total de 1 017 personas víctimas de desplazamiento forzado por el conflicto armado, ubicadas en las ciudades receptoras seleccionadas.

Para cada una de las ciudades se realizó una distribución proporcional por grupo etario y sexo, de acuerdo a la estructura poblacional reportada en cada población (tabla 3).

Tabla 3. Distribución proporcional por grupo etario y sexo

Grupo etario y sexo	Medellín	Bogotá	Buenaventura
Adultos sexo masculino	124	127	123
Adultos sexo femenino	145	142	147
Adolescentes	68	72	69
Total	337	341	339

Criterios de inclusión

- Personas con edades entre los 13 y 65 años.
- Personas víctimas de desplazamiento forzado incluidas en el Registro Único de Víctimas (RUV) del Gobierno nacional.
- Fecha de inclusión en el RUV correspondiente a los últimos 10 años (2006-2016).
- Desplazamiento forzado a causa del conflicto armado y/o la violencia.
- Desplazamiento forzado intermunicipal o interdepartamental.
- En la población adolescente entre los 13 y 17 años de edad, haber vivido el hecho de desplazamiento forzado.

Criterios de exclusión

- Aparente limitación cognitiva y/o neurolingüística que le impida comprender la entrevista.
- Persona que no quiera participar en el estudio o se niegue a firmar el consentimiento informado.
- Patología mental activa al momento de aplicar la entrevista.

Proceso de recolección de información

Los pasos que se aplicaron en el proceso de recolección de información fueron los siguientes:

Paso 1. Fase exploratoria

Para esta fase se desarrollaron grupos de trabajo que tuvieron como propósito obtener un acercamiento al contexto del desplazamiento forzado, identificar la ubicación geográfica de

la población y algunas características poblacionales que facilitaran la comunicación con los participantes, reconocer las posibles barreras en la fase de recolección de información y establecer alianzas interinstitucionales que facilitaran la comunicación con los sujetos de investigación. Para ello se construyeron las siguientes preguntas orientadoras como eje temático para el desarrollo del grupo de trabajo:

- ¿Dónde se encuentran ubicadas las personas víctimas de desplazamiento forzado?, y ¿cuáles son las características más representativas en relación con el sexo, edad, tipo de familia, escolaridad, empleo, entre otros?
- ¿Cuáles son las organizaciones dentro de la comunidad que trabajan con la población víctima de desplazamiento forzado?
- ¿Qué tipo de problemas existen en la comunidad en relación con el acceso a la población víctima de desplazamiento forzado?
- ¿Qué personas líderes representan estas comunidades y cómo pueden ser contactadas?

Como criterios de selección para invitar a los integrantes al grupo de trabajo, se tuvo en cuenta condiciones de experiencia o de experticia frente al tema del desplazamiento forzado. Se realizó una búsqueda virtual de las principales organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan por la población en contexto de desplazamiento forzado en las ciudades de Bogotá, Medellín y Buenaventura. Una vez identificadas, se construyó una base de datos que incluía el nombre de la organización, nombre y cargo del agente responsable, e información de contacto relativa a números telefónicos, correo electrónico y la dirección del lugar donde se encuentra. Posteriormente, se procedió a establecer contacto directo con los directores y líderes de las instituciones para presentar el proyecto, se envió una carta de invitación que contenía las preguntas orientadoras, y finalmente se confirmó la asistencia al encuentro. Este procedimiento se realizó en cada una de las ciudades seleccionadas para el estudio.

Paso 2. Socialización del estudio a la población objeto

Dada la importancia de informar a la comunidad víctima de desplazamiento forzado sobre los objetivos y la finalidad de la investigación, para así motivar la aceptación y participación en el estudio, se utilizaron las siguientes estrategias:

1. Reunión con líderes comunitarios de las poblaciones en situación de desplazamiento forzado por la violencia para socializar la investigación y buscar la cooperación en la difusión de la información en las comunidades.
2. Información en las carteleras de las unidades de atención a víctimas del conflicto armado, dando cuenta de la investigación e invitando a colaborar en esta (imagen 1).
3. Entrega de volantes con información sobre el estudio que se iba a realizar, solicitando la cooperación y resaltando la importancia del estudio (imagen 2).



Estudio de salud mental en población víctima de desplazamiento forzado

El Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental de la Universidad CES, preocupados por el estado de la salud mental de la población víctima de desplazamiento forzado en nuestro país, y conscientes de la importancia de esta información para la formulación de políticas de salud acordes con nuestra realidad, hemos decidido llevar a cabo esta importante investigación que permitirá conocer el panorama actual de los factores asociados con indicadores de salud mental y trastornos mentales en esta población, con el fin de establecer lineamientos para su manejo e intervención.

Esta investigación ha sido financiada por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias) por lo que no se tendrá que sufragar ningún valor por el mismo. Durante este estudio se aplicará la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CID) de la Organización Mundial de la Salud, la cual permitirá estimar el estado actual de los problemas en salud mental; con el fin de establecer programas de atención. Para ello, el personal debidamente seleccionado y capacitado estará realizando durante el mes de junio las entrevistas en los Centros Municipales de Atención a Víctimas:

CAV Caunces
Carrera 6AB 47^a-99
(Kilómetro 1 vía Santa
Elena) Teléfono
3856729

CAV Palermo
Carrera 55 # 95-97
(Cerca de la estación
del metro Tricentenario)
Teléfono 3834192

CAV Belencito
Carrera 92# 34d-93
(Cerca al convento de la
Madre Laura)
Teléfono 3856877

Los encuestadores estarán identificados con camiseta blanca, gorra roja, una escarapela y una carta firmada por la Universidad CES.

Esta iniciativa ha recibido el respaldo del **Equipo de Atención y Reparación a Víctimas de la Alcaldía de Medellín** y fue socializada a los líderes comunitarios, quienes manifestaron la importancia de averiguar por el estado de Salud Mental de la población víctima del desplazamiento forzado, con el fin de proponer acciones que mejore su calidad de vida.

Para efectos de ampliación de la información, puede comunicarse en Medellín al teléfono (574) 444 05 55 Ext. 1250 – 1249 – 1415.

AGRADECEMOS SU PARTICIPACIÓN!!!

Imagen 1. Comunicado para las comunidades. Medellín

ESTUDIO DE SALUD MENTAL EN POBLACIÓN VÍCTIMA DE DESPLAZAMIENTO FORZADO



Durante los conflictos armados, la salud mental tanto individual como colectiva puede verse afectada. El desplazamiento forzado deja a su paso millones de muertes, heridas y discapacidad, además de innumerables huellas en la vida de las personas, las familias y la sociedad.

La Salud Mental es una de las más afectadas en las personas que han sido víctimas de la violencia. Es por ello que se está llevando a cabo un estudio con la participación de **1.017 personas víctimas de desplazamiento forzado** con edades entre los 13 y 65 años en tres ciudades (Medellín, Bogotá y Buenaventura), dando cuenta de cómo se encuentra esta importante área del ser humano.

Para ello, se aplicará, una entrevista la cual permitirá estimar el estado actual de los problemas en salud mental, con el fin de establecer acciones para la atención de las personas afectadas y así mejorar su calidad de vida.

Usted, un familiar o un conocido suyo, podrá ser una de las personas seleccionadas para pedirles el favor de contestar la entrevista. Agradecemos su cooperación.

Los encuestadores estarán identificados con camiseta blanca, gorra roja, una escarapela y una carta firmada por la Universidad CES.

Si tienes alguna inquietud puedes llamar a la Universidad CES:

4440555 extensiones 1250 - 1249 - 1415

Sin salud mental, no hay salud!
Ayúdanos a saber cómo están las personas víctimas de desplazamiento forzado.



Imagen 2. Volante informativo del estudio. Bogotá, Medellín y Buenaventura.

Paso 3. Selección y capacitación de encuestadores

En cada una de las ciudades elegidas se realizó un proceso de selección de los entrevistadores encargados de recolectar la información del estudio. Debido a las características del instrumento (Entrevista Compuesta CIDI -Versión CAPI- OMS), las personas elegibles debían ser encuestadores legos, pero con experticia para la aplicación y la recolección sistemática de las encuestas cara a cara. En cada ciudad se seleccionaron cinco encuestadores que cumplieran con estos requerimientos.

Una vez seleccionados, se realizó un proceso de capacitación durante una semana en jornada continua a cargo de los investigadores del proyecto. Esta capacitación incluyó la presentación del estudio, instrucciones sobre la selección de los participantes (método aleatorizado sistemático) y el manejo de los sistemas para la recolección de información (Entrevista Compuesta CIDI-Versión CAPI- OMS; Cuestionarios “AD HOC”).

Se informó además sobre generalidades respecto a los lugares donde tomarían los datos, las responsabilidades frente al cumplimiento de los objetivos y el manejo ético de la información. Se brindaron además pautas sobre las relaciones con los participantes, además de la detección y manejo de posibles crisis anímicas por parte de los mismos. En cada encuentro se solucionaron dudas sobre el proceso investigativo y se dotaron a los encuestadores con los elementos necesarios para el trabajo de campo.

Paso 4. Organización del trabajo de campo

Dadas las dificultades para ubicar a la población víctima de desplazamiento forzado por la violencia debido a su frecuente movilidad y las restricciones de acceso a los sitios de residencia, muchos de estos inseguros para los encuestadores, se optó por ubicar los centros de atención a víctimas en las tres ciudades para realizar allí la investigación.

Una vez ubicadas las unidades de atención a víctimas, donde se congrega un gran número de personas para realizar trámites en busca de atención por su condición de víctima, se procedió a contactar a los coordinadores de estas oficinas, con el objetivo de darles a conocer el estudio y obtener su cooperación, dadas las facilidades que ofrecían estos espacios, para realizar las encuestas. Se contó con respaldo institucional, funcionarios de las unidades de atención que garantizaban el cumplimiento de los criterios de inclusión, y presencia de equipos psicosociales para atender cualquier eventualidad emocional que se presentara con los participantes.

Para el caso de Bogotá, las personas víctimas de desplazamiento por la violencia, son atendidas en los Centros Dignificar que ha dispuesto la Alcaldía de esta ciudad y que se encuentran ubicados en los siguientes lugares:

- Centro de Atención Suba. Transversal 126 n° 133 32. Barrio La Gaitana.
- Centro de Atención Sevillana. Calle 44 D sur n° 72 13. Barrio La Sevillana.

- Centro de Atención Bosa. Calle 69 A sur n° 92 47. Barrio Metro vivienda.
- Centro de Atención Rafael Uribe Uribe. Calle 22 sur n° 14 A99. Barrio Gustavo Restrepo.
- Centro de Atención Chapinero. Calle 63 n° 15 58. Barrio Barrios Unidos.
- Centro de Atención Kennedy-Patio Bonito. Carrera 87 n° 5 B21. Barrio Patio Bonito.
- Centro de Atención Ciudad Bolívar. Carrera 17 n° 69 A32 sur. Barrio Lucero.

En el caso de esta investigación, la recolección de la información se realizó en los Centros de Suba, Bosa, Rafael Uribe Uribe, Chapinero y Ciudad Bolívar, por ser los lugares donde se concentraba el mayor número de víctimas de desplazamiento forzado.

Respecto a la ciudad de Medellín, existen cuatro Centros de Atención a Víctimas del Conflicto Armado (CAV), los cuales son una estrategia de la Política Pública de Prevención, Restablecimiento y Reparación Integral a Víctimas del Conflicto Armado, dirigida a facilitar y posibilitar el acceso de las personas afectadas a la oferta institucional que les es propia dada su situación de víctimas. Los CAV ofrecen atención a personas víctimas de diferente sexo, edad y regiones del país, movilizandando diariamente cerca de 1 000 víctimas que consultan por solicitudes diversas en las sedes ubicadas en:

- Comuna 13 (San Javier): CAV Belencito. Carrera 92 n° 34 D93.
- Comuna 9 (Buenos Aires): CAV Caunces. Carrera 6 AB n° 47 A99.
- Comuna 4 (Aranjuez): CAV Palermo. Carrera 55 n° 95 97.
- Comuna 4 (Aranjuez): Unidad Permanente de Justicia (UPJ).

Para efectos de la presente investigación, este último no se consideró para la realización de las entrevistas debido al tipo de trámites que se manejan en ese lugar, y al menor flujo de personas víctimas de desplazamiento forzado.

En cuanto a la ciudad de Buenaventura, las personas objeto de investigación se localizaron en el Centro de Atención y Reparación Integral a Víctimas del Conflicto Armado, con capacidad para atender 500 personas diariamente, y ubicado en el barrio Matía Mulumba, carretera Cabal Pombo.

Paso 5. Selección de participantes

La elección de las personas que participaron en el estudio se realizó en colaboración de los funcionarios de cada centro de atención. Allí, en el primer filtro de atención a las víctimas, se les fue asignado una ficha con un número para la atención, con este número los encuestadores, previamente capacitados, seleccionaron al participante de la siguiente manera:

- Selección de 3 en 3, en las personas que estaban en las filas.
- Una vez seleccionada, se comprobaba si la persona cumplía con los criterios de inclusión para el estudio con ayuda del funcionario que corroboraba que efectivamente la persona estuviera incluida en el RUV.
- De ser así, se realizaba el diligenciamiento del asentimiento y/o consentimiento informado, y se aplicaba la entrevista.

Es importante mencionar que los coordinadores del trabajo de campo en cada ciudad, acompañaron permanentemente a los encuestadores, con los objetivos de verificar el proceso de selección, resolver inquietudes, hacer controles en la calidad del dato y realizar copias de seguridad de la información.

Instrumentos de recolección de información

En el presente estudio fueron empleados los siguientes instrumentos:

- CIDI-CAPI OMS (Composite International Diagnostic Interview).
- Instrumento “ad hoc” sobre las condiciones del hecho de desplazamiento forzado.
- Cuestionario adaptado para el consumo de drogas de la CICAD/OEA.
- Cuestionario CIDI-OMS

El CIDI-OMS es una entrevista altamente estructurada desarrollada por la OMS, y diseñada para que la apliquen entrevistadores legos debidamente entrenados para tal fin; dicha entrevista genera diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con las definiciones y los criterios del CIE-10 y el DSM-IV.

Su uso está destinado a estudios epidemiológicos transculturales, así como para fines clínicos y de investigación. La entrevista CIDI se adaptó y se validó para Colombia en el Primer Estudio Nacional de Salud Mental, realizado en el año 2003 (Ministerio de la Protección Social, 2003). Los estudios llevados a cabo por OMS han obtenido buenos resultados de fiabilidad test-retest de la entrevista. La mayoría de los diagnósticos tiene índices de acuerdo superiores al 85%. La fiabilidad interjueces para todos los diagnósticos es del 97%, con Kappas superiores a 0,90 en la mayoría de los casos.

Se incluyeron los siguientes módulos para trastornos mentales: trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, ansiedad generalizada, agorafobia, estrés postraumático, ansiedad por separación, fobia social y fobia específica) trastornos del estado del ánimo (depresión mayor, distimia; bipolar I y bipolar II), y trastornos de inicio de la infancia, niñez o adolescencia (negativista desafiante; trastorno de conducta, déficit de atención e hiperactividad).

Adicional a los módulos de trastornos, se incluyeron otros relacionados con variables sociodemográficas, tamizaje inicial, y una escala de resiliencia.

El CIDI permite:

- Estimar la prevalencia de los trastornos mentales.
- Medir la gravedad de estos trastornos.
- Determinar la carga de estos trastornos.
- Evaluar el uso de servicios.
- Evaluar el uso de medicamentos en el tratamiento de estos trastornos.
- Evaluar quién se trata, quién no se trata, y cuáles son las barreras para el tratamiento.

Instrumento “ad hoc” sobre las condiciones del desplazamiento

Para dar cuenta de las condiciones relacionadas con el hecho de desplazamiento forzado, se consultó la bibliografía existente y se construyó un cuestionario que diera cuenta de:

- Datos relacionados con el desplazamiento forzado.
- Redes de apoyo.
- Servicios de salud.
- Discapacidad.
- Funcionalidad familiar.

Cuestionario adaptado para consumo de drogas

En caso de la prevalencia del consumo de drogas, se tomó y modificó el instrumento para poblaciones generales del Sistema interamericano de datos uniformes sobre el consumo de drogas (SIDUC) de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA) (CICAD/OEA, 2011).

Se consideraron las siguientes drogas para dar cuenta de las prevalencias de consumo de vida, último año y último mes: tabaco, alcohol, marihuana (cripa), basuco, cocaína, heroína, éxtasis, otras drogas sintéticas (anfetaminas, LSD, metanfetaminas, ketamina), sustancias

inhalables (sacol, poppers, dick), medicamentos susceptibles de crear dependencia (codeína, morfina, demerol, metadona, zoplicona, zolpiden, benzodicepinas) y otras drogas como hongos y cacao sabanero.

Se incluyó además el instrumento AUDIT, el test de identificación de trastornos debido al consumo de alcohol sugerido por la OMS, y para la marihuana, cocaína y el basuco se incluyeron las escalas de abuso de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV-APA) y de la OMS (CIE 10) para dar cuenta de la dependencia. Su fiabilidad y validez han sido establecidas en estudios de investigación llevados a cabo en diversos ámbitos y en muchos países diferentes. Ha sido traducido a múltiples idiomas, incluyendo el turco, griego, hindú, alemán, holandés, polaco, japonés, francés, portugués, español, danés, flamenco, búlgaro, chino, italiano y dialectos nigerianos. Ha sido validado en Colombia y su validación arrojó un alfa de Cronbach's de 0,86 y en el test re-test de 0,90 (Londoño, Garcia, Valencia et al, 2005).

Prueba piloto

En cada una de las ciudades se realizó una prueba piloto con los líderes comunitarios representantes de la población víctima de desplazamiento forzado, con el fin de verificar la validez de los instrumentos de recolección de información y garantizar el adecuado uso de los mismos. Para ello, se dirigieron a las diferentes sedes de atención a la población víctima en las ciudades seleccionadas.

Cada encuestador (16 en total) realizó la aplicación de las encuestas a dos líderes, para un total de 32 personas. Este proceso fue supervisado por los investigadores del proyecto, y a su vez se realizaron ajustes pertinentes en relación con el funcionamiento de las encuestas.

El tiempo de aplicación en cada encuesta tuvo una duración promedio de dos horas para la entrevista completa, lo cual en algunos casos requirió la aplicación en dos sesiones para evitar errores debido al cansancio. El tiempo estuvo relacionado con la frecuencia de criterios diagnósticos que presentaba el entrevistado.

Aspectos éticos

De acuerdo con los lineamientos de la Resolución 008430 del Ministerio de Salud de Colombia (Ministerio de Salud de la República de Colombia, 1993), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, esta investigación es de riesgo mínimo, puesto que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaban en el estudio.

En la presente investigación se consideraron aspectos como los mencionados en los artículos 6 y 8 de la anterior resolución. Con respecto al consentimiento informado, se contó con la autorización expresa de los sujetos participantes, con la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética de la institución responsable de la investigación, que para el caso era la

Universidad CES. En relación con el anonimato, para el caso de este proyecto se protegió la privacidad y el anonimato de los participantes.

Se tuvo en cuenta la posibilidad que al recordar la situación relacionada con el desplazamiento forzado, se reviviera en los participantes sentimientos de ansiedad, por lo que se contó todo el tiempo, y en cada una de las ciudades donde se llevó a cabo la investigación, con un equipo de atención psicosocial ubicado en los mismos sitios donde se tomaron las encuestas.

Para ello, los encuestadores previamente capacitados en la identificación de fluctuaciones anímicas en los participantes, se encargaban de remitir a las víctimas al grupo de apoyo psicosocial, quienes realizaban una intervención en crisis y hacían el posterior seguimiento.

Es de resaltar que no fue requerida ninguna intervención en crisis, dado que los encuestadores lograron manejar la situación; no obstante, sí fueron remitidos algunos participantes con el fin de llevar un seguimiento a su estado actual.

Control de la calidad del dato

El protocolo de control de calidad incluyó el monitoreo semanal de cada entrevistador con relación al tiempo total de duración de cada entrevista mediante la aplicación de un programa computarizado que hace parte de CIDI-CAPI, y el control con llamadas a una submuestra aleatoria de entrevistados (10%), a los cuales se les preguntó si habían participado en el estudio y se formuló nuevamente un grupo de preguntas del CIDI para evaluar concordancia.

Procesamiento y análisis de la información

El procesamiento y análisis de la información se realizó a través del software estadístico SPSS® versión 23.0.0, licenciado por la Universidad CES. Para la generación de gráficos se utilizó el programa de Microsoft Excel®, y para la elaboración de mapas en el programa Arc GIS® versión 10.0.

Para el análisis univariado se emplearon herramientas y técnicas de la estadística descriptiva; para las variables cualitativas se describieron a través de frecuencias absolutas y relativas; mientras que para las variables cuantitativas, en primer lugar, se indagó por su distribución a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov o de Shapiro Wilk, de acuerdo con el número de registros válidos en la variable analizada, y luego, de acuerdo a su distribución, se describieron los estadísticos de resumen, con medidas de tendencia central y de dispersión.

Para el análisis bivariado, en el cual se buscó explorar la posible asociación en la presencia del trastorno mental y los problemas de abuso o dependencia de drogas con variables relacionadas con el desplazamiento forzado, se realizaron las diferentes pruebas de acuerdo a la naturaleza y distribución de las variables (dependiente e independientes). En todas las

asociaciones que se exploraron, las variables dependientes fueron cualitativas dicotómicas, por lo tanto, cuando las variables independientes eran cualitativas se realizó la prueba de X^2 o la prueba exacta de Fisher de acuerdo al número esperado en las casillas, y si las variables independientes eran cuantitativas, se exploró la distribución de la variable según los grupos de la variable dependiente. Cuando su distribución era normal en los dos grupos se aplicó la prueba T de Student para identificar si existían diferencias en los promedios, y si la variable no se distribuía normal en al menos uno de los grupos, se aplicó la prueba U de Mann Whitney para establecer si existían o no diferencias en las medianas.

Validación de resultados de la investigación

Efectuados los análisis y la interpretación de resultados y, antes de redactar el informe final y su publicación, estos fueron validados con el grupo de docentes del programa de Psiquiatría de la Universidad CES, y con expertos en salud mental de población víctima del conflicto armado en Colombia.

Ubicación de las
personas víctimas
de desplazamiento
forzado por la
violencia y el
conflicto armado
en las ciudades de
Bogotá, Medellín y
Buenaventura

Ubicación de las personas víctimas de desplazamiento forzado por la violencia y el conflicto armado en las ciudades de Bogotá, Medellín y Buenaventura

Daniela Sánchez Acosta, Gloria María Sierra Hincapié, Guillermo Alonso Castaño Pérez

Metodología

Durante la fase exploratoria del proceso de recolección de información del proyecto “Salud mental (Trastornos mentales) en víctimas de desplazamiento forzado por la violencia, en tres regiones de Colombia (Bogotá, Medellín, Buenaventura). Colombia 2015-2016”, se llevaron a cabo diferentes grupos de trabajo en las ciudades objeto de este estudio con informantes claves, líderes y representantes de instituciones que brindan atención a las personas víctimas por el desplazamiento forzado con el propósito de identificar los sectores de asentamiento de esta población, además de reconocer las condiciones poblacionales que dieran cuenta de las características sociodemográficas y geográficas asociadas a cada sector.

Para dar cumplimiento a lo descrito, se emplearon algunas estrategias cualitativas como fue el caso de la herramienta técnica y metodológica denominada cartografía, la cual obedece a un sistema de información geográfica que facilita el desarrollo de las investigaciones mediante la construcción consensuada, dinámica y colectiva del conocimiento de algún territorio, y otros elementos del espacio geográfico figurados en un mapa (Díaz, 2007; Díez et al., 2012).

Una vez obtenida la información de los asistentes a los grupos de trabajo, se realizó un rastreo teórico con diversas fuentes gubernamentales y no gubernamentales de entes municipales, regionales y/o nacionales para indagar por las características sociodemográficas de las víctimas de desplazamiento forzado. De manera específica en la ciudad de Medellín, los datos se obtuvieron en diversos informes realizados por la Unidad Municipal de Atención y Reparación a Víctimas (UMARV); en el Distrito de Buenaventura, mediante la experiencia de funcionarios de la Alcaldía Distrital; y por último, para el caso de Bogotá, por medio de fuentes de información primaria y secundaria de informes publicados por entidades como el RUV, la Secretaría de Hacienda, la Secretaría de Integración Social, la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación, la Secretaría General y la Alcaldía Mayor de Bogotá.

El presente capítulo contiene los resultados finales del proceso de triangulación, integración, y síntesis de la información recolectada en las ciudades de Bogotá, Medellín y Buenaventura.

Descripción de la población víctima de desplazamiento forzado por ciudades

Las ciudades de Bogotá, Medellín y Buenaventura representan los sectores con mayor proporción de víctimas de desplazamiento forzado, tanto a nivel intraurbano como interdepartamental, con una marcada tendencia de aumento en las últimas décadas. No obstante, cada una de estas ciudades cuenta con características geográficas, demográficas y con condiciones sociopolíticas y económicas particulares, las cuales son importantes de tratar y se detallan a continuación.

El caso de Bogotá

Descripción general

La ciudad de Bogotá, Distrito Capital, se encuentra ubicada en el centro del país, en la cordillera oriental, cuenta con una extensión aproximada de 33 kilómetros de sur a norte y 16 kilómetros de oriente a occidente, con una altura media en los 2 625 metros sobre el nivel del mar (Alcaldía de Bogotá, 2015).

Administrativamente, Bogotá se divide en 20 localidades: Usaquén, Chapinero, Santa Fe, San Cristóbal, Usme, Tunjuelito, Bosa, Kennedy, Fontibón, Engativá, Suba, Barrios Unidos, Teusaquillo, Los Mártires, Antonio Nariño, Puente Aranda, La Candelaria, Rafael Uribe Uribe, Ciudad Bolívar y Sumapaz (Secretaría Distrital de Planeación, 2009) (mapa 2).

Estas localidades se subdividen a su vez en Unidades de Planeación Zonal (UPZ) que agrupan los más de 5 000 barrios que conforman la ciudad. La zona rural la constituye la localidad de Sumapaz (Secretaría Distrital de Planeación, 2009).



Mapa 2. División política administrativa de la ciudad de Bogotá.

Fuente: Mapade.org, equipo de redacción. (2016, 06).

Desplazamiento forzado en Bogotá

La crisis humanitaria del desplazamiento forzado cobra gran relevancia para la ciudad de Bogotá debido a que representa la segunda ciudad con mayor recepción de población víctima de desplazamiento forzado en el país, con un estimado de recepción del 10 % del total de la población desplazada (SDIS, 2015).

Según el RUV, en Bogotá hasta el 1 de octubre de 2016 se habían realizado 690 561 declaraciones por hechos victimizantes en el marco del conflicto armado, de las cuales 553 465 eran víctimas de desplazamiento forzado y 359 723 residían en Bogotá (RNI, 2016).

Es válido aclarar que los 690 561 registros no se refirieron al número de personas víctimas totales, sino al número de hechos victimizantes declarados, es decir que una persona pudo declarar dos hechos victimizantes, sumando cada uno de estos de manera independiente a la cifra de declaraciones. Asimismo, se debe considerar que los 553 465 registros que obedecieron a desplazamiento forzado, hicieron alusión al número de desplazamientos

y no al total de personas víctimas de este hecho, ya que una persona puede hacer registros independientes por cada uno de sus desplazamientos.

A continuación se indican los datos con enfoque diferencial del total de personas víctimas que han declarado algún hecho victimizante relacionado con el conflicto armado: de los 690 561 registros totales, el 50,5 % se identificaron como mujeres, el 48,4 % como hombres, 0,03 % como LGTBI y 1,02 % no informa. Respecto a la edad se encontró que el 6,3 % tienen entre 0 y 5 años, el 10,69 % entre 6 y 11 años, el 19,81 % entre 18 y 28 años, el 36,65 % entre 29 y 60 años, y el 8,1 % entre 61 y 100 años. En relación con la etnia, el 11,3 % de los registros se declaran afrocolombianos, el 2,06 % indígenas, el 1,4 % gitanos ROM, el 0,1 % raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y el 0,03 % palenquero (RNI, 2016).

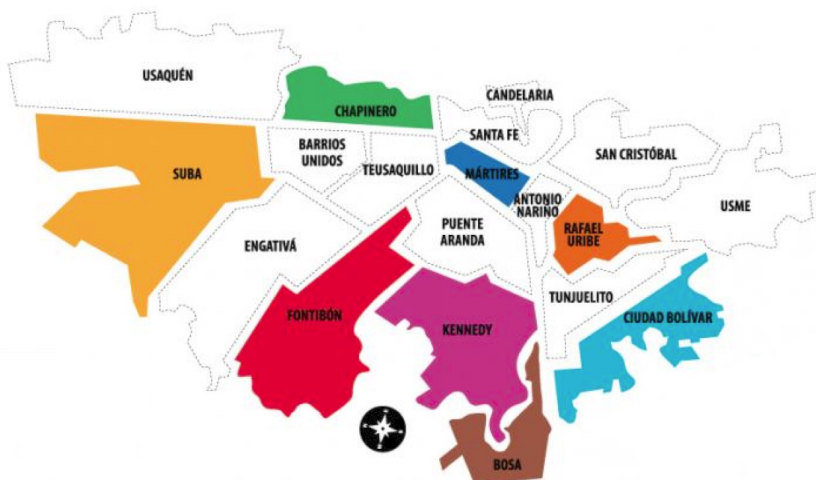
Por su parte, la Alta Consejería para los derechos de las víctimas, constituida mediante el Decreto 284 de 2012, creó los Centros de Atención Integral a Víctimas de Conflicto Armado (DIGNIFICAR) en el marco de la implementación de un modelo de atención integral y diferencial que contribuyan al compromiso de la nación con la garantía de los derechos de las víctimas del conflicto armado en la ciudad (SDIS, 2015). Para el año 2013, estos centros habían atendido un total de 22 137 personas en situación de desplazamiento forzado, y para el año 2014 esta cifra aumentó a 46 781 víctimas.

En estos centros de atención se encuentra la oferta institucional distrital y nacional de las entidades que tienen responsabilidades para el restablecimiento de los derechos humanos, entre estas se encuentran la Personería Distrital; la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas; la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación; la Secretaría Distrital de Salud; la Secretaría Distrital de Integración Social; el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; la Unidad Administrativa Especial de Restitución de Tierras; y el Departamento Administrativo de la Prosperidad Social, entre otras.

Lugares de asentamiento en Bogotá

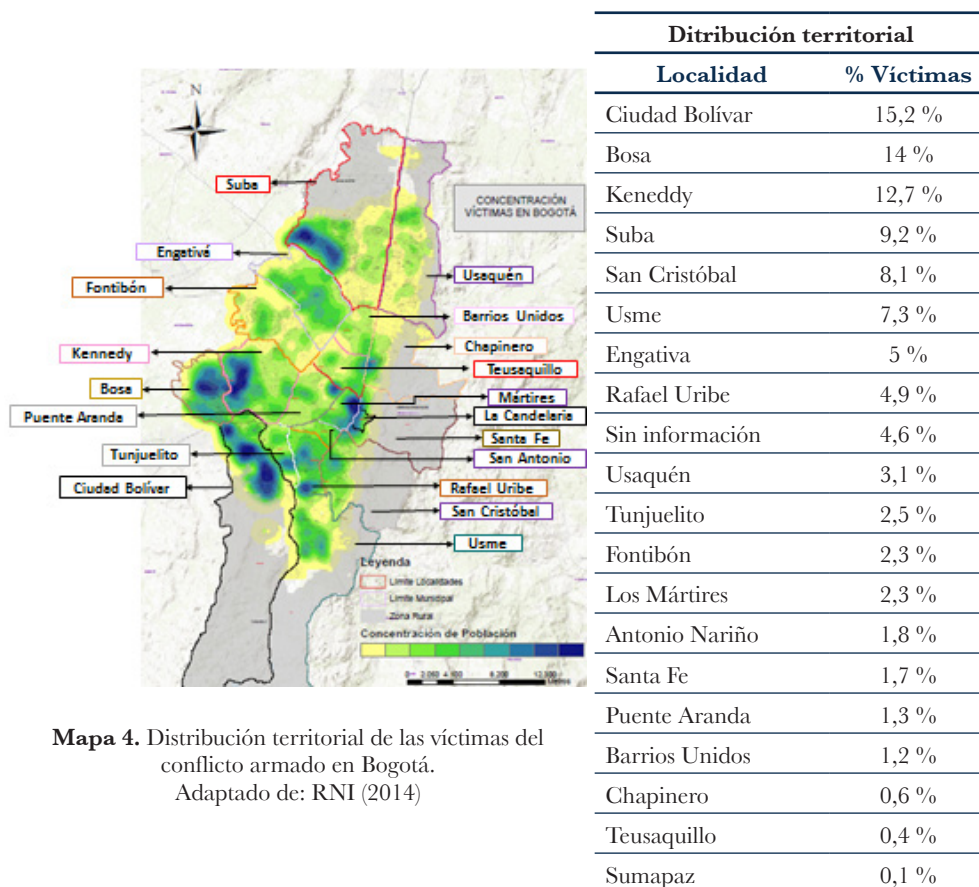
En Bogotá existen nueve centros y puntos de atención DIGNIFICAR distribuidos estratégicamente en localidades cercanas a los sitios con mayor número de personas en situación de desplazamiento forzado: Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe, Bosa, Los Mártires, Chapinero, Sevillana, Suba, Kennedy-Patio Bonito, y la Terminal de Transporte (localidad Fontibón) (mapa 3).

En relación con el porcentaje de víctimas de desplazamiento forzado y su distribución en la ciudad de Bogotá, se expone un mapa de calor que permite identificar las concentraciones de población víctima incluida en el RUV y su ubicación. A su vez, se indica la relación porcentual de la distribución territorial de las víctimas del conflicto armado, con información por localidad y fecha corte al 31 de diciembre del año 2014 (Alcaldía de Bogotá, 2014). Se presentan a continuación todas las localidades, con excepción de La Candelaria (mapa 4).



Mapa 3. Centros y puntos de atención a víctimas del conflicto armado interno — Bogotá.

Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá (s.f.)



Mapa 4. Distribución territorial de las víctimas del conflicto armado en Bogotá. Adaptado de: RNI (2014)

A continuación se detallan brevemente las características demográficas y socioculturales de las localidades con mayor porcentaje de víctimas del conflicto armado, entre las que sobresalen Ciudad Bolívar, Bosa y Kennedy.

Ciudad Bolívar

Descripción general

Es la tercera localidad más extensa después de Sumapaz y Usme. Se encuentra ubicada al sur de la ciudad y limita al norte con la localidad de Bosa, al sur con la localidad de Usme, al oriente con la localidad de Tunjuelito y Usme, y al occidente con el municipio de Soacha. 360 barrios integran esta localidad con 12 998 hectáreas de superficie (3 433 en zona urbana, 9 555 en rural) (Alcaldía de Bogotá, 2015). En los años 40, estas tierras fueron parceladas y vendidas sin el cumplimiento de normas mínimas de urbanismo. Los lotes en muchas ocasiones fueron vendidos varias veces, lo que ocasionaba confrontaciones entre vecinos y los recién llegados. Esta condición le dio origen a barrios no planificados como Meissen, San Francisco, Buenos Aires, Lucero bajo y La María, situados en las partes bajas de las montañas. El desorden administrativo, el abandono del Estado y del sector privado han generado que en Ciudad Bolívar continúe la toma y venta ilegal de tierras. En los años 80 y 90, Ciudad Bolívar se convirtió en un territorio estratégico para la confrontación de diversos grupos armados como el M19, el ELN, las FARC, quienes apoyaron a la gente en la toma de tierras (Álvarez, 2015). Para el año 2014, la población fue de aproximadamente 675 471 habitantes, lo que permite estimar una densidad poblacional de 199 habitantes por hectárea. Frente a la población víctima del conflicto armado, en la localidad de Ciudad Bolívar residen 34 589 personas víctimas, que constituyen un total de 13 922 familias, según informes de la alta Consejería para las Víctimas con fecha corte hasta agosto de 2014 (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015).

Asistencia sanitaria y acceso a servicios

Con relación a la seguridad social para la localidad de Ciudad Bolívar, un 60 % del total de habitantes se encuentra afiliado en el régimen contributivo, 39 % de la al régimen subsidiado y solo un 1,2 % al régimen especial (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015). Respecto a las características de las viviendas, el 32 % de las viviendas tienen dificultades relacionadas con humedad en paredes, pisos o techos. Por otra parte, los problemas de inseguridad se tiene en un 79,1 %. En la localidad se cuenta con el cubrimiento del 99,9 % de los servicios de acueducto, 99,8 % para alcantarillado, 99,6 % recolección de basura, 99,9 % servicio de energía, y el 96,5 % para gas natural (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015). El porcentaje de personas que poseen necesidades básicas insatisfechas (NBI) en Ciudad Bolívar es de 7 %, el cual comparado con el NBI local con el distrital de 4,2 %, la localidad de Ciudad Bolívar se encuentra 2,8 % puntos encima del Distrito.

Educación, trabajo y recreación

En relación con la población escolar, Ciudad Bolívar cuenta con un nivel de asistencia de 610021 menores de 5 años, que corresponde 30,1 %; en el rango de edad de 5 a 11 años

un 4,7 %, entre 12 y 15 años un porcentaje de asistencia de un 92,7 %, y entre 16 y 17 años un 72 % (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015). Respecto a la educación, para el año 2014 el 30,1 % de los menores de 5 años, el 93 % de los jóvenes de 5 a 11 años, y el 92,7 % de personas entre los 12 y 15 años recibían formación académica. En cuanto a lo laboral, la estimación del índice demográfico de dependencia indica que en la localidad por cada 100 personas en edad de trabajar hay 51,6 personas dependientes en edades inactivas.

Bosa

Descripción general

Bosa es la localidad número 7 de Bogotá. Se encuentra ubicada en el extremo suroccidental de la ciudad, su extensión es de 2 466 hectáreas correspondiente a un 2,87 % del total del territorio del Distrito. Limita al sur con la Autopista Sur, la localidad de Ciudad Bolívar y el municipio de Soacha; al occidente con los municipios de Soacha y Mosquera; al norte con Mosquera y el río Bogotá; y por el oriente con las localidades de Ciudad Bolívar y Kennedy. Cuenta con 330 barrios de los cuales el 63 % ya se encuentran legalizados, el 23 % están en proceso y el 14 % no presenta información al respecto (Alcaldía de Bogotá, 2015). Según las proyecciones para el año 2005, la población fue de 495 283 habitantes (253 599 mujeres y 242 684 hombres), y para el año 2014 aumentó a 629 066 habitantes (321 466 mujeres y 307 600 hombres). La mayoría de la población de la localidad reside en el estrato 2, lo que representa un porcentaje de 87,75 % (1 18 802 lotes); en el estrato 1 se encuentran 6,48 % (8 777 lotes); en el estrato 3 hay 2,47 % (3 350 lotes); y en el estrato 0 se encuentran 3,29 % (4 451 lotes) (Equipo Análisis de Situación de Salud, 2015). La población víctima del conflicto armado registrada asciende a 875 personas para el año 2014. Con relación a la distribución por sexo puede verse una mayor concentración de mujeres víctimas del conflicto en todos los territorios, lo cual puede estar relacionado con el hecho que las principales víctimas que se desplazan a la ciudad son mujeres luego de la pérdida de sus parejas y familiares (Equipo Análisis de Situación de Salud, 2015).

Asistencia sanitaria y acceso a servicios

En el año 2014, se identificaron 177 891 viviendas y 181 073 hogares. En promedio hay 1,02 hogares por vivienda y 3,46 personas por hogar. El 51 % de las viviendas en la localidad son de tipo apartamento y el 29,4 % de las viviendas presentan dificultades relacionadas con humedad en paredes, pisos o techos.

Educación, trabajo y recreación

Para el año 2011, el NBI en esta localidad se ubicó en 6 % de la población en situación de pobreza, ocupando el tercer lugar a nivel distrital. Para el año 2014, la asistencia escolar para los niños de 5 a 11 años fue de 96,9 %; de 12 a 15 años, 95,6 %; 16 a 17, de 80,2 %; y de 18 a 25, 35,4 %¹. Respecto a la afiliación al sistema de seguridad social, para el año 2014 el 65,8 % de la población de Bosa estuvo afiliada principalmente al régimen contributivo, un 23,9 % en el régimen subsidiado, y 5,1 % no afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud (Equipo Análisis de Situación de Salud, 2015).

Kennedy

Descripción general

Kennedy es la localidad número 8 de la ciudad, es una de las más pobladas del Distrito, está ubicada en el sur occidente de la sabana de Bogotá y se localiza entre las localidades de Fontibón al norte, Bosa al sur, Puente Aranda al oriente y un pequeño sector colinda con las localidades de Tunjuelito y Ciudad Bolívar, por la Autopista Sur con Avenida Boyacá, hasta el río Tunjuelito. El total de la localidad es de 3855,45 hectáreas de las cuales el 98,1 % es área urbana y 1,8 % es área rural. En relación con la extensión del Distrito Capital, la localidad de Kennedy representa el 11,12 %, el tercer puesto en extensión. En Kennedy se establecen doce UPZ: Kennedy Central, Timiza, Carvajal, Américas, Bavaria, Castilla, Tintal Norte, Calandaima, Corabastos, Gran Britalia, Patio Bonito y Las Margaritas. La localidad cuenta con un aproximado de 438 barrios, siendo las UPZ de Castilla y Timiza los sectores con mayor cantidad de barrios, con 49 cada una (Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría General, 2011). La localidad de Kennedy, de acuerdo con las proyecciones del *Censo DANE 2005-2015*, para el año 2014 contaba con una población total de 1 054 850 habitantes, con una distribución por sexo del 51,2 % para las mujeres y el 48,8 % para los hombres.

Asistencia sanitaria y acceso a servicios

El 4,4 % de los habitantes de la localidad son pobres de acuerdo al NBI (Equipo Análisis de Situación de Salud, 2014), y para el 2011, el hacinamiento en la localidad era del 12,2 %. Estas cifras muestran una problemática crítica en la localidad, que aunque ha disminuido, se mantiene por la llegada de personas en condición de desplazamiento por el conflicto armado. En promedio, el 24 % de las viviendas se ubican junto a caños de aguas negras, industrias o plazas de mercado y mataderos, lugares que se consideran focos de afectación para la salud y calidad de vida de las familias (Equipo Análisis de Situación de Salud, 2014). El número de personas no afiliadas al SGSSS para el 2014 fue del 6,4 %. Con respecto a las afiliaciones al SGSSS por tipo de régimen para la localidad de Kennedy para el 2014, el 72,5 % pertenían al régimen contributivo, 3 % régimen especial y 24 % al régimen subsidiado (Equipo Análisis de Situación de Salud, 2014).

Educación, trabajo y recreación

La cobertura educativa en la localidad de Kennedy en las edades entre 5 a 11 años es de 96,1 %, una tendencia similar muestran las edades entre 12 a 15 años con el 95,6 %. No obstante, en los jóvenes entre los 16 y 17 años de edad decae conforme al aumento de la edad de la población al 82,7 %, llegando al 41,7 % entre los 18 y 25 años de edad, con un descenso final en personas mayores de 26 años con tan solo un 5,8 % de individuos que estudian (Equipo Análisis de Situación de Salud, 2014).

El caso de Medellín

Descripción general

La ciudad de Medellín, capital del departamento de Antioquia, se encuentra ubicada al sur del departamento, en el Valle de Aburrá, el cual está constituido por dos ramales de la cordillera central de los Andes, que abarca en dirección sur-norte una extensión de 376 22 km². Medellín es considerada una de las ciudades más grandes de Colombia. En su parte más ancha ubicada en el centro de la ciudad, cuenta con una altura de 1 500 metros sobre el nivel del mar (Mesa, Solano, Tobón, Gaviria y López, 2000).

Respecto a la distribución política-administrativa de esta ciudad (mapa 5), está conformada por 16 comunas, 5 corregimientos reconocidos como el área rural de la ciudad (San Sebastián de Palmitas, San Cristóbal, Altavista, San Antonio de Prado, y Santa Elena), y 249 barrios urbanos oficiales, con un estimado para el año 2016 de 2 464 322 habitantes (DANE y Alcaldía de Medellín, 2015). La organización socioeconómica de Medellín se encuentra permeada por actividades relacionadas con la agricultura, minería y producción pecuaria, las cuales se realizan de forma particular en los corregimientos de la ciudad.



Mapa 5. División política administrativa de la ciudad de Medellín.

Fuente: Mapade.org, equipo de redacción. (2016).

Desplazamiento forzado en Medellín

En los últimos años, la ciudad ha vivido cambios relacionados con la alta densidad poblacional con tendencia a la concentración de habitantes en áreas con características urbanas, y la marcada presencia de actores armados al margen de la ley en diferentes sectores de la ciudad, los cuales han incidido en el recrudecimiento de la violencia, exponiendo a la comunidad a situaciones y riesgos que afectan su desarrollo y atentan contra los derechos humanos.

Dichas fronteras urbanas, colmadas por las acciones de coacción e intimidación por parte de actores ilegales además de las desigualdades en materia de atención y prevención del fenómeno por parte de la administración pública nacional, departamental y municipal, han suscitado la emergencia del desplazamiento forzado tanto intraurbana como intermunicipal, caracterizado por su intensidad, variedad y magnitud durante varias décadas, hecho que se considera un problema de política pública (Secretaría de Bienestar Social, 2010; Universidad de Antioquia y Personería de Medellín, 2007).

Medellín se constituye así en una de las principales ciudades receptoras de población víctima de desplazamiento forzado. Al respecto, según la RNI (2016a), esta población cuenta con características demográficas relacionadas con una distribución por sexo del 45,8 % hombres y 54,2 % mujeres, y con diferentes grupos etarios, entre los que se concentra un 20 % entre los 12 y 17 años, 31,4 % entre los 18 y 28 años, 42,2 % entre los 29 y 60 años, y el 6,4 % restante entre los 61 y 100 años de edad.

Lugares de asentamiento en Medellín

En relación con la ubicación geográfica de la población víctima de desplazamiento forzado al interior de la ciudad, se encuentra que si bien el desplazamiento forzado se ha desplegado en casi la totalidad del territorio, en los últimos años se ha observado una tendencia en la prevalencia de determinados sectores de la ciudad respecto a los asentamientos de la población víctima. Es así como mediante el rastreo en diversas fuentes de información se logró dar cuenta de las comunas y sectores donde están ubicados y del porcentaje de víctimas de desplazamiento forzado asentadas en la ciudad (tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de víctimas de desplazamiento forzado por comunas. Medellín 2010-2015

Año	# de personas	Comuna	Frecuencia	Fuentes
2010	202 136	Comuna 8 — Villa Hermosa	13,8 %	Unidad de Análisis y Evaluación de Política Pública, Red Nacional de Información (Red Nacional de Información-RNI, 2016a; Secretaría de Bienestar Social y Unidad de Atención a la Población Desplazada, 2011)
		Comuna 1 — Popular	11,4 %	
		Comuna 3 — Manrique	11,1 %	
		Comuna 13— San Javier	11 %	

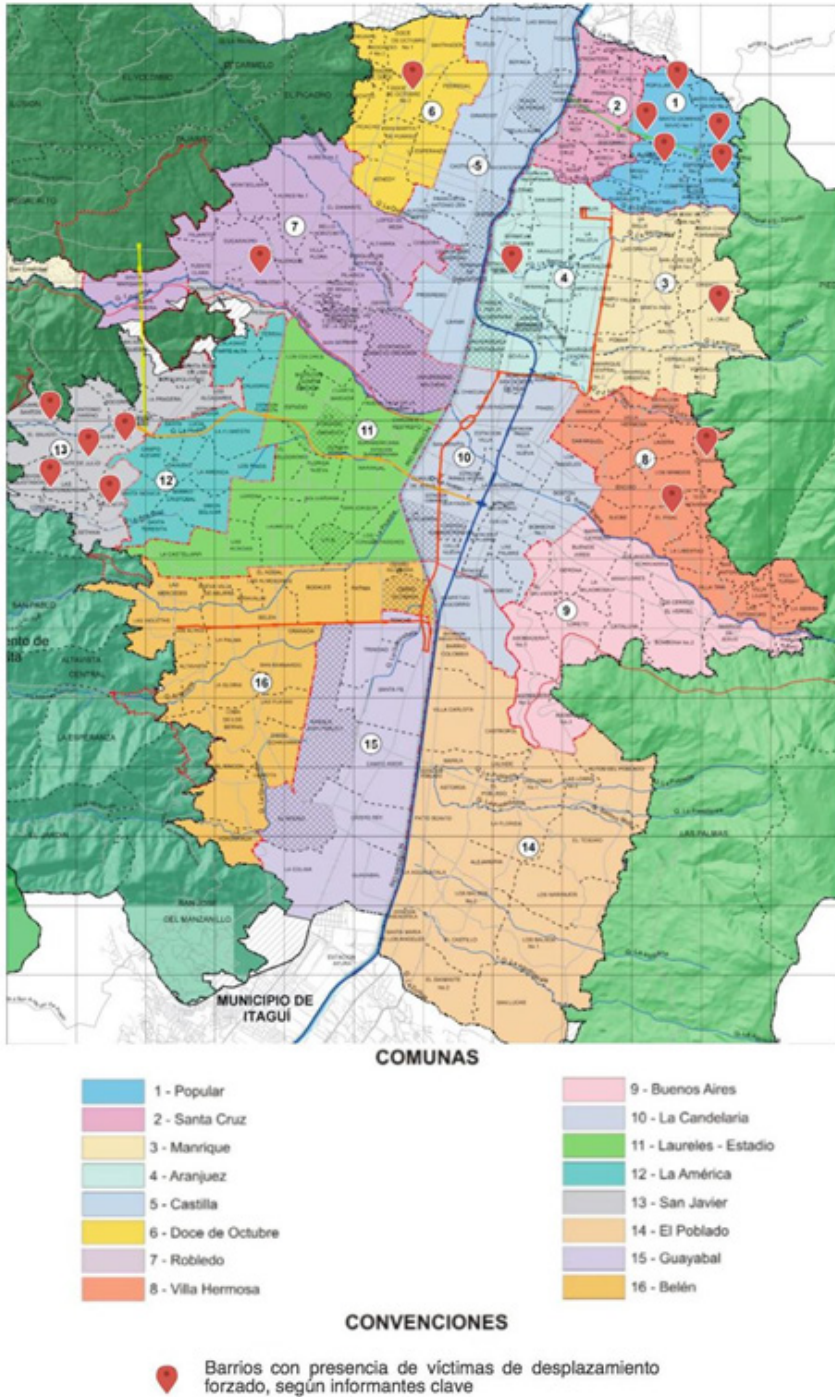
Año	# de personas	Comuna	Frecuencia	Fuentes
2011	239410	Comuna 8 — Villa Hermosa	15,31 %	Unidad de Análisis y Evaluación de Política Pública, Red Nacional de Información (Red Nacional de Información-RNI, 2016a; Secretaría de Bienestar Social y Unidad de Atención a la Población Desplazada, 2011)
		Comuna 3 — Manrique	11,78 %	
		Comuna 1 — Popular	11,09 %	
		Comuna 13 — San Javier	10,72 %	
2012	240217	Comuna 13 — San Javier	28 %	Personería de Medellín, Secretaría de Bienestar Social, Red Nacional de Información (Personería de Medellín, 2013; Red Nacional de Información-RNI, 2016a; Secretaría de Bienestar Social, 2011)
		Comuna 8 — Villa Hermosa	15,6 %	
		Comuna 9 — Buenos Aires	9,7 %	
		Comuna 1 — Popular	9,2 %	
2014	240343	Comuna 3 — Manrique	8,7 %	Alcaldía de Medellín, Red Nacional de Información (Red Nacional de Información-RNI, 2016a; Secretaría de Gobierno y Derechos Humanos, Subsecretaría de Derechos Humanos y Unidad Municipal de Atención y Reparación a Víctimas, 2015)
		Comuna 1 — Popular	12 %	
		Comuna 8 — Villa Hermosa	11 %	
		Comuna 4 — Aranjuez	11 %	
		Comuna 13 — San Javier	11 %	
2015	148541	Comuna 7 — Robledo	9 %	Alcaldía de Medellín, Red Nacional de Información (Red Nacional de Información-RNI, 2016a; Subsecretaría de Gobierno y Derechos Humanos, Subsecretaría de Derechos Humanos y Unidad Municipal de Atención y Reparación a Víctimas, 2016)
		Comuna 1 — Popular	11 %	
		Comuna 8 — Villa Hermosa	11 %	
		Comuna 4 — Aranjuez	11 %	
		Comuna 13 — San Javier	10 %	
Comuna 7 — Robledo	10 %			

Sumado a lo anterior, la cartografía realizada con el grupo de trabajo, permitió el conocimiento de los barrios o lugares donde se encuentran asentamientos con gran proporción de víctimas de desplazamiento forzado en la ciudad. Se encuentra así que las comunas con mayor presencia de población en contexto de desplazamiento forzado, nombradas en el grupo de trabajo realizado, fueron la Comuna 1 (Popular), Comuna 8 (Villa Hermosa), Comuna 4 (Aranjuez), Comuna 13 (San Javier) y la Comuna 7 (Robledo). Además, fueron añadidas la Comuna 3 (Manrique) y la Comuna 6 (Doce de Octubre) como sectores que también cuentan con población desplazada víctimas del conflicto armado (tabla 5).

Tabla 5. Comunas y sectores con mayor población víctima de desplazamiento forzado en Medellín

Comuna	Barrio / Lugar
1 — Popular	Santo Domingo 1 y 2 Carpinelo Popular 1-2 Granizal
8 — Villa Hermosa	Llanaditas El Pinal El Hoyo
4 — Aranjuez	Moravia
13 — San Javier	San Javier 1 Belencito Veinte de Julio Eduardo Santos Las Independencias
7 — Robledo	Robledo
3 — Manrique	La Cruz
6 — Doce de Octubre	Doce de Octubre El Pescbre

Esta información posibilitó la construcción de un mapa conjunto que permitiera la visualización de la ubicación geográfica de la población víctima de desplazamiento forzado, en las comunas anteriormente mencionadas (mapa 6).



Mapa 6. Ubicación geográfica de la población víctima de desplazamiento forzado en Medellín, según cartografía.

La Comuna 1 (Popular), Comuna 4 (Aranjuez), Comuna 7 (Robledo), Comuna 8 (Villa Hermosa) y Comuna 13 (San Javier) mencionadas como los sectores con mayor prevalencia de víctimas de desplazamiento forzado, fueron analizadas con mayor profundidad, con el fin de recopilar información sobre el acceso que tiene este grupo poblacional a los servicios de salud, asistencia sanitaria, y educación, entre otros aspectos. A continuación se detalla lo encontrado en la revisión.

Comuna 1 (Popular)

Descripción general:

La Comuna 1 (Popular), se organiza socio-espacialmente por 20 barrios y 130 369 pobladores (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2005) y se estima que más de la mitad de los habitantes son víctimas del conflicto armado interno, desplazados del campo o intraurbanos. Según datos obtenidos en la caracterización de la población víctima del conflicto armado, se encontró que en los barrios Santo Domingo 1-2, Carpinelo, Popular 1-2 y Granizal (Unidad Municipal de Atención y Reparación a Víctimas UMARV, 2014b) el territorio tiene muy poca asistencia del Estado.

Asistencia sanitaria y acceso a servicios:

Los servicios básicos de acueducto y alcantarillado, así como la salud, se encuentran aún lejos de llegar a la mayoría de habitantes. Mientras el sistema de espacios públicos en Colombia propone un índice de 15 metros por habitante, la Comuna 1 tiene el segundo índice más bajo de espacio público con 1 059 metros por persona. Igualmente se encontró que este sector, hace parte de las comunas con mayor déficit cualitativo y cuantitativo de viviendas debido a ser considerado históricamente un lugar de asentamientos no planificados (Unidad Municipal de Atención y Reparación a Víctimas UMARV, 2014b).

Educación, trabajo y recreación:

Los servicios de educación y la salud también se encuentran lejos de llegar a la mayoría de habitantes. Las actividades laborales de sus habitantes se concentran en la construcción, los oficios varios y la informalidad. La mayoría de la población se encuentra sin empleo y acude a la práctica del “recorrido” es decir, a pedir limosna en las diferentes vías de la ciudad (Unidad Municipal de Atención y Reparación a Víctimas UMARV, 2014b).

Comuna 4 (Aranjuez)

Descripción general:

La Comuna 4 (Aranjuez) se encuentra constituida por 14 barrios (Berlín, San Isidro, Palermo, Bermejál-Los Álamos, Moravia, Sevilla, San Pedro, Manrique Central No.1, Campo Valdés No.1, Las Esmeraldas, La Piñuela, Aranjuez, Brasilia, Miranda) y 5 áreas institucionales

(Universidad de Antioquia, Jardín Botánico, Parque Norte, Parque Explora, Ruta N), con un total de 162 252 habitantes (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2005) pertenecientes predominantemente al estrato medio bajo y con una pirámide poblacional robustecida en el centro por los jóvenes y adultos entre los 20 y los 30 años. Su conformación inicia a mediados de la década de los 40 mediante procesos de urbanización pirata que se transformaron en un desarrollo de asentamientos espontáneos en la década del 50. El segundo periodo de poblamiento surge en la década de los 60, producto de flujos migratorios ocasionados por la violencia en diferentes zonas rurales del país y en particular del departamento de Antioquia. Desde entonces se configuran como proceso ilegal de urbanización algunos sectores de la Comuna altamente poblados, con insuficiente infraestructura para educación, vivienda y salud, e inadecuada calidad de los servicios públicos y problemas de habitabilidad. En la actualidad, se considera la Comuna con riesgo permanente de desplazamiento de población indígena (Alcaldía de Medellín, 2015).

Asistencia sanitaria y acceso a servicios

Según la *Encuesta de Calidad de Vida* (Alcaldía de Medellín, 2012), el 22 % de los encuestados en la Comuna están afiliados al régimen contributivo, el 23,10 % son beneficiarios, el 28,59 % subsidiado y el 0,19 % corresponde al régimen especial. Este mayor porcentaje en la población subsidiada o beneficiaria representa una carga importante para el sistema, además indica que hay una alta tasa de desocupación puesto que, comparando estos datos con los de población, es posible demostrar que aunque el grueso se encuentra en edad económicamente activa, no está siendo utilizado por el mercado laboral, o por lo menos no con la formalización deseada (Alcaldía de Medellín, 2015). En relación con la salud, la presencia de trastornos mentales como el estrés postraumático se considera alto (Alcaldía de Medellín, 2014), relacionado con las víctimas de delitos y accidentes en la Comuna. Aranjuez presenta además un nivel alto de indicación de trastorno por dependencia de consumo de alcohol y un nivel de riesgo muy alto para los grupos de trastornos de ansiedad, afectivos, impulsivos, consumo de sustancias, entre otros (Torres de Galvis y Posada Villa, 2012). Otras problemáticas en materia de vivienda y servicios públicos son el riesgo de hundimientos en algunas casas por humedades severas; alto porcentaje de viviendas construidas con materiales inadecuados o no aptos (desechos, madera, etc.); falta de control urbanístico en procesos de construcción de vivienda y desconocimiento del Plan de Ordenamiento Territorial; desplazamiento intraurbano y rural; y falta de legalización de los barrios para acceder a los servicios públicos domiciliarios (Alcaldía de Medellín, 2015).

Educación, trabajo y recreación

En la Comuna 4 (Aranjuez) hay un porcentaje del 4,33 % de población que no sabe leer y escribir, gran parte de la población solo ha aprobado el nivel de primaria y cerca del 75 % de la población no está estudiando. Por otro lado, dadas las condiciones socioeconómicas precarias de las familias de la Comuna, el mayor interés de los jefes de hogar se centra en la generación de ingresos y no tanto en la participación en estas actividades lúdicas, recreativas y deportivas. Se evidencia, además, un desajuste en el mercado laboral que se expresa en altas tasas de desempleo e informalidad, lo que afecta a la población en edad de trabajar y ha generado una serie de anomalías económicas y deteriorado la calidad de vida de la población más vulnerable que depende, en gran medida, de la venta de su fuerza de trabajo (Alcaldía de Medellín, 2015).

Comuna 8 (Villa Hermosa)

Descripción general:

La Comuna 8 (Villa Hermosa) se encuentra ubicada en la zona centro oriental de la ciudad de Medellín; limita con la Comuna 3 (Manrique), Comuna 9 (Buenos Aires), Comuna 10 (Candelaria) y con el corregimiento de Santa Elena. Cuenta con 18 barrios reconocidos en el ordenamiento territorial, varios asentamientos de población desplazada que generalmente se ubican en los límites del área urbana, de los cuales algunos presentan condiciones muy precarias, privados de derechos económicos y sociales básicos, además de padecer otras inseguridades y el permanente acecho de grupos armados ilegales que ejercen control sobre sus territorios. En la Comuna 8, al igual que en otras comunas de Medellín, existen grupos armados que se disputan su territorio, generando altos niveles de inseguridad, y en los que participa un número significativo de personas que realizan acciones delictivas.

En relación con aspectos sociodemográficos, para el año 2012, de los 135 713 habitantes de la Comuna 8, 47 267 pertenecían al estrato 1, y 47 315 se encontraban entre los 15 y 34 años de edad. En el año 2015, se estiman cerca de 137 531 habitantes (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2005). Los barrios con mayor proporción de población víctima de desplazamiento forzado son Villatina, San Antonio, Las Estancias y Villa Lilian; y los sectores de Las Granjas, La Torre, Esfuerzos de Paz, El Ventiadero, Tres Esquinas y La Cañada están afectados por la inseguridad, pobreza, exclusión política y social, abandono estatal, marginalidad (Unidad Móvil de Gestión y Prevención del Riesgo de Violaciones de Derechos Humanos y de infracciones al Derecho Internacional Humanitario, 2012).

Asistencia sanitaria y acceso a servicios

Para el caso de la salud, del total de habitantes de la comuna, 29073 no cuentan con algún tipo de cobertura. Dentro de las problemáticas se encuentran las relacionadas con la atención en salud y cobertura, y la ausencia de lugares para vivienda digna (Unidad Móvil de Gestión y Prevención del Riesgo de Violaciones de Derechos Humanos y de Infracciones al Derecho Internacional Humanitario, 2012).

Educación, trabajo y recreación

En material de educación, se encuentra que 1 258 personas mayores de 15 años no saben leer ni escribir. La percepción de pobreza en los años 2010-2011 para los habitantes de la Comuna 8 aumentó debido a la persecución de las ventas informales, modo de subsistencia de gran número de personas de esta población. En la Comuna se encuentran condiciones económicas marcadas por la precariedad; el 52,75 % están desempleados y el 47,25 % se desempeña en empleos precarios, elementos que reflejan la poca oferta laboral. La mayoría de las víctimas son mujeres cabeza de hogar, con bajos niveles de educación formal, que antes del desplazamiento no realizaban actividades laborales, lo que aumenta las tasas de desempleo en la Comuna (Unidad Móvil de Gestión y Prevención del Riesgo de Violaciones de Derechos Humanos y de infracciones al Derecho Internacional Humanitario, 2012).

Comuna 13 (San Javier)

Descripción general

La Comuna 13 (San Javier) se organiza socioespacialmente por 19 barrios y 138 063 pobladores (DANE, 2005), los cuales en su mayoría han sido formados mediante procesos migratorios y otros relacionados con el desplazamiento forzado. Una de las problemáticas que vivencian sus pobladores se relaciona con el distanciamiento del Estado asociado a las condiciones geográficas de periferia y composición rural, lo que afecta la vigilancia en términos de control de la violencia y del conflicto armado (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2014). En el informe final realizado por la Unidad Municipal de Atención y Reparación a Víctimas (UMARV) (UMARV, 2014a), se detalló la caracterización de la población víctima del conflicto armado en los barrios Belencito, 20 de Julio y las Independencias de la Comuna 13 (San Javier). Allí se encontró que un 44 % son hombres y el 56 % restante son mujeres, mientras que el 41,1 % son niños entre 0 y 17 años de edad, el 18,8 % son jóvenes entre 18 y 26 años, el 35,7 % adultos entre 27 y 64 años, y el 4,4 % restante adultos mayores de más de 65 años de edad. El 32 % de las personas entrevistadas, reportaron ser víctimas de desplazamiento forzado.

Asistencia sanitaria y acceso a servicios

La mayoría de las víctimas encuestadas (79,7 %) no habitan en vivienda propia. En materia de servicios públicos domiciliarios, las personas refirieron que cuentan con alcantarillado en un 89,5 %, agua potable en un 88,9 % y recolección de basuras en un 86,7 %. No obstante, la conexión a electricidad por red se encuentra baja en un 69,2 % (UMARV, 2014a). En los habitantes de la Comuna 13, se observa un predominio en la afiliación al régimen subsidiado (84 %) y en régimen contributivo (13,7 %). Respecto al consumo de sustancias psicoactivas, se encuentra una prevalencia del 61,3 % cigarrillo, 12,5 % alcohol y 12,5 % marihuana. En relación con la asistencia a los servicios de salud, un 13,3 % de las víctimas caracterizadas en la Comuna 13, responde haber recibido atención psicosocial (UMARV, 2014a).

Educación, trabajo y recreación

Respecto al nivel educativo, el 50,3 % cuenta con estudios de educación básica primaria y 45,2 % educación secundaria; un 84,5 % de los niños varones y 75,5 % de niñas se encuentran estudiando actualmente (entre 0 y 17 años de edad). Por otro lado, cerca de un 63,5 % de encuestados no trabajan actualmente, y de las personas que se encuentran realizando alguna labor (28,9 %), la mayoría lo hace de manera informal (46,4 %) (UMARV, 2014a).

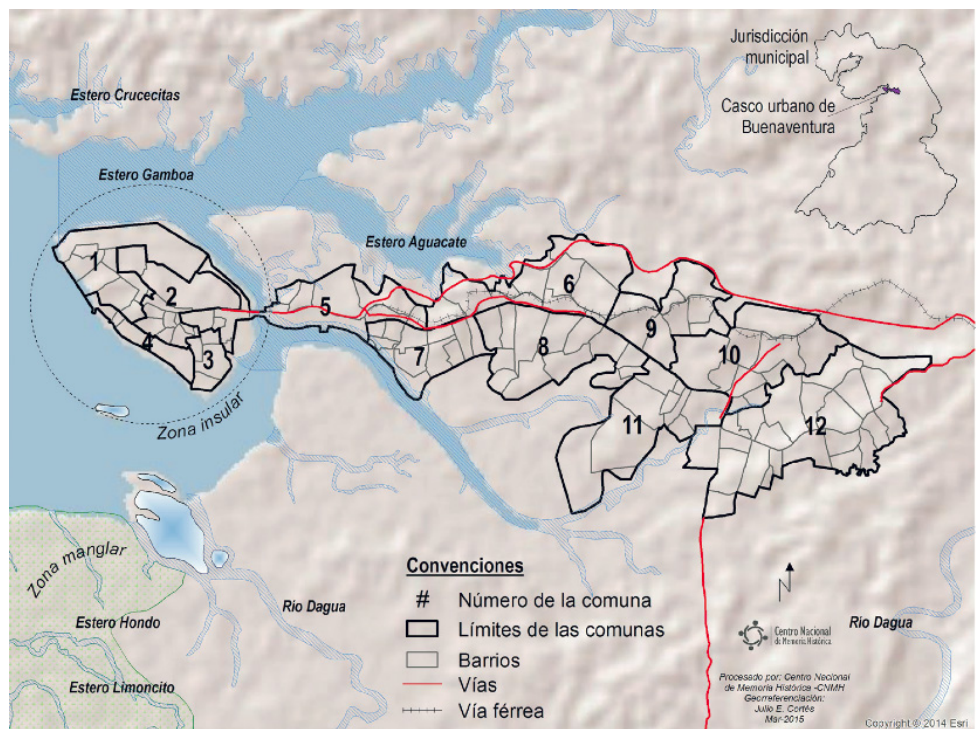
El caso de Buenaventura

Descripción general

El distrito Especial de Buenaventura cuenta con una extensión de 6 785 km² de los cuales el 99,6 % (6 759 km²) son de área rural y el 0,4 % (26 km²) son del área urbana. La cabecera

municipal la constituyen dos zonas: una insular (Isla Cascajal) en la que se ha desarrollado la zona portuaria, y una zona continental caracterizada por el uso residencial (Alcaldía Distrital de Buenaventura, 2015).

La zona rural se encuentra dividida en 19 corregimientos con 268 veredas, las cuales se están dispersas al interior del bosque húmedo tropical ubicados a la ribera de los ríos, quebradas y en medio de las zonas costeras; los asentamientos que más se destacan son Puerto Merizalde, San Francisco del Naya, Juan Chaco, Ladrilleros, Zacarías, Sabaletas, Cisneros, la Bocana, San Antonio de Yurumangui, Silva, Papayal, Málaga, entre otros (Alcaldía Distrital de Buenaventura, 2015) (mapa 7).



Mapa 7. División política administrativa del Distrito de Buenaventura.

Fuente: Centro Nacional de Memoria Histórica (2015).

Desplazamiento forzado en Buenaventura

Buenaventura es considerada la capital del pacífico colombiano, lo que convierte a este puerto en punto de llegada de personas de otros departamentos tales como Nariño, Cauca y Chocó. Históricamente ha sido receptora de poblaciones migrantes en busca de un mejor futuro, lo que ha decantado en barrios de invasión ubicados en la periferia del casco urbano, y ha generado un crecimiento desordenado de la ciudad, el cual sumado a la escasa presencia de la fuerza

pública y a la falta de oportunidades laborales y educativas, ha facilitado la presencia de hechos victimizantes como desapariciones y desplazamientos forzados (*Verdad Abierta, 2015*):

Los sitios de Buenaventura en donde más se concentran las acciones y los enfrentamientos de las bandas criminales son las comunas 3, 4, 10 y 12, habitadas por personas en alto grado de vulnerabilidad que se encuentran en zonas geográficas apetecidas por su cercanía al mar, vías fluviales y zonas selváticas, funcionales a actividades ilegales. En los barrios de estas comunas hay “fronteras invisibles” o “franjas rojas”, en donde quien pase de un sector a otro sin autorización corre el riesgo de perder la vida (p 15).

Otros informes como el presentado por la Fundación Ideas para la Paz en el año 2013 (Alcaldía Distrital de Buenaventura, 2015) anexan las comunas 5, 6 y 7, como sectores que también se encuentran permeados por la presencia de grupos armados ilegales. Además, la presencia de redes al servicio de Urabeños y La Empresa a mediados del año 2013 en zona urbana de Buenaventura, han hecho que los homicidios se presenten en la totalidad del área urbana del Distrito.

Para el año 2015 se reportaron 74 976 personas víctimas de desplazamiento en Buenaventura; las mujeres en situación de desplazamiento fueron en su mayoría de edades entre los 20 y 39 años, en contraste con los hombres cuyas edades oscilaban entre los 10 y 39 años (Alcaldía Distrital de Buenaventura, 2015).

En los últimos 10 años la mayor cantidad de personas recibidas en el municipio se ha dado entre los periodos 2006-2008 y 2012-2014. En relación con este último periodo, han sido más las personas declaradas que las recibidas, lo que podría explicarse por los desplazamientos intraurbanos que se han generado a partir de conflictos en la zona urbana ante las disputas territoriales de las bandas criminales y los grupos insurgentes (tabla 6).

Tabla 6. Personas víctimas de desplazamiento forzado por conflicto armado. Buenaventura 2006-2016

Vigencia	Personas Expulsadas	Personas Recibidas	Personas Declaradas
2006	13 557	12 030	9 451
2007	16 164	12 155	10 349
2008	15 171	11 362	9 687
2009	4 646	3 369	518
2010	4 469	4 328	4 370
2011	20 684	7 308	6 335
2012	13 493	10 117	9 806
2013	21 138	14 983	18 540
2014	24 774	16 043	19 138
2015	6 683	6 047	10 008
2016	280	237	490

Tomado de: (2016a). Registro Único de Víctimas.

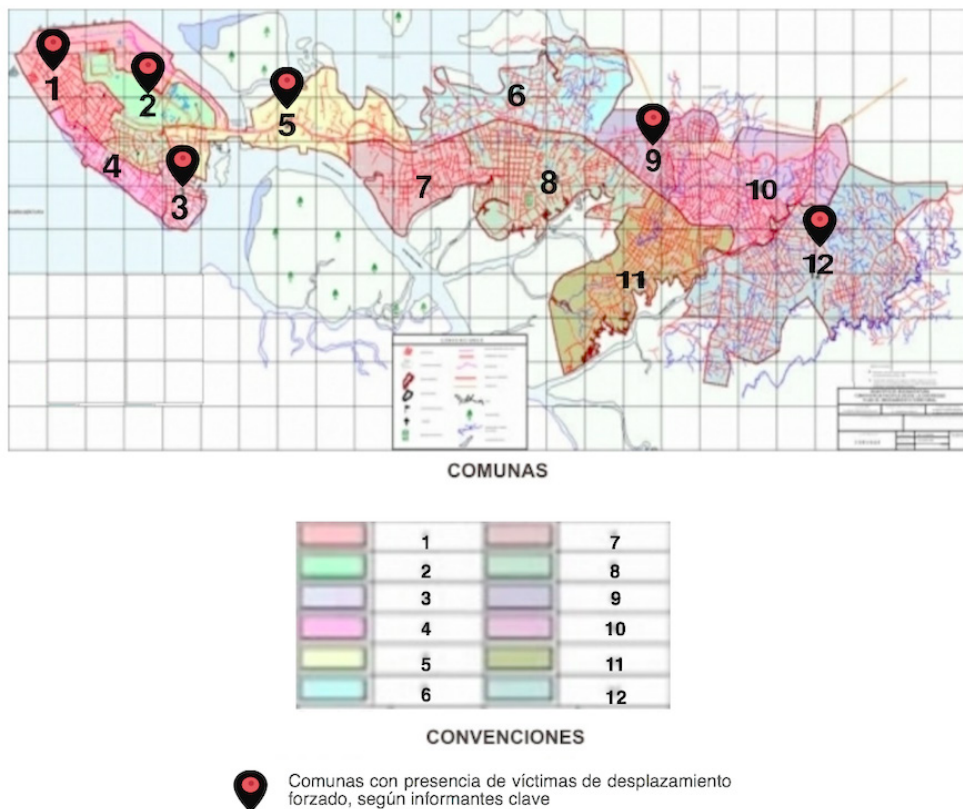
Lugares de asentamiento en Buenaventura

Respecto a la ubicación geográfica de la población víctima de desplazamiento forzado al interior del Distrito, en la cartografía realizada con el grupo de trabajo se priorizaron las comunas con mayor número de asentamientos de personas víctimas de desplazamiento forzado, las cuales fueron las comunas 1, 2, 3, 5, 9 y 12. Por otro lado, en relación con los barrios o sectores que se encuentran al interior de las comunas mencionadas y que se identifican como sectores vulnerables o con mayor cantidad de víctimas de desplazamiento forzado, se reconocen Zona Calima, San Antonio (Etapa I y II), Lleras, Santa Cruz, Punta del Este, Santafé, Gamboa, y La Gloria– (sector El Esfuerzo) (I y II) (tabla 7).

Tabla 7. Comunas y sectores con mayor población víctima de desplazamiento forzado en Buenaventura

Comuna	Barrio Lugar	Número total de habitantes
1	Sector Zona Calima	32 769
2	San Antonio	13 180
3	Alberto Lleras Camargo	11 956
5	Santa Cruz Punta del Este Santa Fe	25 987
9	Gamboa	22 600
12	La Gloria (sector El Esfuerzo)	62 435

La información registrada permitió la realización de una distribución geográfica que diera cuenta de la ubicación de la población víctima de desplazamiento forzado en el Distrito de Buenaventura (mapa 8).



Mapa 8. Ubicación geográfica de la población víctima de desplazamiento forzado en Buenaventura, según cartografía.

Es importante aclarar que si bien los informantes claves destacan estas comunas, existen otras localidades en la zona rural que cuentan también con un alto número de víctimas por la violencia y el conflicto armado.

En cuanto a las características geográficas, sociopolíticas y demográficas de estos sectores, se hace importante mencionar que los barrios de bajamar de las comunas 1, 3, 4 y 5 tienen acceso directo al mar y su control es importante para el tráfico de armas, drogas, y piratería (robo a bordo de buques y otras motonaves) (Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo [Fedesarrollo] y Centro de Recursos para el Análisis del Conflictos [CERAC], 2013). Además, en las comunas 1 y 2 encuentran zonas de mayor desarrollo de la actividad comercial, lo que incrementa las actividades de extorsión en estos sectores.

En relación con los barrios de las comunas 7, 8 y 11, en la zona continental tienen acceso directo a los esteros de algunos de los principales ríos de la zona rural, los cuales funcionan como vía de comunicación fluvial entre la zona continental urbana y la rural (Fedesarrollo y CERAC, 2013). Por su parte, las comunas 3, 4 y 12 presentan las condiciones más serias de pobreza y vulnerabilidad, seguidos por la Comuna 2; la mayoría de los habitantes de estas comunas vienen de la zona rural, y han sido víctimas de la violencia y el desplazamiento forzado (Meneses, 2014). De igual manera,

los barrios de las comunas 6, 9 y 10, permiten el control de la zona debido a la influencia en la vía alterna interna del municipio, y particularmente en la Comuna 12 se encuentra una ubicación estratégica para la adquisición del control sobre la principal vía de acceso terrestre al municipio (Fedesarrollo y CERAC, 2013). Particularmente para el caso de la Comuna 12, esta representa el sector más grande y con mayores riesgos respecto a los demás sectores del Distrito de Buenaventura, con una significativa variedad poblacional, unas condiciones de origen como sector receptor de población víctima de desplazamiento forzado, y un acceso estratégico en términos de tráfico de drogas y armas (Equipo Humanitario Colombia, 2016).

A esto se le suma las restricciones de movilidad en el sector, lo que afecta bienes, servicios y la vida comunitaria en general. Los grupos más vulnerables ante esta situación son los niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Dentro de los principales problemas que enfrentan en términos de seguridad están los combates o enfrentamientos entre grupos armados, el desplazamiento forzado y las altas tasas de criminalidad y violencia (Equipo Humanitario Colombia, 2016).

Descripción general

En el informe realizado por la Oficina Gestión de Paz y Convivencia de la Gobernación del Valle (2004), en Convenio con la OIM, se reportó que la población en situación de desplazamiento forzado residentes en Buenaventura se caracteriza por ser predominantemente del grupo étnico negro en un 90 %, los cuales se situaron en áreas subnormales y terrenos de invasión ubicados en las comunas 12 (67,4 %), 6 (11,4 %), 2 (5,9 %) y 5 (4,8 %). Además, se encontró un 71,8 % carentes de vivienda, sus jefaturas se caracterizan por estar conformadas por hombres en un 61,5 % de los casos, y el estado civil de los jefes es principalmente la unión libre en un 54,9 % de los casos.

Asistencia sanitaria y acceso a servicios

Algunos factores estructurales como la pobreza y la baja presencia institucional son representativos en diferentes sectores de Buenaventura. En relación con la salud mental de los habitantes, se encuentra poca atención frente a cuadros de angustia y miedo intenso. Respecto a las problemáticas que enfrenta la comunidad, se encuentran la ausencia de proyectos para la atención psicosocial y mental; la insuficiencia de programas para la prevención del consumo de drogas psicoactivas y alcohol y el desconocimiento por parte del Estado en torno al conflicto que atraviesan los barrios como consecuencia de grupos armados organizados, y no limitándose a las condiciones de pobreza y delincuencia común (Equipo Humanitario Colombia, 2016).

La mayoría de los habitantes cuentan con energía eléctrica (73,26 %), acueducto (66,3 %), pero un bajo porcentaje con alcantarillado (21,97 %) y, por último, quienes no cuentan con ningún tipo de servicio (9,15 %). El 90 % de los habitantes del municipio experimentan NBI y el 72,44 % vive en estado de pobreza aguda. En términos generales la mayoría de las familias se encuentran pagando arriendo en la vivienda donde habitan (47,7 %), le siguen las familias que cuentan con una casa propia totalmente pagada (28,8 %), luego quienes se encuentran ubicadas donde un familiar o amigo (16,6 %), quienes están en casa propia pero pagándola todavía (5 %) y por último los que viven en invasión 1,9 % (Oficina de Gestión de Paz y Convivencia de la Gobernación del Valle, 2004).

Educación, trabajo y recreación

El nivel de escolaridad de los jefes de hogar se centra principalmente en la primaria con el 58,6 % y un 17,6 % adicional manifiesta no haber recibido alguna educación formal; solo existe un 15,4 % con algún nivel de secundaria y un 2,2 % con algún nivel de educación superior (Oficina de Gestión de Paz y Convivencia de la Gobernación del Valle, 2004). Los menores de edad son vulnerables al reclutamiento forzado, por lo que los padres acuden a retirar a sus hijos de las escuelas para trasladarlos a otras instituciones educativas. El sector educativo también se ve afectado debido a las renunciaciones del personal docente por motivos de inseguridad y desprotección por parte de las entidades que representan al Estado (Equipo Humanitario Colombia, 2016). El nivel de lecto-escritura de la población es del 70,3 % y un 40 % de jefes de hogar se encuentran desempleados. La mayoría de los habitantes no cuentan con formación profesional, por lo que las labores que realizan tienen que ver con el empleo informal como maestro o ayudante de albañilería (Equipo Humanitario Colombia, 2016). Las actividades actuales están sustentadas básicamente en la venta de mano de obra barata bajo la modalidad de “servicios” en un 41,2 %, en actividades como las ventas ambulantes, los servicios domésticos, oficios varios, y servicio de lavandería (Oficina de Gestión de Paz y Convivencia de la Gobernación del Valle, 2004).

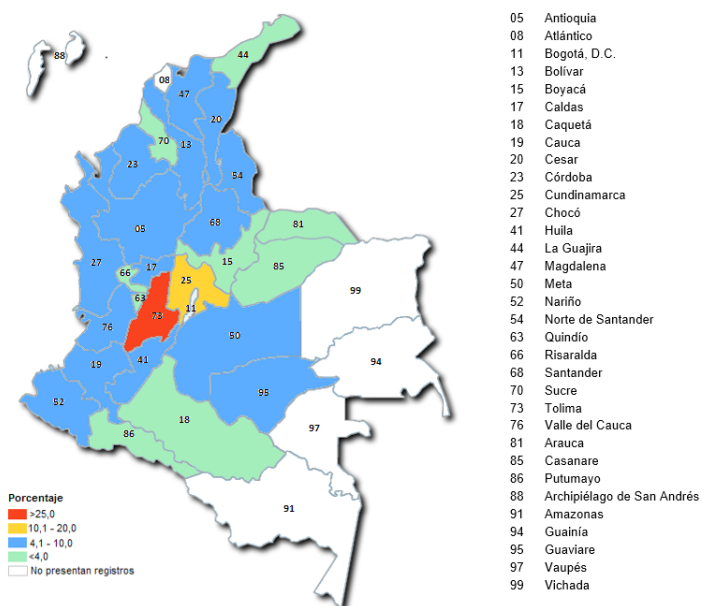
Procedencia de las víctimas de desplazamiento forzado asentadas en Bogotá, Medellín y Buenaventura

Para el caso de Bogotá se encontró mayor prevalencia de población asentada proveniente de los departamentos de Tolima (28,1 %), Cundinamarca (10,8 %) y Meta (9,2 %) (tabla 8 y mapa 9).

Tabla 8. Departamentos expulsores de la población víctima de desplazamiento forzado asentada en Bogotá

Departamento	n	%
Tolima	52	28,1
Cundinamarca	20	10,8
Meta	17	9,2
Antioquia	16	8,6
Bolívar	16	8,6
Huila	15	8,1
Chocó	13	7
Magdalena	13	7
Santander	13	7
Córdoba	12	6,5
Cesar	11	5,9
Valle del Cauca	9	4,9

Departamento	n	%
Nariño	8	4,3
Norte de Santander	8	4,3
Guaviare	8	4,3
Caldas	8	4,3
Cauca	8	4,3
Boyacá	7	3,8
Caquetá	7	3,8
Putumayo	6	3,2
Sucre	5	2,7
Quindío	4	2,2
Arauca	3	1,6
Casanare	2	1,1
Guajira	1	0,5
Risaralda	1	0,5

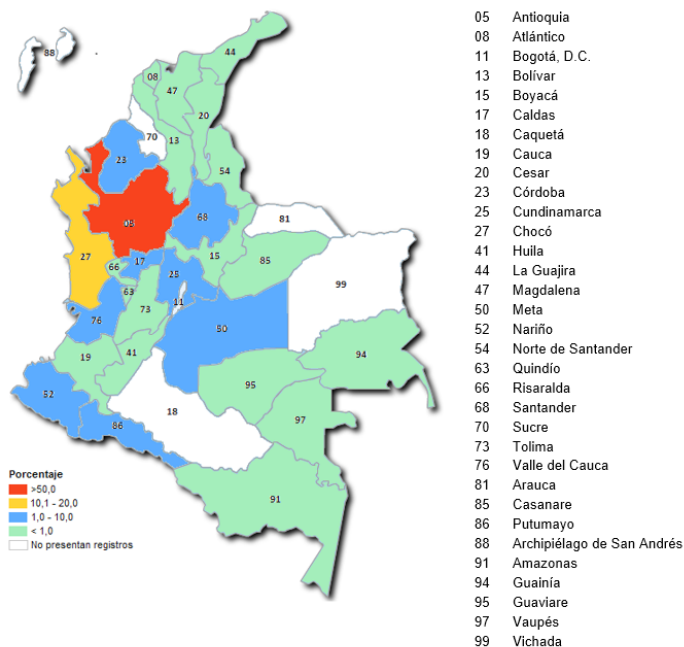


Mapa 9. Distribución porcentual de los departamentos expulsores de población víctima del desplazamiento forzado asentada en Bogotá.

En los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas a la población víctima de desplazamiento forzado que participaron de este estudio, se encontró que los departamentos de donde proviene mayoritariamente la población víctima de desplazamiento forzado asentada en la ciudad de Medellín fueron Antioquia (54,2 %), Chocó (12 %) y Córdoba (9,3 %) (tabla 9 y mapa 10).

Tabla 9. Departamentos expulsores de la población víctima de desplazamiento forzado asentada en Medellín

Departamento	n	%
Antioquia	117	54,2
Chocó	26	12
Córdoba	20	9,3
Valle del Cauca	8	3,7
Caldas	5	2,3
Cundinamarca	4	1,9
Santander	4	1,9
Meta	3	1,4
Nariño	3	1,4
Putumayo	3	1,4
Bolívar	2	0,9
Guaviare	2	0,9
Huila	2	0,9
Quindío	2	0,9
Norte de Santander	2	0,9
Vaupés	2	0,9
Amazonas	1	0,5
Atlántico	1	0,5
Boyacá	1	0,5
Casanare	1	0,5
Cauca	1	0,5
Cesar	1	0,5
Guainía	1	0,5
Guajira	1	0,5
Magdalena	1	0,5
Risaralda	1	0,5
Tolima	1	0,5

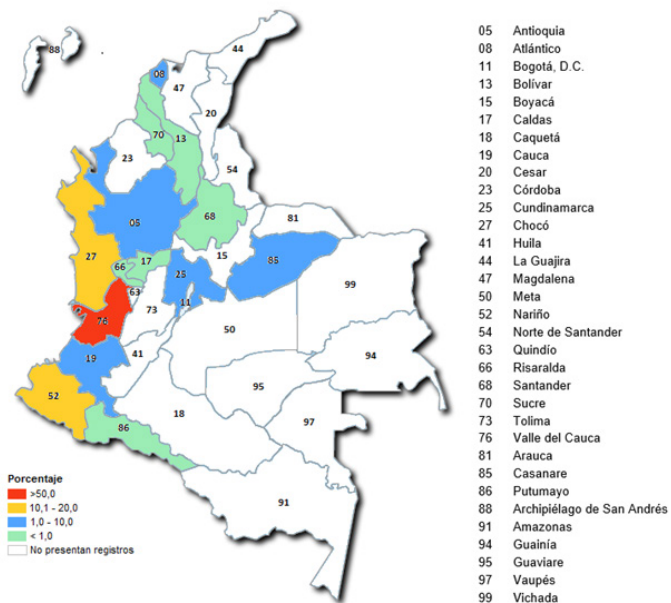


Mapa 10. Distribución porcentual de los departamentos expulsores de población víctima del desplazamiento forzado asentada en Medellín.

En Buenaventura, los departamentos expulsores con mayor frecuencia de las personas que se asentaron en esta ciudad fueron Valle del Cauca (56,3 %), Nariño (13,2 %) y Chocó (12,6 %) (tabla 10 y mapa 11).

Tabla 10. Departamentos expulsores de la población víctima de desplazamiento forzado asentada en Buenaventura

Departamento	n	%
Valle del Cauca	107	56,3
Nariño	25	13,2
Chocó	24	12,6
Cauca	15	7,9
Cundinamarca	5	2,6
Antioquia	3	1,6
Atlántico	3	1,6
Casanare	2	1,1
Bolívar	1	0,5
Caldas	1	0,5
Putumayo	1	0,5
Risaralda	1	0,5
Santander	1	0,5
Sucre	1	0,5



Mapa 11. Distribución porcentual de los departamentos expulsores de población víctima del desplazamiento forzado asentada en Buenaventura.

Resultados

Resultados

*Guillermo Alonso Castaño Pérez, Gloria María Sierra Hincapié, Daniela Sánchez Acosta,
Carolina Salas Zapata, Carolina Buitrago Salazar*

Resultados generales

Características sociodemográficas de la población de estudio

La población de estudio estuvo representada por una muestra de 1 026 personas entre los 13 y 65 años de edad, de los cuales el 46,5 % correspondía a hombres. Con relación a la edad se encontró que la quinta parte contaban con edades entre los 13 y 17 años (20,5 %). Respecto a su ocupación, el 32,1 % trabajaba, seguido del 25,1 % que se dedicaba a los quehaceres del hogar. La mayor parte de la población vivía en el nivel socioeconómico bajo (91,1 %) (estratos 1 y 2) y contaba con un régimen de afiliación en salud subsidiado (71,9 %). Aproximadamente el 50 % de la población tenía estudios secundarios y un poco menos de la mitad presentan un estado civil soltero (47,4 %) (tabla 11).

Tabla 11. Distribución de las características sociodemográficas de la población víctima de desplazamiento forzado, Bogotá, Medellín, Buenaventura. 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	477	46,5 %
	Femenino	549	53,5 %
Grupos de edad	13 a 17 años	210	20,5 %
	18 a 29 años	282	27,5 %
	30 a 44 años	282	27,5 %
	45 a 65 años	252	24,6 %
Ocupación	Trabaja	329	32,1 %
	Estudiante	222	21,6 %
	No trabaja ni busca trabajo	54	5,3 %
	Labores del hogar	258	25,1 %
	Otra	163	15,9 %
Estrato socioeconómico	Sin estrato	35	3,4 %
	Bajo	935	91,1 %
	Medio	24	2,3 %
	No sabe	32	3,1 %
Régimen de seguridad social	Contributivo	183	17,8 %
	Subsidiado	738	71,9 %
	No asegurado	96	9,4 %
	Otro	9	0,9 %
Nivel de escolaridad	Sin estudios	63	6,1 %
	Primaria	353	34,4 %
	Secundaria	519	50,6 %
	Técnico/tecnólogo	61	5,9 %
	Universitaria	30	2,9 %
Estado civil	Soltero	486	47,4 %
	Casado	87	8,5 %
	Unión libre	369	36 %
	Separado/divorciado	62	6 %
	Viudo	22	2,1 %
		1026	100 %

De igual modo, la distribución por sexo y grupos de edad presentó un comportamiento similar. El grupo de edad que más diferencia presentó por sexo fue el de 45 a 65 años con una diferencia de 0,7 puntos a favor de los hombres. Por sexo, el grupo etario más representativo estuvo entre los 18 y los 44 años (gráfico 7).

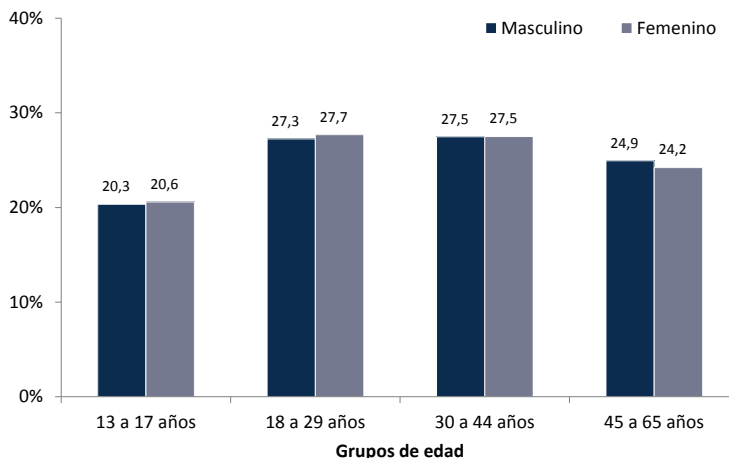


Gráfico 7. Distribución según sexo y grupos de edad, Bogotá, Medellín, Buenaventura 2016 (N=1026).

Información relacionada con el desplazamiento

El 80,8 % de la población que hizo parte del estudio manifestó haber sufrido un desplazamiento forzado, el 19,2 % restante tuvieron dos o más desplazamientos; una de las personas refirió haber sido víctima de este evento 12 veces a lo largo de su vida. El 85,6 % se desplazó con su grupo familiar. En cuanto al tiempo que lleva de ser desplazado, más del 90 % informó llevar más de un año en el momento de la encuesta. Con relación a los grupos armados al margen de la ley, se presentó que por cada 100 personas que habían sido desplazadas por los paramilitares, 173 lo habían hecho influenciadas por la guerrilla.

Aproximadamente 9 de cada 10 personas no tuvieron tiempo para planear su salida del lugar de residencia, y la mayoría de las personas que habían sido víctimas del desplazamiento forzado, llegaron a la casa de un familiar después de sufrir el evento (tabla 12).

Tabla 12. Distribución de las variables relacionadas con el desplazamiento forzado, Bogotá, Medellín, Buenaventura. 2016

		Recuento	%
Número de desplazamientos	Un desplazamiento	829	80,8 %
	Dos o más desplazamientos	197	19,2 %
Forma de desplazamiento	Individual	119	11,6 %
	Familiar	878	85,6 %
	Grupal	9	0,9 %
	Masivo	20	1,9 %
Tiempo de desplazado	Menor a un año	59	5,8 %
	Entre 1 y 5 años	377	36,7 %
	Entre 6 y 10 años	590	57,5 %
Actor que influyó en el desplazamiento	Guerrilla	596	58,1 %
	Paramilitares	345	33,6 %
	Delincuencia común	33	3,2 %
	Ejército	7	0,7 %
	Otros	45	4,4 %
Desplazamiento intempestivo	Sí	893	87 %
	No	133	13 %
Lugar a donde llega cuando es desplazado	Casa de un familiar	709	69,1 %
	Institución gubernamental	27	2,6 %
	Albergues	38	3,7 %
	Terminal de transporte	49	4,8 %
	Otro	203	19,8 %
		1 026	100 %

Hechos victimizantes

Los hechos victimizantes más frecuentes fueron en su orden el despojo de tierras, las amenazas, y los actos terroristas, todos con frecuencias por encima del 50 %. La desaparición forzada fue el quinto hecho victimizante más frecuente, le siguen las masacres y los delitos contra la libertad. Un aspecto importante para resaltar, por las implicaciones que tiene esto en la violación de los derechos humanos, es que el 9,7 % vivenciaron la vinculación de niños, niñas o adolescentes a grupos armados, lo cual los obligó a huir (gráfico 8).

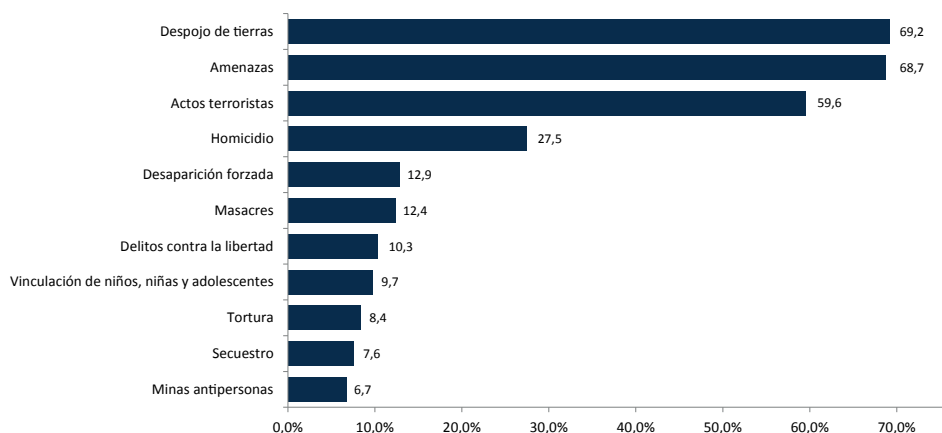


Gráfico 8. Distribución de los hechos victimizantes en población víctima de desplazamiento forzado, Bogotá, Medellín, Buenaventura. 2016.

Con respecto a los hechos victimizantes y su relación con el sexo de las víctimas, se presentaron frecuencias absolutas y relativas muy similares en despojo de tierras, actos terroristas, masacres, tortura y secuestro. Entre los hechos que pudieron ser desencadenantes del suceso de desplazamiento forzado y que presentaron mayor frecuencia están el despojo de tierras, las amenazas, actos terroristas y los homicidios. El hecho victimizante que menos se presentó fue el de minas antipersonas y secuestro para ambos sexos. Es de aclarar que cada persona encuestada pudo haber sido víctima de uno o más hechos victimizantes de los once que se exponen en la tabla 13.

Tabla 13. Distribución de los hechos victimizantes en población víctima de desplazamiento forzado según sexo, Bogotá, Medellín, Buenaventura. 2016

Hecho victimizante	Masculino (n=477)		Femenino (n=549)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Actos terroristas	280	58,7 %	331	60,3 %
Amenazas	346	72,5 %	359	65,4 %
Delitos contra la libertad	39	8,2 %	67	12,2 %
Desaparición forzada	50	10,5 %	82	14,9 %
Homicidio	126	26,4 %	156	28,4 %
Masacres	60	12,6 %	67	12,2 %
Minas antipersonas	35	7,3 %	34	6,2 %
Secuestro	37	7,8 %	41	7,5 %

Hecho victimizante	Masculino (n=477)		Femenino (n=549)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Tortura	41	8,6 %	45	8,2 %
Vinculación de niños, niñas y adolescentes	50	10,5 %	50	9,1 %
Despojo de tierras	327	68,6 %	383	69,8 %

Atención en salud y acceso a los servicios

Un poco más de la quinta parte de los participantes (20,3 %) manifestaron la necesidad de atención psicológica o psiquiátrica, de los cuales aproximadamente el 15,3 % recibieron dicha atención, lo que implica que cerca del 24,6 % de la población que sentía la necesidad de la atención aún no la había recibido. A 97 de las 1 026 personas les diagnosticaron algún trastorno mental en su vida, el cual fue realizado en su mayoría por un psicólogo o un médico general; el 19,6 % fue diagnosticado por un psiquiatra. Es importante destacar que entre las personas que les habían diagnosticado un trastorno mental, en el 90,7 % de los casos fue después de haber presentado el desplazamiento (tabla 14).

Tabla 14. Distribución de las variables relacionadas con la atención en salud en población víctima de desplazamiento forzado, Bogotá, Medellín, Buenaventura. 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Necesidad de atención psicológica o psiquiátrica	Sí	208	20,3 %
	No	818	79,7 %
¿Ha recibido atención psicológica o psiquiátrica?	Sí	157	15,3 %
	No	869	84,7 %
¿Le han diagnosticado algún trastorno mental?	Sí	97	9,5 %
	No	929	90,5 %
¿Quién lo diagnosticó?*	Psicólogo	42	43,3 %
	Psiquiatra	19	19,6 %
	Médico general	30	30,9 %
	Otro	6	6,2 %
¿El diagnóstico fue antes o después del desplazamiento?*	Antes	9	9,3 %
	Después	88	90,7 %
¿Toma algún medicamento psiquiátrico?*	Sí	16	16,5 %
	No	81	83,5 %
¿Ha presentado dificultades en la atención a salud?*	Sí	27	27,8 %
	No	70	72,2 %

* Pregunta realizada a las 97 personas que afirmaron haber tenido algún trastorno mental en la vida.

A las 97 personas que les habían diagnosticado algún trastorno mental en la vida, se les preguntó si habían presentado problemas o dificultades para acceder a la atención en salud, a lo cual el 27,8 % (27 personas) respondieron que sí. Las dificultades más frecuentes fueron demora en las citas, negación en la atención y demasiada tramitología. La dificultad menos recuente fue la lejanía de los centros de atención (gráfico 9).

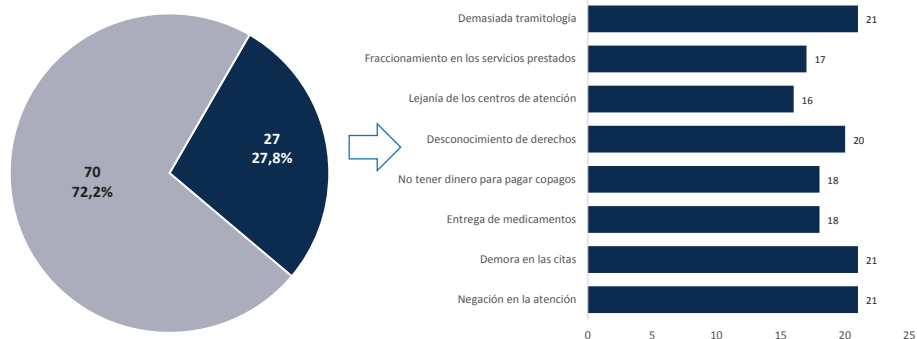


Gráfico 9. Distribución de las dificultades para acceder a los servicios de salud mental, Bogotá, Medellín, Buenaventura. 2016

Prevalencia de trastornos mentales

Analizando los trastornos más prevalentes en la población víctima de desplazamiento forzado y asentada en Bogotá, Medellín y Buenaventura y las características de la población, se encontró que aproximadamente 17 de cada 100 personas habían sufrido depresión mayor alguna vez en su vida, y actualmente cuenta con una prevalencia reciente (último mes) de 2,24 %. El estrés postraumático presentó una prevalencia de vida de 9,94 % y una prevalencia reciente de 4,39 para el último mes (tabla 15).

Tabla 15. Prevalencia de vida, último año y último mes (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) para los trastornos mentales en la población víctima de desplazamiento forzado, Bogotá, Medellín, Buenaventura. 2016

Trastorno	Vida	Último año	Último mes
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Trastorno de pánico	2,83 (1,81-3,84)	1,36 (0,65-2,07)	0,58 (0,12-1,05)
Ansiedad generalizada	3,41 (2,30-4,52)	1,36 (0,65-2,07)	0,39 (0,01-0,77)
Agorafobia	3,02 (1,97-4,07)	2,05 (1,18-2,91)	0,88 (0,31-1,45)
Fobia social	5,95 (4,50-7,39)	4,19 (2,96-5,42)	1,46 (0,73-2,20)
Fobia específica	17,74 (15,40-20,08)	9,26 (7,49-11,03)	2,73 (1,73-3,73)

Trastorno	Vida	Último año	Último mes
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Estrés postraumático	9,94 (8,11-11,77)	7,31 (5,72-8,90)	4,39 (3,13-5,64)
Ansiedad por separación	7,21 (5,63-8,80)	3,22 (2,14-4,30)	1,36 (0,65-2,07)
Depresión mayor	16,37 (14,11-18,64)	7,12 (5,54-8,69)	2,24 (1,34-3,15)
Distimia	2,05 (1,18-2,91)	1,66 (0,88-2,44)	0,78 (0,24-1,32)
Bipolar	2,05 (1,18-2,91)	1,27 (0,58-1,95)	0,88 (0,31-1,45)
Déficit de atención	5,62 (3,83-7,40)	2,03 (0,94-3,12)	NC
Negativista desafiante	8,89 (6,69-11,10)	2,18 (1,05-3,32)	NC
Trastorno de conducta	5,77 (3,97-7,58)	1,25 (0,39-2,11)	NC
Bulimia	0,63 (0-1,49)	0,31 (0-0,92)	0,31 (0-0,92)
Anorexia	0,31 (0-0,92)	0 (0-0)	0 (0-0)

NC: No calculado

Teniendo en cuenta que, para la creación de programas enfocados a la intervención, el indicador o insumo más importante, es el que se presenta en el último año; al respecto se observó que en la población de estudio los trastornos más prevalentes fueron la fobia específica (9,26 %), estrés postraumático (7,31 %) y depresión mayor (7,12 %).

Al realizar un análisis por cada grupo de trastornos se reflejó que para los trastornos de ansiedad, el estrés postraumático y la ansiedad por separación hay muy poca variación con relación a las tres medidas de prevalencia, lo que indicó lenta recuperación de estas enfermedades. Para los trastornos del estado del ánimo la depresión mayor fue la que presentaba mayor prevalencia en los tres indicadores. Con relación a los trastornos de la impulsividad, el trastorno más prevalente fue el negativista desafiante seguido del trastorno por déficit de atención, con prevalencias el último año 2,18 % y 2,03 % respectivamente. Los trastornos de la alimentación presentaron una prevalencia muy baja (tabla 8).

Con respecto a la prevalencia de los trastornos mentales en el último año según sexo y grupo etario, se registró la fobia específica (6,92 %) y la depresión mayor (6,50 %) como los trastornos más prevalentes para los hombres; y la fobia específica (11,29 %) y el estrés postraumático (8,74 %) para las mujeres. Para los dos grupos de edad que se analizaron, se encontró que los adolescentes presentaron las prevalencias más altas para los trastornos de impulsividad: negativista desafiante (6,12 %), trastorno de conducta (4,08 %) y déficit de atención (3,06 %); en los adultos las cifras más altas correspondieron a fobia específica (10,54 %), depresión mayor (8,33 %) y estrés postraumático (8,09 %) (tabla 16).

Tabla 16. Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de los trastornos mentales en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Bogotá, Medellín, Buenaventura. 2016

Trastorno	Masculino	Femenino	Adolescentes	Adultos
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Trastorno de pánico	1,05 (0,13-1,96)	1,64 (0,58-2,70)	0,48 (0-1,41)	1,59 (0,73-2,45)
Ansiedad generalizada	0,84 (0,02-1,66)	1,82 (0,70-2,94)	0,48 (0-1,41)	1,59 (0,73-2,45)
Agorafobia	0,42 (0-1)	3,46 (1,93-4,99)	1,43 (0-3,03)	2,21 (1,20-3,21)
Fobia social	2,94 (1,42-4,45)	5,28 (3,41-7,15)	2,86 (0,60-5,11)	4,53 (3,11-5,96)
Fobia específica	6,92 (4,64-9,2)	11,29 (8,65-13,94)	4,29 (1,55-7,03)	10,54 (8,43-12,65)
Estrés postraumático	5,66 (3,59-7,73)	8,74 (6,38-11,11)	4,29 (1,55-7,03)	8,09 (6,22-9,96)
Ansiedad por separación	2,10 (0,81-3,38)	4,19 (2,51-5,87)	0,48 (0-1,41)	3,92 (2,59-5,25)
Depresión mayor	6,5 (4,29-8,71)	7,65 (5,43-9,87)	2,38 (0,32-4,44)	8,33 (6,44-10,23)
Distimia	1,47 (0,39-2,55)	1,82 (0,70-2,94)	0,48 (0-1,41)	1,96 (1,01-2,91)
Bipolar	1,05 (0,13-1,96)	1,46 (0,45-2,46)	0,48 (0-1,41)	1,47 (0,64-2,3)
Déficit de atención	1,75 (0,23-3,27)	2,25 (0,71-3,8)	3,06 (0-6,47)	1,84 (0,71-2,97)
Negativista desafiante	2,1 (0,44-3,76)	2,25 (0,71-3,8)	6,12 (1,38-10,87)	1,47 (0,46-2,49)
Trastorno de conducta	1,40 (0,04-2,76)	1,13 (0,03-2,22)	4,08 (0,16-8)	0,74 (0,02-1,46)
Bulimia	0 (0-0)	0,54 (0-1,60)	0 (0-0)	0,36 (0-1,08)
Anorexia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)

Comportamiento suicida

Un poco más de la quinta parte de la población (21,25 %) manifestó haber pensado en suicidarse alguna vez en su vida, de los cuales el 38,3 % había realizado un plan para llevarlo a cabo y el 44,1 % intentó suicidarse al menos una vez (tabla 17).

Tabla 17. Prevalencia de vida y último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de indicadores de comportamiento suicida en la población víctima de desplazamiento forzado, Bogotá, Medellín, Buenaventura. 2016

Comportamiento suicida	Vida	Último año
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Ideación suicida	21,25 (18,08-24,42)	7,34 (5,32-9,36)
Planeación suicida	8,13 (6,01-10,24)	3,44 (2,03-4,85)
Intento de suicidio	9,38 (7,12-11,63)	2,66 (1,41-3,90)

En relación con el sexo y grupo etario, se encontró que el 9,6 % de las mujeres expresó haber pensado en la posibilidad de suicidarse en el año anterior al estudio; para el grupo de los adolescentes la prevalencia fue 11,34 % y para los adultos fue de aproximadamente 7 por cada 100 encuestados.

El 50 % de las mujeres que manifestó haber tenido ideas suicidas, pensaron en un plan para suicidarse. Las prevalencias más bajas según los grupos de análisis fueron en los hombres con 1,75 % y en los adultos con 2,76 %.

El comportamiento suicida en sus tres grupos, ideación, planeación e intento de suicidio, presentó las prevalencias más altas en las mujeres y en los adolescentes (tabla 18).

Tabla 18. Prevalencia de indicadores de comportamiento suicida en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario, Bogotá, Medellín, Buenaventura. 2016

Comportamiento suicida	Masculino	Femenino	Adolescentes	Adultos
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Ideación suicida	4,55 (2,13-6,96)	9,6 (6,54-12,67)	11,34 (5,03-17,65)	6,63 (4,54-8,72)
Planeación suicida	1,75 (0,23-3,27)	4,80 (2,57-7,03)	7,22 (2,07-12,37)	2,76 (1,38-4,14)
Intento de suicidio	1,05 (0-2,23)	3,95 (1,92-5,99)	5,15 (0,75-9,55)	2,21 (0,97-3,45)

Consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de sustancias psicoactivas presentó las frecuencias más altas para el alcohol y el tabaco, seguido por la marihuana, la cocaína, los inhalantes y el basuco. Para el alcohol, la prevalencia de consumo en la vida reportó el 68,71 %; la prevalencia en el último año fue del 46,49 % y la reciente (último mes), fue de 24,46 %. La prevalencia de vida (PV) de consumo de cigarrillo en esta población, fue de 31,29 %; último año (PA) 13,94 % y último mes (PM) 10,92 %.

De las drogas consideradas como ilegales, la marihuana fue la más consumida (PV= 11,21 %; PA= 3,02 %; PM= 2,05 %); en segundo lugar, se encontró la cocaína (PV= 3,51 %; PA= 1,17 %; PM= 0,39 %); luego los inhalables (PV= 2,34 %; PA= 0,88 %; PM= 0,39 %); y por último el basuco (PV=2,05 %; PA= 0,49 %, PM=0,10).

Los medicamentos sin prescripción médica (codeína, Winadine F, Algimide, Codipront, Winadol Forte, acetaminofén más codeína, metadona, morfina, tramal o tramadol, clonazepan, rivotril, zopiclona, zolpidem, Rohypnol, flunitracepam) presentaron un consumo en la vida de 2,53 personas por cada 100 encuestados y en el último año aproximadamente 2 personas también por cada 100 entrevistados.

A pesar de la baja prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas inyectables como la heroína, cocaína y alcohol, es de suma importancia su análisis debido a que ello se convierte

en un problema para la salud pública, pues tras estas formas de consumo aparecen malas prácticas de inyección y, con ello, la posibilidad de contagio con VIH, Hepatitis B y C. Para esta modalidad se encontró una prevalencia de vida de 0,68 % y en el último año de 0,39 %, lo que indica que de cada 1 000 personas víctimas de desplazamiento forzado, 39 de ellas habían tenido esta práctica en el último año.

Para los alucinógenos que se estudiaron (hongos y cacao sabanero), se presentó una prevalencia de 0,97 % en la vida y de 0,49 % en el último año.

En la categoría de “otras drogas”, donde se agruparon las sustancias de LSD, ketamina, éxtasis, y 2CB (Tucibi), se encontró una prevalencia de 1,46 % en la vida y 0,78 % en el último año, siendo el éxtasis y el LSD las sustancias más consumidas (tabla 19).

Tabla 19. Prevalencia de vida, último año y último mes (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) del consumo de sustancias psicoactivas en la población víctima de desplazamiento forzado, Bogotá, Medellín, Buenaventura. 2016

Sustancia psicoactiva	Vida	Último año	Último mes
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Alcohol	68,71 (65,88-71,55)	46,49 (43,44-49,54)	24,46 (21,83-27,09)
Tabaco	31,29 (28,45-34,12)	13,94 (11,82-16,06)	10,92 (9,01-12,82)
Marihuana	11,21 (9,28-13,14)	3,02 (1,97-4,07)	2,05 (1,18-2,91)
Basuco	2,05 (1,18-2,91)	0,49 (0,06-0,91)	0,10 (0-0,29)
Cocaína	3,51 (2,38-4,63)	1,17 (0,51-1,83)	0,39 (0,01-0,77)
Alucinógenos	0,97 (0,37-1,58)	0,49 (0,06-0,91)	0 (0-0)
Inhalantes	2,34 (1,41-3,26)	0,88 (0,31-1,45)	0,39 (0,01-0,77)
Medicamentos sin recetas	2,53 (1,57-3,5)	1,75 (0,95-2,56)	0,29 (0-0,62)
Inyectables	0,68 (0,18-1,19)	0,39 (0,01-0,77)	0 (0-0)
Otras drogas	1,46 (0,73-2,2)	0,78 (0,24-1,32)	0 (0-0)

Al analizar las prevalencias de consumo de sustancias en el último año según sexo y grupo etario, se encontró lo siguiente:

- El consumo de alcohol se presentó un 48 % más en los hombres que en las mujeres, con una relación hombre/mujer de 1,48/1, siendo más frecuente en la población adulta que en los adolescentes.
- El consumo de tabaco presentó una razón hombre/mujer de 2,28/1 y una razón adulto adolescente de 3,83/1, lo que indica que por cada 100 mujeres se presentaron 228 hombres, y por cada 100 adolescentes, 383 adultos que lo habían consumido en el último año.
- Para el consumo de marihuana resaltó la importante diferencia entre hombres y mujeres (5,87 respecto a 0,55), y contrario a las sustancias anteriores, el consumo de esta fue más alto en los adolescentes que en los adultos (4,29 respecto a 2,70).
- El basuco solo presentó frecuencias de consumo en el último año más altas en los hombres (0,84 %) y de exclusividad en adultos.
- La cocaína presentó diferencias por sexo, (1,89 respecto a 0,55), es decir 3,4 veces más en el sexo masculino, pero en los grupos etarios estudiados las prevalencias fueron similares.
- Los alucinógenos con relación al sexo presentaron prevalencias más altas en los hombres (0,63 %) y por grupos de edad en los adolescentes (0,95 %).
- Los inhalantes fueron más consumidos por los hombres con respecto a las mujeres con una razón de 4,1/1 y por edad en los adolescentes con una razón de 1,9/1.
- Es importante resaltar que la prevalencia más alta en el consumo de sustancias por vías inyectables, según los cuatro grupos que se analizaron, fue en los adolescentes (0,95 %), dato que preocupa por su impacto y asociación con otras enfermedades.
- El consumo de otras drogas presentó mayor prevalencia en los hombres (0,84 %) y para los dos grupos etarios de análisis fue la mayor prevalencia para los adolescentes (0,95 %) (tabla 20).

Tabla 20. Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) del consumo de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario, Bogotá, Medellín, Buenaventura. 2016

Sustancia psicoactiva	Masculino	Femenino	Adolescentes	Adultos
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Alcohol	56,18 (51,73-60,64)	38,07 (34,01-42,13)	30,48 (24,25-36,70)	50,61 (47,18-54,04)
Tabaco	19,92 (16,33-23,50)	8,74 (6,38-11,11)	4,29 (1,55-7,03)	16,42 (13,88-18,96)
Marihuana	5,87 (3,76-7,98)	0,55 (0-1,16)	4,29(1,55-7,03)	2,70 (1,58-3,81)
Basuco	0,84 (0,02-1,66)	0,18 (0-0,54)	0 (0-0)	0,61 (0,08-1,15)
Cocaína	1,89 (0,67-3,11)	0,55 (0-1,16)	0,95 (0-2,27)	1,23 (0,47-1,98)

Sustancia psicoactiva	Masculino	Femenino	Adolescentes	Adultos
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Alucinógenos	0,63 (0-1,34)	0,36 (0-0,87)	0,95 (0-2,27)	0,37 (0-0,78)
Inhalantes	1,47 (0,39-2,55)	0,36 (0-0,87)	1,43 (0-3,03)	0,74 (0,15-1,32)
Medicamentos sin recetas	1,89 (0,67-3,11)	1,64 (0,58-2,70)	0 (0-0)	2,21 (1,20-3,21)
Inyectables	0,63 (0-1,34)	0,18 (0-0,54)	0,95 (0-2,27)	0,25 (0-0,58)
Otras drogas	0,84 (0,02-1,66)	0,73 (0,02-1,44)	0,95 (0-2,27)	0,74 (0,15-1,32)

Prevalencia de trastornos por uso de sustancias en el último año

Los trastornos por uso de sustancias (abuso/dependencia) encontrados en la población víctima del desplazamiento forzado y que estaban asentadas en Bogotá, Medellín y Buenaventura fueron los siguientes:

- Para alcohol, se presentó una frecuencia más alta en el abuso con relación a la dependencia de 2,1:1 lo que indica que por cada 10 personas que tenía dependencia de alcohol se encontraron 21 que presentaban abuso. Condición contraria se encontró en la marihuana donde por cada persona que tenía abuso, se presentaron aproximadamente 14 con dependencia.
- Para los trastornos por uso de cocaína no se encontró abuso sino dependencia. Por cada mil personas que fueron víctimas de desplazamiento forzado 29 sufrían dependencia por esta sustancia. Caso similar se presentó con la sustancia del basuco donde no se reportaron casos de abuso, pero la dependencia presentó una prevalencia de 0,10 % (tabla 21).

Tabla 21. Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de trastornos por uso de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado, Bogotá, Medellín, Buenaventura. 2016

Sustancia psicoactiva	Abuso	Dependencia
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Alcohol	1,66 (0,88-2,44)	0,78 (0,24-1,32)
Marihuana	0,10 (0-0,29)	1,36 (0,65-2,07)
Basuco	0 (0-0)	0,10 (0-0,29)
Cocaína	0 (0-0)	0,29 (0-0,62)

Al analizar las prevalencias de trastornos por uso de sustancias psicoactivas en el último año, en relación con el sexo y los grupos de edad, se presentaron los siguientes hallazgos:

El abuso de alcohol fue más prevalente en la población masculina y en los adultos, con valores de 2,94 % y 2,08 % respectivamente.

- La dependencia de alcohol se presentó más en los hombres (1,05 %) y para los grupos etarios con mayor proporción en adultos (0,86 %).
- El abuso de marihuana solo se presentó en los hombres (0,21 %) y en la población adulta (0,12 %).
- La dependencia de marihuana presentó una alta prevalencia en los hombres 2,73 % y en el grupo etario de adolescentes 2,86 %, en comparación con los adultos que fue de 0,98 %.
- El abuso de basuco y cocaína no se presentó en la población de estudio en el último año.
- La dependencia de basuco se presentó solo en los hombres (0,21 %) y en el grupo de los adultos (0,12 %).
- La dependencia de cocaína se presentó en la población masculina (0,42 %) y adulta (0,37 %) (tabla 22).

Tabla 22. Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de trastornos por uso de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario, Bogotá, Medellín, Buenaventura. 2016

Trastorno	Masculino	Femenino	Adolescentes	Adultos
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Abuso de alcohol	2,94 (1,42-4,45)	0,55 (0-1,16)	0 (0-0)	2,08 (1,10-3,06)
Dependencia de alcohol	1,05 (0,13-1,96)	0,55 (0-1,16)	0,48 (0-1,41)	0,86 (0,23-1,49)
Abuso de marihuana	0,21 (0-0,62)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,12 (0-0,36)
Dependencia de marihuana	2,73 (1,26-4,19)	0,18 (0-0,54)	2,86 (0,60-5,11)	0,98 (0,30-1,66)
Abuso de basuco	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Dependencia de basuco	0,21 (0-0,62)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,12 (0-0,36)
Abuso de cocaína	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Dependencia de cocaína	0,42 (0-1)	0,18 (0-0,54)	0 (0-0)	0,37 (0-0,78)

Resultados Bogotá

Características sociodemográficas de la población de estudio

La población de estudio estuvo representada por una muestra de 347 personas entre los 13 y 65 años de edad, de los cuales el 47,6 % correspondía a hombres. Con relación a la edad se encontró que la tercera parte contaba con edades entre los 18 y 29 años (32,6 %). Respecto a su ocupación, el 34 % trabajaba, seguido de estudiantes con un 19,6 %. La mayor parte de la población vivía en el nivel socioeconómico bajo (93,7 %) (estratos 1 y 2) y contaba con un régimen de afiliación en salud subsidiado (54,5 %). Un poco más de la mitad (51,9 %) tenía estudios secundarios y el estado civil más frecuente fue soltero (44,4 %) (tabla 23).

Tabla 23. Distribución de las características sociodemográficas de la población víctima de desplazamiento forzado. Bogotá, 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	165	47,6 %
	Femenino	182	52,4 %
Grupos de edad	13 a 17 años	70	20,2 %
	18 a 29 años	113	32,6 %
	30 a 44 años	78	22,5 %
	45 a 65 años	86	24,8 %
Ocupación	Trabaja	118	34 %
	Estudiante	68	19,6 %
	No trabaja ni busca trabajo	34	9,8 %
	Labores del hogar	63	18,2 %
	Otra	64	18,4 %
Estrato socioeconómico	Sin estrato	5	1,4 %
	Bajo	325	93,7 %
	Medio	3	0,9 %
	No sabe	14	4 %
Régimen de seguridad social	Contributivo	82	23,6 %
	Subsidiado	189	54,5 %
	No asegurado	71	20,5 %
	Otro	5	1,4 %

	Frecuencia	Porcentaje	
Nivel de escolaridad	Sin estudios	11	3,2 %
	Primaria	112	32,3 %
	Secundaria	180	51,9 %
	Técnico/tecnólogo	36	10,4 %
	Universitaria	8	2,3 %
Estado civil	Soltero	154	44,4 %
	Casado	31	8,9 %
	Unión libre	126	36,3 %
	Separado/divorciado	23	6,6 %
	Viudo	13	3,7 %
Total	347	100 %	

La distribución por sexo y grupos de edad presentó un comportamiento similar. El grupo de edad que más diferencia presentó por sexo fue el de 18 a 29 años con un 22 % más en las mujeres que en los hombres, es decir una relación mujer/hombre de 1,22/1. Por sexo, el grupo etario más representativo estuvo entre los 18 y los 29 años (gráfico 10).

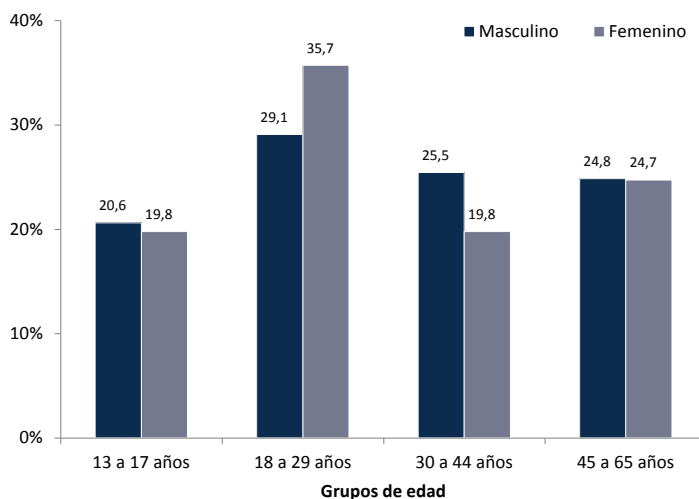


Gráfico 10. Distribución según sexo y grupos de edad. Bogotá, 2016. (N=347)

Información relacionada con el desplazamiento

El 77,2 % de la población que hizo parte del estudio manifestó haber sufrido un desplazamiento forzado, del 22,8 % restante, tuvieron dos o más desplazamientos; una de las personas refirió haber sido víctima de este evento once veces a lo largo de su vida. El 85,9 % se desplazó con su

grupo familiar. En cuanto al tiempo que lleva de ser desplazado, el 96 % informó llevar más de un año en el momento de la encuesta. Con relación a los grupos armados al margen de la ley, se presentó que por cada 100 personas que habían sido desplazadas por los paramilitares, 202 lo habían hecho influenciadas por la guerrilla. Además, aproximadamente 87 de cada 100 personas no tuvieron tiempo para planear su salida del lugar de residencia. La mayoría de las personas que habían sido víctimas del desplazamiento forzado, llegaron a la casa de un familiar después de sufrir el evento (tabla 24).

Tabla 24. Distribución de las variables relacionadas con el desplazamiento forzado. Bogotá, 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Número de desplazamientos	Un desplazamiento	268	77,2 %
	Dos o más desplazamientos	79	22,8 %
Forma de desplazamiento	Individual	41	11,8 %
	Familiar	298	85,9 %
	Grupal	3	0,9 %
	Masivo	5	1,4 %
Tiempo de desplazado	Menor a un año	14	4 %
	Entre 1 y 5 años	61	17,6 %
	Entre 6 y 10 años	272	78,4 %
Actor que influyó en el desplazamiento	Guerrilla	221	63,7 %
	Paramilitares	109	31,4 %
	Delincuencia común	6	1,7 %
	Ejército	1	0,3 %
	Otros	10	2,9 %
Desplazamiento intempestivo	Sí	301	86,7 %
	No	46	13,3 %
Lugar a donde llega cuando es desplazado	Casa de un familiar	219	63,1 %
	Institución gubernamental	11	3,2 %
	Albergues	19	5,5 %
	Terminal de Transporte	15	4,3 %
	Otro	83	23,9 %
Total		347	100 %

Hechos victimizantes

Los hechos victimizantes más frecuentes fueron en su orden: las amenazas, el despojo de tierras, actos terroristas, todos con frecuencias por encima del 40 %. Las masacres fueron el octavo hecho victimizante más frecuente. Un aspecto importante para resaltar, por las implicaciones que tiene esto en la violación de los derechos humanos, es que el 12,4 % vivenciaron la vinculación de niños, niñas o adolescentes a grupos armados, lo cual los obligó a huir (gráfico 11).

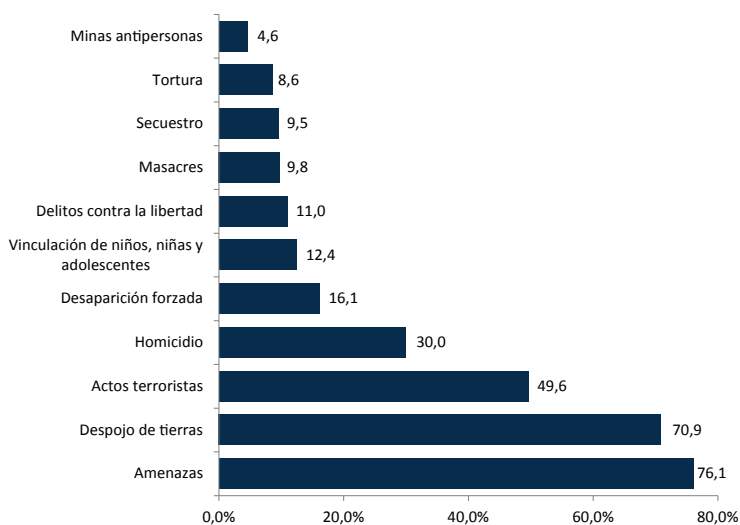


Gráfico 11. Distribución de los hechos victimizantes en población víctima de desplazamiento forzado asentada en la ciudad de Bogotá, 2016

Con respecto a los hechos victimizantes y su relación con el sexo de las víctimas, se presentaron frecuencias relativas muy similares en las amenazas, despojo de tierras homicidio y masacres. En la mayoría de los hechos victimizantes evidenciaron proporciones más altas las mujeres. Entre los hechos que pudieron ser desencadenantes del suceso de desplazamiento forzado y que presentaron mayor frecuencia están los actos terroristas, el despojo de tierras, amenazas.

Los hechos victimizantes que menos se presentaron en los hombres fueron las minas antipersonas y delitos contra la libertad, y para las mujeres fueron las minas antipersonas, el secuestro y la tortura. Es de aclarar que cada persona encuestada pudo haber sido víctima de uno o más hechos victimizantes de los once que se exponen en la tabla 25.

Tabla 25. Distribución de los hechos victimizantes en población víctima de desplazamiento forzado según sexo. Bogotá, 2016

Hecho victimizante	Masculino (n=165)		Femenino (n=182)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Actos terroristas	77	46,7 %	95	52,2 %
Amenazas	122	73,9 %	142	78 %
Delitos contra la libertad	12	7,3 %	26	14,3 %
Desaparición forzada	18	10,9 %	38	20,9 %
Homicidio	44	26,7 %	60	33 %
Masacres	16	9,7 %	18	9,9 %
Minas antipersonas	10	6,1 %	6	3,3 %

Hecho victimizante	Masculino (n=165)		Femenino (n=182)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Secuestro	16	9,7 %	17	9,3 %
Tortura	13	7,9 %	17	9,3 %
Vinculación de niños, niñas y adolescentes	20	12,1 %	23	12,6 %
Despojo de tierras	117	70,9 %	129	70,9 %

Atención en salud y acceso a los servicios

El 28,8 % de los participantes manifestaron la necesidad de atención psicológica o psiquiátrica de los cuales el 22,5 % había recibido dicha atención, lo que implica que aproximadamente el 21,9 % de la población que sentía la necesidad de la atención aún no la había recibido. A 54 de las 347 personas les habían diagnosticado algún trastorno mental en su vida, el cual fue realizado en su mayoría por un psicólogo o un médico general; el 18,51 % fue diagnosticado por un psiquiatra. Es importante destacar que entre las personas que les habían diagnosticado un trastorno mental, en el 90,7 % de los casos fue después del evento del desplazamiento (tabla 26).

Tabla 26. Distribución de las variables relacionadas con la atención en salud en población víctima de desplazamiento forzado. Bogotá, 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Necesidad de atención psicológica o psiquiátrica	Sí	100	28,8 %
	No	247	71,2 %
¿Ha recibido atención psicológica o psiquiátrica?	Sí	78	22,5 %
	No	269	77,5 %
¿Le han diagnosticado algún trastorno mental?	Sí	54	15,6 %
	No	293	84,4 %
¿Quién lo diagnosticó?*	Psicólogo	23	42,6 %
	Psiquiatra	10	18,5 %
	Médico general	17	31,5 %
	Otro	4	7,4 %
¿El diagnóstico fue antes o después del desplazamiento?*	Antes	5	9,3 %
	Después	49	90,7 %
¿Toma algún medicamento psiquiátrico?*	Sí	4	7,4 %
	No	50	92,6 %
¿Ha presentado dificultades en la atención a salud?*	Sí	13	24,1 %
	No	41	75,9 %

* Pregunta realizada a las 54 personas que afirmaron haber tenido algún trastorno mental en la vida.

A las 54 personas que les habían diagnosticado algún trastorno mental en la vida, se les preguntó si habían presentado problemas o dificultades para acceder a la atención en salud, a lo cual el 24,1 % (13 personas) respondieron que sí. Las dificultades más frecuentes fueron demasiada tramitología y negación en la atención. La dificultad menos frecuente fue la lejanía de los centros de atención (gráfico 12).

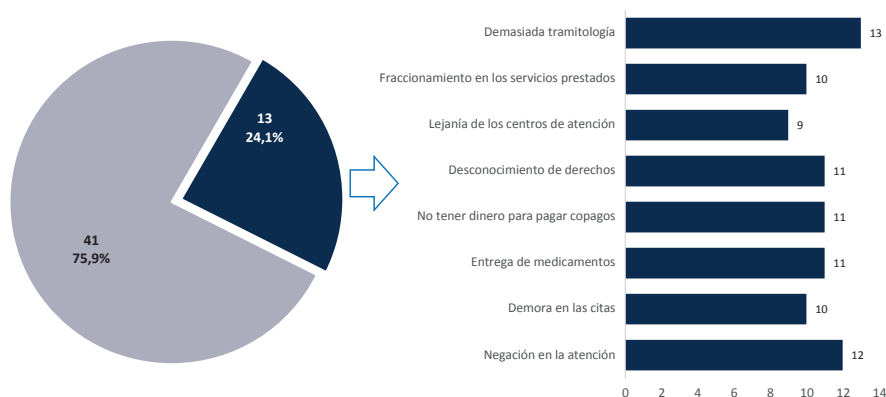


Gráfico 12. Distribución de las dificultades para acceder a los servicios de salud mental. Bogotá, 2016

Prevalencia de trastornos mentales

Analizando los trastornos más prevalentes en la población víctima de desplazamiento forzado y asentada en la ciudad de Bogotá, se encontraron la fobia específica con un 24,21 % y que aproximadamente una de cada cinco personas había sufrido depresión mayor alguna vez en su vida, y que este último trastorno actualmente cuenta con una prevalencia reciente (último mes) de 2,59 % (tabla 27).

Teniendo en cuenta que, para la creación de programas enfocados a la intervención, el indicador o insumo más importante es el que se presenta en el último año; al respecto se observa que en la población de estudio los trastornos más prevalentes fueron la fobia específica (10,37 %), la depresión mayor (8,36 %) y el estrés postraumático (6,92 %).

Al realizar un análisis por cada grupo de trastornos, se reflejó que para los trastornos de ansiedad, el estrés postraumático presentó muy poca variación con relación a las tres medidas de prevalencia, lo que indicó lenta recuperación de esta enfermedad. Para los trastornos del estado del ánimo, la depresión mayor fue la que presentó mayor prevalencia en los tres indicadores. Con relación a los trastornos de la impulsividad, el trastorno más prevalente fue el déficit de atención seguido del negativista desafiante, con prevalencias en el último año 3,33 % y 2,50 % respectivamente. Los trastornos de la alimentación presentaron para el trastorno de bulimia una prevalencia de 1,63 % en la vida, pasando a la mitad en el último año y 0,81 % en el último mes (tabla 27).

Tabla 27. Prevalencia de vida, último año y último mes (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) para los trastornos mentales en la población víctima de desplazamiento forzado. Bogotá, 2016

Trastorno	Vida	Último año	Último mes
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Trastorno de pánico	2,02 (0,54-3,5)	0,86 (0-1,84)	0,29 (0-0,85)
Ansiedad generalizada	2,31 (0,73-3,88)	0,86 (0-1,84)	0 (0-0)
Agorafobia	1,73 (0,36-3,1)	0,86 (0-1,84)	0,29 (0-0,85)
Fobia social	7,78 (4,96-10,6)	5,48 (3,08-7,87)	1,73 (0,36-3,1)
Fobia específica	24,21 (19,70-28,71)	10,37 (7,17-13,58)	3,17 (1,33-5,01)
Estrés postraumático	9,80 (6,67-12,93)	6,92 (4,25-9,59)	4,32 (2,18-6,46)
Ansiedad por separación	7,20 (4,48-9,93)	3,75 (1,75-5,74)	0,58 (0-1,37)
Depresión mayor	19,02 (14,89-23,15)	8,36 (5,45-11,27)	2,59 (0,92-4,27)
Distimia	2,59 (0,92-4,27)	2,02 (0,54-3,5)	0,86 (0-1,84)
Bipolar	2,88 (1,12-4,64)	2,02 (0,54-3,50)	1,15 (0,03-2,28)
Déficit de atención	6,67 (3,51-9,82)	3,33 (1,06-5,60)	NA
Negativista desafiante	9,58 (5,86-13,31)	2,50 (0,52-4,48)	NA
Trastorno de conducta	5,42 (2,55-8,28)	0,42 (0-1,23)	NA
Bulimia	1,63 (0-3,86)	0,81 (0-2,40)	0,81 (0-2,40)
Anorexia	0,81 (0-2,40)	0 (0-0)	0 (0-0)

NC: No calculado

Con respecto a la prevalencia de los trastornos mentales en el último año según sexo y grupo etario y de interés para la población de estudio, se registró la depresión mayor (9,70 %) y estrés postraumático (6,06 %) como los trastornos más prevalentes para los hombres; y la fobia específica (12,64 %), estrés postraumático (7,69 %) y la depresión mayor (7,14 %) para las mujeres. Para los dos grupos de edad que se analizaron, se encontró que los adolescentes presentaron las prevalencias más altas para los trastornos de ansiedad: fobia específica (7,14 %), estrés postraumático (5,7 %) y fobia social (4,3 %); en los adultos las cifras más altas correspondieron a fobia específica (11,19 %), depresión mayor (9,75 %), estrés postraumático (7,22 %) y fobia social (5,78 %) (tabla 28).

Tabla 28. Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de los trastornos mentales en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Bogotá, 2016

Trastorno	Masculino	Femenino	Adolescentes	Adultos
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Trastorno de pánico	1,21 (0-2,88)	0,55 (0-1,62)	0 (0-0)	1,08 (0-2,3)
Ansiedad generalizada	0,61 (0-1,79)	1,10 (0-2,61)	0 (0-0)	1,08 (0-2,3)
Agorafobia	0 (0-0)	1,65 (0-3,5)	0 (0-0)	1,08 (0-2,3)
Fobia social	4,85 (1,57-8,13)	6,04 (2,58-9,51)	4,29 (0-9,03)	5,78 (3,03-8,52)
Fobia específica	7,88 (3,77-11,99)	12,64 (7,81-17,46)	7,14 (1,11-13,18)	11,19 (7,48-14,9)
Estrés postraumático	6,06 (2,42-9,7)	7,69 (3,82-11,56)	5,71 (0,28-11,15)	7,22 (4,17-10,27)
Ansiedad por separación	3,64 (0,78-6,49)	3,85 (1,05-6,64)	0 (0-0)	4,69 (2,20-7,18)
Depresión mayor	9,70 (5,18-14,21)	7,14 (3,40-10,88)	2,86 (0-6,76)	9,75 (6,25-13,24)
Distimia	2,42 (0,08-4,77)	1,65 (0-3,5)	1,43 (0-4,21)	2,17 (0,45-3,88)
Bipolar	1,82 (0-3,86)	2,20 (0,07-4,33)	0 (0-0)	2,53 (0,68-4,38)
Déficit de atención	2,68 (0-5,67)	3,91 (0,55-7,26)	2,63 (0-7,72)	3,47 (0,94-5,99)
Negativista desafiante	2,68 (0-5,67)	2,34 (0-4,96)	2,63 (0-7,72)	2,48 (0,33-4,62)
Trastorno de conducta	0,89 (0-2,64)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,50 (0-1,46)
Bulimia	0 (0-0)	1,43 (0-4,21)	0 (0-0)	0,97 (0-2,86)
Anorexia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)

Comportamiento suicida

Aproximadamente una cuarta parte de la población (25,42 %) manifestó haber pensado en suicidarse alguna vez en su vida, de los cuales el 36 % había realizado un plan para llevarlo a cabo y el 52,3 % intentó suicidarse al menos una vez (tabla 29).

Tabla 29. Prevalencia de vida y último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de indicadores de comportamiento suicida en la población víctima de desplazamiento forzado. Bogotá, 2016

Comportamiento suicida	Vida	Último año
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Ideación suicida	25,42 (19,91-30,93)	9,17 (5,52-12,82)
Planeación suicida	9,17 (5,52-12,82)	2,92 (0,79-5,05)
Intento de suicidio	13,33 (9,03-17,63)	3,33 (1,06-5,60)

En relación con el sexo y grupo etario, se encontró que el 10,94 % de las mujeres expresó haber pensado en la posibilidad de suicidarse en el año anterior al estudio; para el grupo de los adolescentes la prevalencia fue 15,79 % y para los adultos aproximadamente 8 por cada 100 encuestados.

El 35,7 % de las mujeres que manifestó haber tenido ideas suicidas, pensaron en un plan para suicidarse. La prevalencia más bajas según los grupos de análisis fue en los hombres con 1,79 % y en los adultos con 1,49 %. Por su parte, el comportamiento suicida en sus tres grupos, ideación, planeación e intento de suicidio, presentó las prevalencias más altas en las mujeres y en los adolescentes (tabla 30).

Tabla 30. Prevalencia de indicadores de comportamiento suicida en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Bogotá, 2016

Comportamiento suicida	Masculino	Femenino	Adolescentes	Adultos
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Ideación suicida	7,14 (2,37-11,91)	10,94 (5,53-16,34)	15,79 (4,20-27,38)	7,92 (4,20-11,65)
Planeación suicida	1,79 (0-4,24)	3,91 (0,55-7,26)	10,53 (0,77-20,28)	1,49 (0-3,15)
Intento de suicidio	1,79 (0-4,24)	4,69 (1,03-8,35)	7,89 (0-16,47)	2,48 (0,33-4,62)

Consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de sustancias psicoactivas presentó las frecuencias más altas para el alcohol y el tabaco, seguido por la marihuana, los medicamentos sin recetar, la cocaína y el basuco. Para el alcohol, la prevalencia de consumo en la vida reportó el 60,81 %; la prevalencia en el último año fue del 38,33 % y la reciente (último mes) fue de 18,16 %. La prevalencia de vida (PV) de consumo de cigarrillo en esta población fue de 37,46 %, último año (PA) 17 % y último mes (PM) 11,53 %.

De las drogas consideradas como ilegales, la marihuana fue la más consumida (PV=13,54 %; PA= 3,46 %; PM= 2,02 %); en segundo lugar la cocaína (PV= 3,75 %; PA= 1,44 %; PM= 0,29 %); y por último el basuco con PV= 2,88 %; PA= 1,15 %; PM= 0,29).

Los medicamentos sin prescripción médica (Codeína, Winadine F, Algimide, Codipront, Winadol Forte, Acetaminofén más codeína, Winadine F, Algimide, Codipront, Winadol Forte, acetaminofén más codeína, metadona, morfina, tramal o tramadol, clonazepan, rivotril, zopiclona,

zolpidem, Rohypnol, flunitracepam presentaron un consumo en la vida de 4 personas por cada 100 encuestados y en el último año de 2,59 personas también por cada 100 entrevistados.

Para el caso del consumo de sustancias psicoactivas inyectables como la heroína, cocaína y alcohol, se encontró una prevalencia de vida de 0,86 % y en el último año de 0,29 %, lo que indica que de cada 1 000 personas víctimas de desplazamiento forzado y que estaban ubicadas en Bogotá, 29 de ellas habían tenido esta práctica en el último año.

Para los alucinógenos que se estudiaron (hongos y cacao sabanero), se presentó una prevalencia de 0,86 % en la vida y de 0,29 % en el último año.

Para la categoría de “otras drogas”, donde se agruparon las sustancias de LSD, ketamina, éxtasis, y 2CB (Tucibi), se encontró una prevalencia de 1,73 % en la vida y 0,29 % en el último año, siendo el LSD la sustancia más consumida (tabla 31).

Tabla 31. Prevalencia de vida, último año y último mes (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) del consumo de sustancias psicoactivas en la población víctima de desplazamiento forzado. Bogotá, 2016

Consumo	Vida	Último año	Último mes
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Alcohol	60,81 (55,67-65,94)	38,33 (33,21-43,44)	18,16 (14,10-22,21)
Tabaco	37,46 (32,37-42,56)	17 (13,05-20,96)	11,53 (8,17-14,89)
Marihuana	13,54 (9,94-17,15)	3,46 (1,54-5,38)	2,02 (0,54-3,5)
Basuco	2,88 (1,12-4,64)	1,15 (0,03-2,28)	0,29 (0-0,85)
Cocaína	3,75 (1,75-5,74)	1,44 (0,19-2,69)	0,29 (0-0,85)
Alucinógenos	0,86 (0-1,84)	0,29 (0-0,85)	0 (0-0)
Inhalantes	2,31 (0,73-3,88)	0,29 (0-0,85)	0 (0-0)
Medicamentos sin recetar	4,03 (1,96-6,1)	2,59 (0,92-4,27)	0,86 (0-1,84)
Inyectables	0,86 (0-1,84)	0,29 (0-0,85)	0 (0-0)
Otras drogas	1,73 (0,36-3,1)	0,29 (0-0,85)	0 (0-0)

Al analizar las prevalencias de consumo de sustancias en el último año según sexo y grupo etario, se encontró lo siguiente:

- El consumo de alcohol se presentó un 72 % más en los hombres que en las mujeres, con una relación hombre/mujer de 1,72/1 siendo más frecuente en la población adulta que en los adolescentes.
- El consumo de tabaco presentó una razón hombre/mujer de 2,15/1 y una razón adulto adolescente de 3,48/1, lo que indica que por cada 100 mujeres se presentaron 215 hombres, y por cada 100 adolescentes, 348 adultos que lo habían consumido en el último año.

- Para el consumo de marihuana se resaltó la importante diferencia entre hombres y mujeres (6,67 respecto a 0,55), y contrario a las sustancias anteriores, el consumo de esta fue más alto en los adolescentes que en los adultos (4,29 respecto a 3,25).
- El basuco presentó más altas frecuencias de consumo en el último año en los hombres (1,82 %) y solo se presentó en adultos.
- La cocaína solo se presentó en hombres con proporciones muy similares para los grupos etarios.
- Los alucinógenos e inhalantes se presentaron solo en personas de sexo masculino (0,61 %) y adulta (0,36 %).
- Es importante resaltar que la prevalencia en el consumo de sustancias por vías inyectables, según los cuatro grupos que se analizaron, solo se presentó en las mujeres (0,55 %) y adultos (0,36 %).
- El consumo de otras drogas se presentó solo en las hombres (0,61 %) y adultos (0,36 %) (tabla 32).

Tabla 32. Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) del consumo de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Bogotá, 2016

Consumo en el último año	Masculino	Femenino	Adolescentes	Adultos
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Alcohol	49,09 (41,46-56,72)	28,57 (22,01-35,13)	22,86 (13,02-32,69)	42,24 (36,42-48,06)
Tabaco	23,64 (17,15-30,12)	10,99 (6,45-15,53)	5,71 (0,28-11,15)	19,86 (15,16-24,55)
Marihuana	6,67 (2,86-10,47)	0,55 (0-1,62)	4,29 (0-9,03)	3,25 (1,16-5,34)
Basuco	1,82 (0-3,86)	0,55 (0-1,62)	0 (0-0)	1,44 (0,04-2,85)
Cocaína	3,03 (0,41-5,65)	0 (0-0)	1,43 (0-4,21)	1,44 (0,04-2,85)
Alucinógenos	0,61 (0-1,79)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,36 (0-1,07)
Inhalantes	0,61 (0-1,79)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,36 (0-1,07)
Medicamentos sin recetar	3,03 (0,41-5,65)	2,20 (0,07-4,33)	0 (0-0)	3,25 (1,16-5,34)
Inyectables	0 (0-0)	0,55 (0-1,62)	0 (0-0)	0,36 (0-1,07)
Otras drogas	0,61 (0-1,79)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,36 (0-1,07)

Prevalencia de trastornos por uso de sustancias en el último año

Los trastornos por uso de sustancias (abuso/dependencia) encontrados en la población víctima del desplazamiento forzado y que están asentadas en Bogotá fueron los siguientes:

- Para alcohol se presentó una frecuencia más alta en el abuso con relación a la dependencia de 2:1 lo que indica que por cada persona que tenía dependencia de alcohol se encontraron dos que presentaban abuso.
- Para los trastornos por uso de marihuana, basuco y cocaína no se encontró abuso sino dependencia. Por cada mil personas que fueron víctimas de desplazamiento forzado y vivían en Bogotá, 173 presentaron dependencia por marihuana, 30 sufrían dependencia por basuco y 30 dependencia por cocaína (tabla 33).

Tabla 33. Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de trastornos por uso de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado. Bogotá, 2016

Sustancia	Abuso	Dependencia
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Alcohol	2,31 (0,73-3,88)	1,15 (0,03-2,28)
Marihuana	0 (0-0)	1,73 (0,36-3,10)
Basuco	0 (0-0)	0,29 (0-0,85)
Cocaína	0 (0-0)	0,29 (0-0,85)

Al analizar las prevalencias de trastornos por uso de sustancias psicoactivas en el último año, en relación con el sexo y los grupos de edad, se presentaron los siguientes hallazgos:

- El abuso de alcohol fue más prevalente en la población masculina y en los adultos, con valores de 4,24 % y 2,89 % respectivamente.
- La dependencia de alcohol presentó mayor frecuencia en hombres (1,82 %) y solo se presentó en adultos (1,44 %).
- La dependencia de marihuana solo se presentó en los hombres (3,64 %) y para los grupos etarios de mayor frecuencia fueron los adolescentes (2,86 %).
- La dependencia de basuco solo se presentó en los hombres 0,61 % y adultos (0,36 %).
- No se evidenció abuso de cocaína, pero se encontró dependencia a esta sustancia, la cual se presentó en la población masculina (0,61 %) y adulta (0,36 %) (tabla 34).

Tabla 34. Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de trastornos por uso de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Bogotá, 2016

Sustancia psicoactiva	Masculino	Femenino	Adolescente	Adulto
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Abuso de alcohol	4,24 (1,17-7,32)	0,55 (0-1,62)	0 (0-0)	2,89 (0,92-4,86)
Dependencia de alcohol	1,82 (0-3,86)	0,55 (0-1,62)	0 (0-0)	1,44 (0,04-2,85)
Abuso de marihuana	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Dependencia de marihuana	3,64 (0,78-6,49)	0 (0-0)	2,86 (0-6,76)	1,44 (0,04-2,85)
Abuso de basuco	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Dependencia de basuco	0,61 (0-1,79)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,36 (0-1,07)
Abuso de cocaína	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Dependencia de cocaína	0,61 (0-1,79)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,36 (0-1,07)

Resultados Medellín

Características sociodemográficas de la población de estudio

La población de estudio estuvo representada por una muestra de 337 personas entre los 13 y 65 años de edad, de los cuales el 46 % correspondía a hombres. Con relación a la edad se encontró que la tercera parte contaban con edades entre los 30 y 44 años (33,2 %). Respecto a su ocupación, el 29,4 % de la población estaba dedicada a los quehaceres del hogar, seguido de los que trabajaban con un 27,6 %. La mayor parte de la población vivía en el nivel socioeconómico bajo (83,7 %) (estratos 1 y 2) y contaba con un régimen de afiliación en salud subsidiado (74,5 %). Aproximadamente el 50 % de la población tenía estudios secundarios y casi la mitad presentaba un estado civil soltero (49,9 %) (tabla 35).

Tabla 35. Distribución de las características sociodemográficas de la población víctima de desplazamiento forzado. Medellín, 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	155	46,0 %
	Femenino	182	54,0 %
Grupos de edad	13 a 17 años	69	20,5 %
	18 a 29 años	82	24,3 %
	30 a 44 años	112	33,2 %
	45 a 65 años	74	22,0 %
Ocupación	Trabaja	93	27,6 %
	Estudia	69	20,5 %
	No trabaja ni busca trabajo	7	2,1 %
	Labores del hogar	99	29,4 %
	Otra	69	20,5 %
Estrato socioeconómico	Sin estrato	17	5,0 %
	Bajo	282	83,7 %
	Medio	21	6,2 %
	No sabe	17	5,0 %
Régimen de seguridad social	Contributivo	72	21,4 %
	Subsidiado	251	74,5 %
	No asegurado	11	3,3 %
	Otro	3	0,9 %
Nivel de escolaridad	Sin estudios	18	5,3 %
	Primaria	120	35,6 %
	Secundaria	179	53,1 %
	Técnico/tecnológico	17	5,0 %
	Universitarios	3	0,9 %
Estado civil	Soltero(a)	168	49,9 %
	Casado(a)	37	11,0 %
	Unión libre	112	33,2 %
	Separado/divorciado(a)	19	5,6 %
	Viudo(a)	1	0,3 %
Total		337	100 %

La distribución por sexo y grupos de edad presentó un comportamiento similar. El grupo de edad que más diferencia reflejó por sexo fue el de 18 a 29 años con un 20 % más en las mujeres que en los hombres, es decir una relación mujer/hombre de 1,2/1,0. Por sexo, el grupo etario más representativo estuvo entre los 30 y los 44 años (gráfico 13).

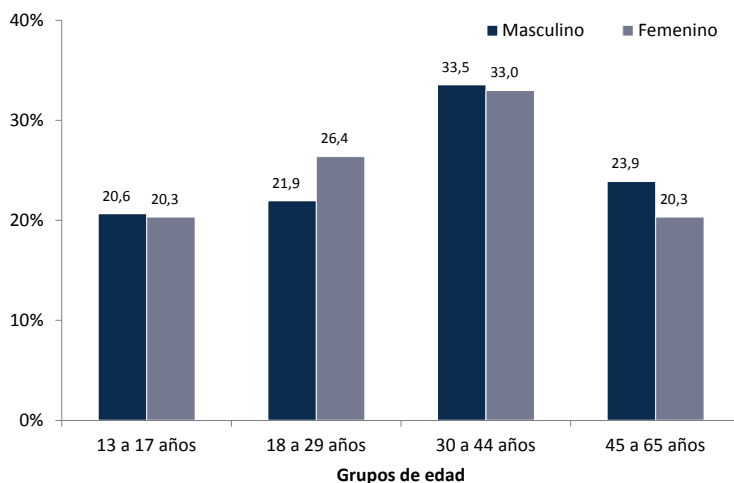


Gráfico 13. Distribución según sexo y grupos de edad. Medellín, 2016. (N=337)

Información relacionada con el desplazamiento

El 78 % de la población que hizo parte del estudio manifestó haber sufrido un desplazamiento forzado, del 22 % restante, tuvieron dos o más desplazamientos; una de las personas refirió haber sido víctima de este evento doce veces a lo largo de su vida. El 84,3 % se desplazó con su grupo familiar. En cuanto al tiempo que lleva de ser desplazado, más del 90 % informó llevar más de un año en el momento de la encuesta. Con relación a los grupos armados al margen de la ley, se presentó que por cada 100 personas que habían sido desplazadas por los paramilitares, 131 lo habían hecho influenciadas por la guerrilla. Aproximadamente 9 de cada 10 personas no tuvieron tiempo para planear su salida del lugar de residencia. La mayoría de las personas que habían sido víctimas del desplazamiento forzado, llegaron a la casa de un familiar después de sufrir el evento (tabla 36).

Tabla 36. Distribución de las variables relacionadas con el desplazamiento forzado. Medellín, 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Numero de desplazamientos	Un desplazamiento	263	78 %
	Dos o más desplazamientos	74	22 %
Forma de desplazamiento	Individual	46	13,6 %
	Familiar	284	84,3 %
	Grupal	1	0,3 %
	Masivo	6	1,8 %

		Frecuencia	Porcentaje
Tiempo de desplazado	Menor a un año	28	8,3 %
	Entre 1 y 5 años	126	37,4 %
	Entre 6 y 10 años	183	54,3 %
Actor que influyó en el desplazamiento	Guerrilla	173	51,3 %
	Paramilitares	132	39,2 %
	Delincuencia común	22	6,5 %
	Ejército	1	0,3 %
	Otros	9	2,7 %
Desplazamiento intempestivo	Sí	307	91,1 %
	No	30	8,9 %
Lugar dónde llegaron cuando fueron desplazados	Casa de un familiar	207	61,4 %
	Institución gubernamental	6	1,8 %
	Albergues	11	3,3 %
	Terminal de transporte	33	9,8 %
	Otro	80	23,7 %
Total		337	100 %

Hechos victimizantes

Los hechos victimizantes más frecuentes fueron las amenazas, el despojo de tierras y los actos terroristas, todos con frecuencias por encima del 50 %. Las masacres fueron el quinto hecho victimizante más frecuente. El resto de hechos victimizantes presentaron frecuencias superiores al 10 %. Un aspecto importante es que el 12,5 % de los encuestado vivenciaron la vinculación de niños, niñas o adolescentes a grupos armados, lo cual los obligó a huir (gráfico 14).

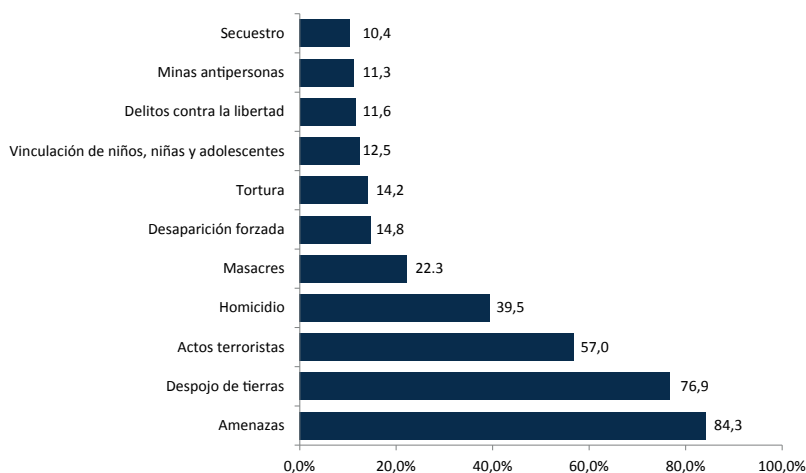


Gráfico 14. Distribución de los hechos victimizantes en población víctima de desplazamiento forzado asentada en la ciudad de Medellín, 2016

Con respecto a los hechos victimizantes y su relación con el sexo de las víctimas, se presentaron frecuencias absolutas y relativas muy similares. Entre los hechos que pudieron ser desencadenantes del suceso de desplazamiento forzado y que presentaron mayor frecuencia están las amenazas, el despojo de tierras, actos terroristas y los homicidios.

Los hechos victimizantes que menos se presentaron fueron el secuestro y los delitos contra la libertad para los hombres; y en el caso de las mujeres, el secuestro y las minas antipersonas. Es de aclarar que cada persona encuestada pudo haber sido víctima de uno o más hechos victimizantes de los once que se exponen en la tabla 37.

Tabla 37 . Distribución de los hechos victimizantes en población víctima de desplazamiento forzado según sexo. Medellín, 2016

Hecho victimizante	Masculino (n=155)		Femenino (n=182)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Actos terroristas	92	59,4 %	100	54,9 %
Amenazas	134	86,5 %	150	82,4 %
Delitos contra la libertad	19	12,3 %	20	11 %
Desaparición forzada	24	15,5 %	26	14,3 %
Homicidio	63	40,6 %	70	38,5 %
Masacres	37	23,9 %	38	20,9 %
Minas antipersonas	20	12,9 %	18	9,9 %
Secuestro	17	11 %	18	9,9 %
Tortura	24	15,5 %	24	13,2 %
Vinculación de niños, niñas y adolescentes	22	14,2 %	20	11 %
Despojo de tierras	125	80,6 %	134	73,6 %

Atención en salud y acceso a los servicios

Una quinta parte de los participantes (19,9 %) manifestó la necesidad de atención psicológica o psiquiátrica, de los cuales aproximadamente el 12 % habían recibido dicha atención, lo que implica que cerca del 42 % de la población que sentía la necesidad de la atención aún no la había recibido. A 29 de las 337 personas les habían diagnosticado algún trastorno mental en su vida, el cual fue realizado en su mayoría por un médico general o un psicólogo; el 24,1 % fue diagnosticado por un psiquiatra. Es importante destacar que entre las personas que les habían diagnosticado un trastorno mental, en el 93,1 % de los casos fue después de haber presentado el desplazamiento (tabla 38).

Tabla 38. Distribución de las variables relacionadas con la atención en salud en población víctima de desplazamiento forzado. Medellín 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Necesidad de atención psicológica o psiquiátrica	Sí	67	19,9 %
	No	270	80,1 %
¿Ha recibido atención psicológica o psiquiátrica?	Sí	39	11,6 %
	No	298	88,4 %
¿Le han diagnosticado algún trastorno mental?	Sí	29	8,6 %
	No	308	91,4 %
¿Quién lo diagnosticó?*	Psicólogo	10	34,5 %
	Psiquiatra	7	24,1 %
	Médico general	11	37,9 %
	Otro	1	3,4 %
¿El diagnóstico fue antes o después del desplazamiento?*	Antes	2	6,9 %
	Después	27	93,1 %
¿Toma algún medicamento psiquiátrico?*	Sí	9	31 %
	No	20	69 %
¿Ha presentado dificultades en la atención a salud?*	Sí	8	27,6 %
	No	21	72,4 %

* Pregunta realizada a las 29 personas que afirmaron haber tenido algún trastorno mental en la vida.

A las 29 personas que les habían diagnosticado algún trastorno mental en la vida, se les preguntó si habían presentado problemas o dificultades para acceder a la atención en salud, a lo cual el 27,6 % (8 personas) respondieron que sí. Las dificultades más frecuentes fueron la demora en las citas, la negación a la atención y demasiada tramitología. La dificultad menos frecuente fue la de no tener dinero para pagar el copago (gráfico 15).

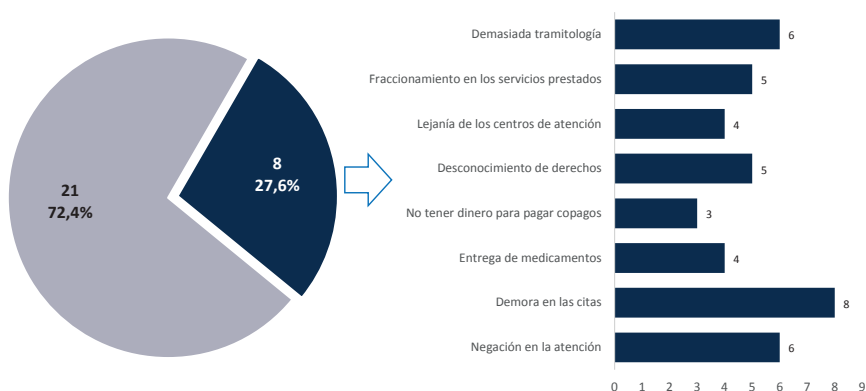


Gráfico 15. Distribución de las dificultades para acceder a los servicios de salud mental. Medellín, 2016

Prevalencia de trastornos mentales

Analizando los trastornos más prevalentes en la población víctima de desplazamiento forzado y asentada en la ciudad de Medellín, se encontró que aproximadamente una de cada 5 personas había sufrido depresión mayor alguna vez en su vida, y actualmente cuenta con una prevalencia reciente (último mes) de 3,56 % (tabla 39).

Tabla 39. Prevalencia de vida, último año y último mes (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) para los trastornos mentales en la población víctima de desplazamiento forzado. Medellín, 2016

Trastorno	Vida	Último año	Último mes
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Trastorno de pánico	4,75 (2,48-7,02)	2,37 (0,75-4)	1,48 (0,19-2,77)
Ansiedad generalizada	6,53 (3,89-9,17)	2,67 (0,95-4,39)	0,89 (0-1,89)
Agorafobia	5,64 (3,18-8,1)	3,86 (1,80-5,91)	2,08 (0,55-3,6)
Fobia social	5,34 (2,94-7,74)	3,86 (1,80-5,91)	1,48 (0,19-2,77)
Fobia específica	14,84 (11,04-18,63)	9,20 (6,11-12,28)	3,26 (1,37-5,16)
Estrés postraumático	8,61 (5,61-11,6)	6,53 (3,89-9,17)	4,15 (2,02-6,28)
Ansiedad por separación	10,09 (6,87-13,3)	3,56 (1,58-5,54)	2,67 (0,95-4,39)
Depresión mayor	19,58 (15,35-23,82)	8,01 (5,11-10,91)	3,56 (1,58-5,54)
Distimia	1,48 (0,19-2,77)	1,19 (0,03-2,34)	0,89 (0-1,89)
Bipolar	2,08 (0,55-3,6)	0,89 (0-1,89)	0,89 (0-1,89)
Déficit de atención	8,21 (4,47-11,95)	1,93 (0,06-3,81)	NC
Negativista desafiante	12,56 (8,05-17,08)	3,86 (1,24-6,49)	NC
Trastorno de conducta	8,70 (4,86-12,53)	2,90 (0,61-5,18)	NC
Bulimia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Anorexia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)

NC: No calculado

Teniendo en cuenta que, para la creación de programas enfocados a la intervención, el indicador o insumo más importante es el que se presenta en el último año; al respecto se observó que en la población de estudio los trastornos más prevalentes fueron la fobia específica (9,20 %), la depresión mayor (8,01 %), y el estrés postraumático (6,53 %).

Al realizar un análisis por cada grupo de trastornos, se reflejó que para los trastornos de ansiedad el estrés postraumático, la ansiedad por separación y la agorafobia presentaron muy poca

variación en relación a las tres medidas de prevalencia, lo que indicó lenta recuperación de estas enfermedades. Para los trastornos del estado del ánimo, la depresión mayor es la que presentó mayor prevalencia en los tres indicadores. Con relación a los trastornos de la impulsividad, el trastorno más prevalente fue el negativista desafiante, seguido del trastorno de conducta, con prevalencias el último año 3,86 % y 2,90 % respectivamente. Los trastornos de la alimentación no se presentaron en la población de estudio (tabla 40).

Con respecto a la prevalencia de los trastornos mentales en el último año según sexo y grupo etario, se registró el estrés postraumático (7,10 %) como el trastorno más prevalente para los hombres, y la fobia específica (11,54 %) y la depresión mayor (9,89 %) para las mujeres. Para los dos grupos de edad que se analizaron, se encontró que los adolescentes presentaron las prevalencias más altas para los trastornos de impulsividad: negativista desafiante (20 %), trastorno de conducta (12 %) y déficit de atención (8 %); en los adultos las cifras más altas correspondieron a fobia específica (10,82 %), depresión mayor (8,96 %), y estrés postraumático (7,84 %) (tabla 40).

Tabla 40. Prevalencia en el último (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de los trastornos mentales en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Medellín, 2016

Trastorno	Masculino	Femenino	Adolescentes	Adultos
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Trastorno de pánico	1,29 (0-3,07)	3,3 (0,7-5,89)	1,45 (0-4,27)	2,61 (0,7-4,52)
Ansiedad generalizada	1,94 (0-4,1)	3,3 (0,7-5,89)	1,45 (0-4,27)	2,99 (0,95-5,02)
Agorafobia	1,29 (0-3,07)	6,04 (2,58-9,51)	4,35 (0-9,16)	3,73 (1,46-6)
Fobia social	2,58 (0,08-5,08)	4,95 (1,80-8,09)	2,9 (0-6,86)	4,1 (1,73-6,48)
Fobia específica	6,45 (2,58-10,32)	11,54 (6,90-16,18)	2,9 (0-6,86)	10,82 (7,10-14,54)
Estrés postraumático	7,10 (3,05-11,14)	6,04 (2,58-9,51)	1,45 (0-4,27)	7,84 (4,62-11,05)
Ansiedad por separación	2,58 (0,08-5,08)	4,4 (1,42-7,37)	0 (0-0)	4,48 (2-6,95)
Depresión mayor	5,81 (2,12-9,49)	9,89 (5,55-14,23)	4,35 (0-9,16)	8,96 (5,54-12,37)
Distimia	0 (0-0)	2,2 (0,07-4,33)	0 (0-0)	1,49 (0,04-2,94)
Bipolar	1,29 (0-3,07)	0,55 (0-1,62)	1,45 (0-4,27)	0,75 (0-1,78)
Déficit de atención	2,25 (0-5,33)	1,69 (0-4,02)	8 (0-18,63)	1,1 (0-2,61)
Negativista desafiante	3,37 (0-7,12)	4,24 (0,6-7,87)	20 (4,32-35,68)	1,65 (0-3,5)
Trastorno de conducta	3,37 (0-7,12)	2,54 (0-5,38)	12 (0-24,74)	1,65 (0-3,5)
Bulimia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Anorexia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)

Comportamiento suicida

Un poco más de la cuarta parte de la población (27,54 %) manifestó haber pensado en suicidarse alguna vez en su vida, de los cuales el 47,3 % había realizado un plan para llevarlo a cabo y el 43,9 % intentó suicidarse al menos una vez en la vida (tabla 41).

Tabla 41. Prevalencia de vida y último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de indicadores de comportamiento suicida en la población víctima de desplazamiento forzado. Medellín, 2016

Comportamiento suicida	Vida	Último año
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Ideación suicida	27,54 (21,45-33,62)	10,63 (6,43-14,83)
Planeación suicida	13,04 (8,46-17,63)	6,76 (3,34-10,18)
Intento de suicidio	12,08 (7,64-16,52)	3,86 (1,24-6,49)

En relación con el sexo y grupo etario, se encontró que el 15,25 % de las mujeres expresó haber pensado en la posibilidad de suicidarse en el año anterior al estudio; para el grupo de los adolescentes la prevalencia fue 16 % y para los adultos fue de 9,89 por cada 100 encuestados.

El 61,1 % de las mujeres que manifestó haber tenido ideas suicidas, pensaron en un plan para suicidarse. Las prevalencias más bajas según los grupos de análisis fueron en los hombres con 3,37 % y en los adultos con 6,04 %.

El comportamiento suicida en sus tres grupos, ideación, planeación e intento de suicidio, presentó las prevalencias más altas en las mujeres y en los adolescentes (tabla 42).

Tabla 42. Prevalencia de indicadores de comportamiento suicida en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Medellín, 2016

Comportamiento suicida	Masculino	Femenino	Adolescentes	Adultos
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Ideación suicida	4,49 (0,19-8,8)	15,25 (8,77-21,74)	16 (1,63-30,37)	9,89 (5,55-14,23)
Planeación suicida	3,37 (0-7,12)	9,32 (4,08-14,57)	12 (0-24,74)	6,04 (2,58-9,51)
Intento de suicidio	1,12 (0-3,31)	5,93 (1,67-10,19)	8 (0-18,63)	3,30 (0,7-5,89)

Consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de sustancias psicoactivas presenta las frecuencias más altas para el alcohol y el tabaco, seguido por la marihuana, la cocaína, los inhalantes y el basuco. Para el alcohol, la prevalencia de consumo en la vida reportó el 78,04 %; la prevalencia en el último año fue del 53,41 % y la reciente (último mes) fue de 27,89 %. La prevalencia de vida (PV) de consumo de cigarrillo en esta población fue de 30,86 %, último año (PA) 15,73 % y último mes (PM) 13,65 %.

De las drogas consideradas como ilegales, la marihuana fue la más consumida (PV=16,91 %; PA= 4,15 %; PM= 3,56 %); en segundo lugar, se encontró la cocaína (PV= 5,93 %; PA= 1,48 %; PM= 0,59 %); luego los inhalables (PV= 3,86 %; PA= 1,48 %; PM= 1,19 %) y por último el basuco con PV=3,26 %; PA= 0,30 %).

Los medicamentos sin prescripción médica (codeína, Winadine F, Algimide, Codipront, Winadol Forte, acetaminofén más codeína, metadona, morfina, tramal o tramadol, clonazepam, rivotril, zopiclona, zolpidem, Rohypnol, flunitracepam) presentaron un consumo en la vida de 3 personas por cada 100 encuestados y en el último año de 2 personas también por cada 100 entrevistados.

En el caso del consumo de sustancias psicoactivas inyectables se encontró una prevalencia de vida de 0,89 % y en el último año de 0,59 %, lo que indicó que de cada 1 000 personas víctimas de desplazamiento forzado y que estaban ubicadas en Medellín, 59 de ellas habían tenido esta práctica en el último año.

Para los alucinógenos que se estudiaron (hongos y cacao sabanero), se presentó una prevalencia de 1,78 % en la vida y de 0,89 % en el último año.

Para la categoría de “otras drogas”, donde se agruparon las sustancias de LSD, ketamina, éxtasis, y 2CB (Tucibi), se encontró una prevalencia de 1,48 % en la vida y 0,89 % en el último año, siendo el éxtasis y el LSD las sustancias más consumidas (tabla 43).

Tabla 43. Prevalencia de vida, último año y último mes (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) del consumo de sustancias psicoactivas en la población víctima de desplazamiento forzado. Medellín, 2016

Consumo	Vida	Último año	Último mes
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Alcohol	78,04 (73,62-82,46)	53,41 (48,09-58,74)	27,89 (23,10-32,68)
Tabaco	30,86 (25,93-35,79)	15,73 (11,84-19,61)	13,65 (9,98-17,32)
Marihuana	16,91 (12,91-20,92)	4,15 (2,02-6,28)	3,56 (1,58-5,54)
Basuco	3,26 (1,37-5,16)	0,3 (0-0,88)	0 (0-0)
Cocaína	5,93 (3,41-8,46)	1,48 (0,19-2,77)	0,59 (0-1,41)

Consumo	Vida	Último año	Último mes
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Alucinógenos	1,78 (0,37-3,19)	0,89 (0-1,89)	0 (0-0)
Inhalantes	3,86 (1,80-5,91)	1,48 (0,19-2,77)	1,19 (0,03-2,34)
Medicamentos sin recetar	2,67 (0,95-4,39)	1,78 (0,37-3,19)	0 (0-0)
Inyectables	0,89 (0-1,89)	0,59 (0-1,41)	0 (0-0)
Otras drogas	1,48 (0,19-2,77)	0,89 (0-1,89)	0 (0-0)

Al analizar las prevalencias de consumo de sustancias en el último año según sexo y grupo etario, se encontró lo siguiente:

- El consumo de alcohol se presentó un 23 % más en los hombres que en las mujeres, con una relación hombre/mujer de 1,23/1, siendo más frecuente en la población adulta que en los adolescentes.
- El consumo de tabaco presentó una razón hombre/mujer de 2,71/1 y una razón adulto adolescente de 3,15/1, lo que indicó que por cada 100 mujeres se presentaron 271 hombres, y por cada 100 adolescentes, 315 adultos que lo habían consumido en el último año.
- Para el consumo de marihuana se resaltó la importante diferencia entre hombres y mujeres (8,39 respecto a 0,55), y contrario a las sustancias anteriores, el consumo de esta fue más alto en los adolescentes que en los adultos (5,8 respecto a 3,73).
- El basuco solo presentó frecuencias de consumo en el último año en los hombres y adultos.
- La cocaína presentó diferencias por sexo, (2,58 respecto a 0,55) es decir, 4,6 veces más, pero en los grupos etarios estudiados las prevalencias fueron muy similares.
- Los alucinógenos con relación al sexo presentaron prevalencias más altas en las mujeres (1,1 %) y por grupos de edad en los adolescentes (2,9 %).
- Los inhalantes fueron más consumidos por los hombres con respecto a las mujeres con una razón de 4,6/1 y por edad en los adolescentes con una razón de 2,9/1.
- Es importante resaltar que la prevalencia más alta en el consumo de sustancias por vías inyectables, según los cuatro grupos que se analizaron, fue en los adolescentes (1,45 %).
- El consumo de otras drogas presentó mayor prevalencia en las mujeres (1,10 %) y para los dos grupos etarios de análisis fue de menor prevalencia en los adultos (0,37 %) (tabla 44).

Tabla 44. Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) del consumo de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Medellín, 2016

Consumo en el último año de...	Masculino	Femenino	Adolescentes	Adultos
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95% IC 95 %)	Prevalencia (IC 95% IC 95 %)
Alcohol	59,35 (51,62-67,09)	48,35 (41,09-55,61)	44,93 (33,19-56,66)	55,6 (49,65-61,55)
Tabaco	23,87 (17,16-30,58)	8,79 (4,68-12,91)	5,8 (0,28-11,31)	18,28 (13,66-22,91)
Marihuana	8,39 (4,02-12,75)	0,55 (0-1,62)	5,8 (0,28-11,31)	3,73 (1,46-6)
Basuco	0,65 (0-1,91)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,37 (0-1,1)
Cocaína	2,58 (0,08-5,08)	0,55 (0-1,62)	1,45 (0-4,27)	1,49 (0,04-2,94)
Alucinógenos	0,65 (0-1,91)	1,10 (0-2,61)	2,9 (0-6,86)	0,37 (0-1,1)
Inhalantes	2,58 (0,08-5,08)	0,55 (0-1,62)	2,9 (0-6,86)	1,12 (0-2,38)
Medicamentos sin recetar	2,58 (0,08-5,08)	1,1 (0-2,61)	0 (0-0)	2,24 (0,47-4,01)
Inyectables	1,29 (0-3,07)	0 (0-0)	1,45 (0-4,27)	0,37 (0-1,1)
Otras drogas	0,65 (0-1,91)	1,1 (0-2,61)	2,9 (0-6,86)	0,37 (0-1,1)

Prevalencia de trastornos por uso de sustancias en el último año

Los trastornos por uso de sustancias (abuso/dependencia) encontrados en la población víctima del desplazamiento forzado y que están asentadas en Medellín fueron los siguientes:

- Para alcohol, se presentó una frecuencia más alta en el abuso con relación a la dependencia de 3:1 lo que indicó que por cada persona que tenía dependencia de alcohol se encontraron tres que presentaban abuso. Condición contraria se encontró en la marihuana donde por cada persona que tenía abuso, se presentaron 8 con dependencia.
- Para los trastornos por uso de cocaína no se encontró abuso sino dependencia. Por cada mil personas que fueron víctimas de desplazamiento forzado y vivían en Medellín, 30 sufrían dependencia por esta sustancia. En la población encuestada no se presentaron trastornos por uso de basuco (tabla 45).

Tabla 45. Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de trastornos por uso de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado. Medellín, 2016

Sustancia psicoactiva	Abuso	Dependencia
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Alcohol	1,78 (0,37-3,19)	0,59 (0-1,41)
Marihuana	0,3 (0-0,88)	2,37 (0,75-4)
Basuco	0 (0-0)	0 (0-0)
Cocaína	0 (0-0)	0,3 (0-0,88)

Al analizar las prevalencias de trastornos por uso de sustancias psicoactivas en el último año, en relación al sexo y los grupos de edad, se presentaron los siguientes hallazgos:

- El abuso de alcohol fue más prevalente en la población masculina y en los adultos, con valores de 3,23 % y 2,24 % respectivamente.
- La dependencia de alcohol se presentó en hombres (1,29 %) y con mayor proporción en adolescentes (1,45 %).
- El abuso de marihuana solo se presentó en los hombres (0,65 %) y en la población adulta (0,37 %).
- La dependencia de marihuana presentó una alta prevalencia en los hombres 4,52 % y en el grupo etario de adolescente 5,8 %, en comparación con los adultos que fue de 1,49 %.
- Los trastornos por consumo de basuco no se presentaron en la población de estudio en el último año.
- No se evidenció abuso de cocaína, pero se encontró dependencia a esta sustancia, la cual se presentó en la población masculina (0,65 %) y adulta (0,37 %) (tabla 46).

Tabla 46. Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de trastornos por uso de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Medellín, 2016

Sustancia psicoactiva	Masculino	Femenino	Adolescentes	Adultos
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Abuso de alcohol	3,23 (0,44-6,01)	0,55 (0-1,62)	0 (0-0)	2,24 (0,47-4,01)
Dependencia de alcohol	1,29 (0-3,07)	0 (0-0)	1,45 (0-4,27)	0,37 (0-1,1)
Abuso de marihuana	0,65 (0-1,91)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,37 (0-1,1)

Sustancia psicoactiva	Masculino	Femenino	Adolescentes	Adultos
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Dependencia de marihuana	4,52 (1,25-7,79)	0,55 (0-1,62)	5,8 (0,28-11,31)	1,49 (0,04-2,94)
Abuso de basuco	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Dependencia de basuco	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Abuso de cocaína	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Dependencia de cocaína	0,65 (0-1,91)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,37 (0-1,1)

Resultados Buenaventura

Características sociodemográficas de la población de estudio

La población de estudio estuvo representada por una muestra de 342 personas entre los 13 y 65 años de edad, de los cuales el 45,9 % correspondía al sexo masculino. Con relación a la edad se encontró que la quinta parte contaban con edades entre los 13 y 17 años (20,8 %). Respecto a su ocupación, el 34,5 % de la población trabajaba, seguido de los que estaban dedicados a los quehaceres del hogar con un 28,1 %. La mayor parte de la población vivía en el nivel socioeconómico bajo (95,9 %) (estratos 1 y 2) y contaba con un régimen de afiliación en salud subsidiado (87,1 %). Un poco menos de la mitad (46,8 %) de la población tenía estudios secundarios y el 48 % presentaban un estado civil soltero (tabla 47).

Tabla 47. Distribución de las características sociodemográficas de la población víctima de desplazamiento forzado. Buenaventura, 2016

	Frecuencia	Porcentaje	
Sexo	Masculino	157	45,9 %
	Femenino	185	54,1 %
Grupos de edad	13 a 17 años	71	20,8 %
	18 a 29 años	87	25,4 %
	30 a 44 años	92	26,9 %
	45 a 65 años	92	26,9 %

		Frecuencia	Porcentaje
Ocupación	Trabaja	118	34,5 %
	Estudiante	85	24,9 %
	No trabaja ni busca trabajo	13	3,8 %
	Labores del hogar	96	28,1 %
	Otra	30	8,8 %
Estrato socioeconómico	Sin estrato	13	3,8 %
	Bajo	328	95,9 %
	Medio	0	0 %
	No sabe	1	0,3 %
Régimen de seguridad social	Contributivo	29	8,5 %
	Subsidiado	298	87,1 %
	No asegurado	14	4,1 %
	Otro	1	0,3 %
Nivel de escolaridad	Sin estudios	34	9,9 %
	Primaria	121	35,4 %
	Secundaria	160	46,8 %
	Técnico/tecnólogo	8	2,3 %
	Universitaria	19	5,6 %
Estado civil	Soltero	164	48 %
	Casado	19	5,6 %
	Unión libre	131	38,3 %
	Separado/divorciado	20	5,8 %
	Viudo	8	2,3 %
Total		342	100 %

La distribución por sexo y grupos de edad presentó un comportamiento similar. El grupo de edad que más diferencia presentó por sexo fue el de 18 a 29 años con un 45 % más en los hombres que en las mujeres, es decir, una relación hombre/mujer de 1,45/1. Por sexo, el grupo etario menos representativo estuvo entre los 13 y los 17 años (gráfico 16).

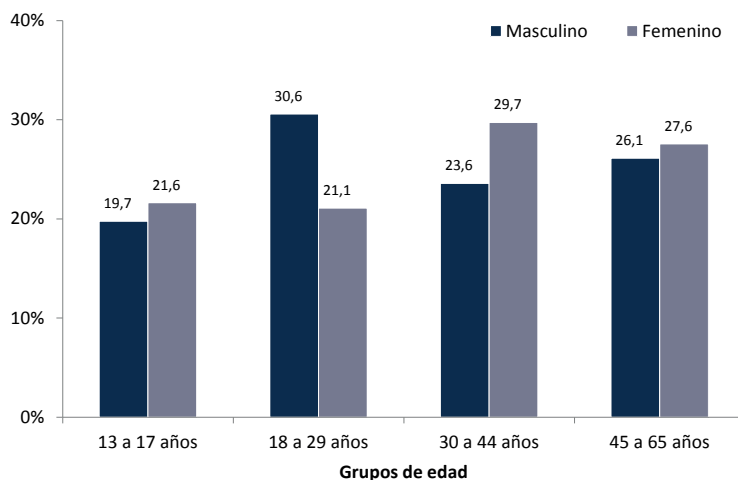


Gráfico 16. Distribución según sexo y grupos de edad. Buenaventura, 2016. (N=342)

Información relacionada con el desplazamiento

El 87,1 % de la población que hizo parte del estudio manifestó haber sufrido un desplazamiento forzado, el 12,9 % restante tuvieron dos o más desplazamientos; una de las personas refirió haber sido víctima de este evento once veces a lo largo de su vida. El 86,5 % se desplazó con su grupo familiar. En cuanto al tiempo que lleva de ser desplazado, el 95 % informó llevar más de un año en el momento de la encuesta. Con relación a los grupos armados al margen de la ley, se presentó que por cada 100 personas que habían sido desplazadas por los paramilitares, 194 lo habían hecho influenciadas por la guerrilla. Aproximadamente 83 de cada 100 personas no tuvieron tiempo para planear su salida del lugar de residencia. La mayoría de las personas que habían sido víctimas del desplazamiento forzado, llegaron a la casa de un familiar después de sufrir el evento (tabla 48).

Tabla 48. Distribución de las variables relacionadas con el desplazamiento forzado. Buenaventura, 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Número de desplazamientos	Un desplazamiento	298	87,1 %
	Dos o más desplazamientos	44	12,9 %
Forma de desplazamiento	Individual	32	9,4 %
	Familiar	296	86,5 %
	Grupal	5	1,5 %
	Masivo	9	2,6 %
Tiempo de desplazado	Menor a un año	17	5 %
	Entre 1 y 5 años	190	55,6 %
	Entre 6 y 10 años	135	39,5 %

		Frecuencia	Porcentaje
Actor que influyó en el desplazamiento	Guerrilla	202	59,1 %
	Paramilitares	104	30,4 %
	Delincuencia común	5	1,5 %
	Ejército	5	1,5 %
	Otros	26	7,6 %
Desplazamiento intempestivo	Sí	285	83,3 %
	No	57	16,7 %
Lugar a donde llega cuando fueron desplazados	Casa de un familiar	283	82,7 %
	Institución gubernamental	10	2,9 %
	Albergues	8	2,3 %
	Terminal de transporte	1	0,3 %
	Otro	40	11,7 %
Total		342	100 %

Hechos victimizantes

Los hechos victimizantes más frecuentes fueron en su orden: los actos terroristas, el despojo de tierras y amenazas, todos con frecuencias por encima del 40 %. Las masacres fueron el séptimo hecho victimizante más frecuente. Además, el 4,4 % de los encuestados vivenciaron la vinculación de niños, niñas o adolescentes a grupos armados, lo cual los obligó a huir (gráfico 17).

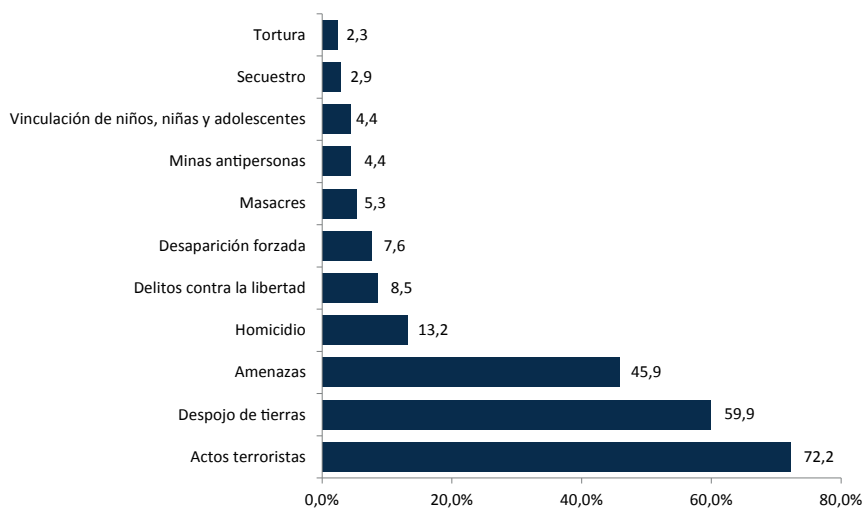


Gráfico 17. Distribución de los hechos victimizantes en población víctima de desplazamiento forzado asentada en la ciudad de Buenaventura, 2016

Con respecto a los hechos victimizantes y su relación con el sexo de las víctimas, se presentaron frecuencias relativas muy similares en los actos terroristas, homicidio, secuestro, tortura. El hecho victimizante de amenazas predominó en el sexo masculino con una razón de 1,58 con respecto a las del sexo femenino. Entre los hechos que pudieron ser desencadenantes del suceso de desplazamiento forzado y que presentaron mayor frecuencia están los actos terroristas, el despojo de tierras, y las amenazas. El hecho victimizante que menos se presentó fue el secuestro y tortura para ambos sexos. Es de aclarar que cada persona encuestada pudo haber sido víctima de uno o más hechos victimizantes de los once que se exponen en la tabla 49.

Tabla 49. Distribución de los hechos victimizantes en población víctima de desplazamiento forzado según sexo. Buenaventura, 2016

Hecho victimizante	Hombre (n=157)		Mujer (n=185)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Actos terroristas	111	70,7 %	136	73,5 %
Amenazas	90	57,3 %	67	36,2 %
Delitos contra la libertad	8	5,1 %	21	11,4 %
Desaparición forzada	8	5,1 %	18	9,7 %
Homicidio	19	12,1 %	26	14,1 %
Masacres	7	4,5 %	11	5,9 %
Minas antipersonas	5	3,2 %	10	5,4 %
Secuestro	4	2,5 %	6	3,2 %
Tortura	4	2,5 %	4	2,2 %
Vinculación de niños, niñas y adolescentes	8	5,1 %	7	3,8 %
Despojo de tierras	85	54,1 %	120	64,9 %

Atención en salud y acceso a los servicios

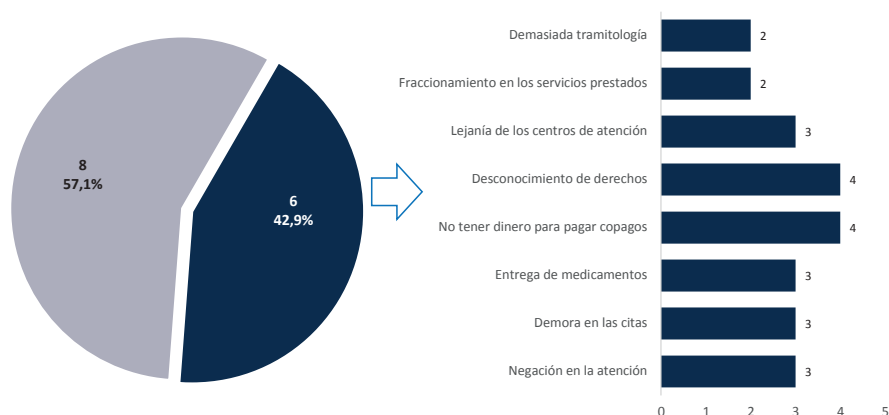
El 12 % de los participantes manifestaron la necesidad de atención psicológica o psiquiátrica, de los cuales casi todos habían recibido dicha atención 11,7 %. A 14 de las 342 personas les habían diagnosticado algún trastorno mental en su vida, el cual fue realizado en su mayoría por un psicólogo, el 28,6 % fue diagnosticado por un médico general o un psiquiatra. Es importante destacar que entre las personas que les habían diagnosticado un trastorno mental, en el 85,7 % de los casos fue después de haber presentado el desplazamiento (tabla 50).

Tabla 50. Distribución de las variables relacionadas con la atención en salud en población víctima de desplazamiento forzado. Buenaventura 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Necesidad de atención psicológica o psiquiátrica	Sí	41	12 %
	No	301	88 %
¿Ha recibido atención psicológica o psiquiátrica?	Sí	40	11,7 %
	No	302	88,3 %
¿Le han diagnosticado algún trastorno mental?	Sí	14	4,1 %
	No	328	95,9 %
¿Quién lo diagnosticó?*	Psicólogo	9	64,3 %
	Psiquiatra	2	14,3 %
	Médico general	2	14,3 %
	Otro	1	7,1 %
¿El diagnóstico fue antes o después del desplazamiento?*	Antes	2	14,3 %
	Después	12	85,7 %
¿Toma algún medicamento psiquiátrico?*	Sí	3	21,4 %
	No	11	78,6 %
¿Ha presentado dificultades en la atención a salud?*	Sí	6	42,9 %
	No	8	57,1 %

* Pregunta realizada a las 14 personas que afirmaron haber tenido algún trastorno mental en la vida.

A las 14 personas que les habían diagnosticado algún trastorno mental en la vida, se les preguntó si habían presentado problemas o dificultades para acceder a la atención en salud, a lo cual el 42,9 % (6 personas) respondieron que sí. Las dificultades más frecuentes fueron no tener dinero para pagar los copagos y desconocimiento de los derechos. Las dificultades menos frecuentes fueron demasiada tramitología y fraccionamiento en los servicios prestados (gráfico 18).

**Gráfico 18.** Distribución de las dificultades para acceder a los servicios de salud mental. Buenaventura, 2016.

Prevalencia de trastornos mentales

Analizando los trastornos más prevalentes en la población víctima de desplazamiento forzado y asentada en la ciudad de Buenaventura, se encontró que aproximadamente 11 de cada 100 personas había sufrido estrés postraumático alguna vez en su vida, y actualmente cuenta con una prevalencia reciente (último mes) de 4,68 % (tabla 44).

Respecto a la prevalencia en el último año, como indicador importante para los programas de intervención, se observó que en la población de estudio los trastornos más prevalentes fueron el estrés postraumático (8,48 %), la fobia específica (8,19 %), y la depresión mayor (4,97 %).

Al realizar un análisis por cada grupo de trastornos, reflejó que para los trastornos de ansiedad el estrés postraumático, la ansiedad por separación y la fobia social presentaron muy poca variación con relación a las tres medidas de prevalencia, lo que indicó lenta recuperación de estas enfermedades. Para los trastornos del estado del ánimo, la depresión mayor fue la que presentó mayor prevalencia en los tres indicadores. Con relación a los trastornos de la impulsividad, el trastorno más prevalente fue el negativista desafiante seguido del trastorno de conducta, con prevalencias en la vida de 4,12 % y 3,09 % respectivamente. Los trastornos de la alimentación no se presentaron en la población de estudio (tabla 51).

Tabla 51. Prevalencia de vida, último año y último mes (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) para los trastornos mentales en la población víctima de desplazamiento forzado. Buenaventura, 2016

Trastorno	Vida	Último año	Último mes
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Trastorno de pánico	1,75 (0,36-3,15)	0,88 (0-1,87)	0 (0-0)
Ansiedad generalizada	1,46 (0,19-2,73)	0,58 (0-1,39)	0,29 (0-0,86)
Agorafobia	1,75 (0,36-3,15)	1,46 (0,19-2,73)	0,29 (0-0,86)
Fobia social	4,68 (2,44-6,92)	3,22 (1,35-5,09)	1,17 (0,03-2,31)
Fobia específica	14,04 (10,35-17,72)	8,19 (5,28-11,09)	1,75 (0,36-3,15)
Estrés postraumático	11,4 (8,03-14,77)	8,48 (5,53-11,43)	4,68 (2,44-6,92)
Ansiedad por separación	4,39 (2,22-6,56)	2,34 (0,74-3,94)	0,88 (0-1,87)
Depresión mayor	10,53 (7,27-13,78)	4,97 (2,67-7,27)	0,58 (0-1,39)
Distimia	2,05 (0,55-3,55)	1,75 (0,36-3,15)	0,58 (0-1,39)

Trastorno	Vida	Último año	Último mes
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Bipolar	1,17 (0,03-2,31)	0,88 (0-1,87)	0,58 (0-1,39)
Déficit de atención	1,55 (0-3,28)	0,52 (0-1,52)	NA
Negativista desafiante	4,12 (1,33-6,92)	0 (0-0)	NA
Trastorno de conducta	3,09 (0,66-5,53)	0,52 (0-1,52)	NA
Bulimia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Anorexia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)

NC: No calculado

Con respecto a la prevalencia de los trastornos mentales en el último año según sexo y grupo etario, se registró el estrés postraumático (12,43 %) como el trastorno más prevalente para las mujeres y la fobia específica (6,37 %) para los hombres. Para los dos grupos de edad que se analizaron, se encontró que los adolescentes presentaron las prevalencias más altas para los trastornos de estrés postraumático (5,63 %) y trastorno de conducta (2,86 %); en los adultos las cifras más altas correspondieron a fobia específica (9,59 %), estrés postraumático (9,23 %), y depresión mayor (6,27 %) (tabla 52).

Tabla 52. Prevalencia en el último (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de los trastornos mentales en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Buenaventura, 2016

Trastorno	Masculino	Femenino	Adolescentes	Adultos
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Trastorno de pánico	0,64 (0-1,88)	1,08 (0-2,57)	0 (0-0)	1,11 (0-2,35)
Ansiedad generalizada	0 (0-0)	1,08 (0-2,57)	0 (0-0)	0,74 (0-1,76)
Agorafobia	0 (0-0)	2,70 (0,37-5,04)	0 (0-0)	1,85 (0,24-3,45)
Fobia social	1,27 (0-3,03)	4,86 (1,76-7,96)	1,41 (0-4,15)	3,69 (1,45-5,93)
Fobia específica	6,37 (2,55-10,19)	9,73 (5,46-14)	2,82 (0-6,67)	9,59 (6,09-13,10)
Estrés postraumático	3,82 (0,82-6,82)	12,43 (7,68-17,19)	5,63 (0,27-11)	9,23 (5,78-12,67)

Trastorno	Masculino	Femenino	Adolescentes	Adultos
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Ansiedad por separación	0 (0-0)	4,32 (1,39-7,26)	1,41 (0-4,15)	2,58 (0,69-4,47)
Depresión mayor	3,82 (0,82-6,82)	5,95 (2,54-9,35)	0 (0-0)	6,27 (3,39-9,16)
Distimia	1,91 (0-4,05)	1,62 (0-3,44)	0 (0-0)	2,21 (0,46-3,97)
Bipolar	0 (0-0)	1,62 (0-3,44)	0 (0-0)	1,11 (0-2,35)
Déficit de atención	0 (0-0)	0,92 (0-2,71)	0 (0-0)	0,63 (0-1,86)
Negativista desafiante	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Trastorno de conducta	0 (0-0)	0,92 (0-2,71)	2,86 (0-8,38)	0 (0-0)
Bulimia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Anorexia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)

Comportamiento suicida

El 9,33 % de la población encuestada manifestó haber pensado en suicidarse alguna vez en su vida, de los cuales el 16,6 % había realizado un plan para llevarlo a cabo e intentó suicidarse al menos una vez (tabla 53).

Tabla 53. Prevalencia de vida y último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de indicadores de comportamiento suicida en la población víctima de desplazamiento forzado. Buenaventura, 2016

Comportamiento suicida	Vida	Último año
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Ideación suicida	9,33 (5,22-13,43)	1,55 (0-3,3)
Planeación suicida	1,55 (0-3,3)	0,52 (0-1,53)
Intento de suicidio	1,55 (0-3,3)	0,52 (0-1,53)

En relación con el sexo y grupo etario, se encontró que el 1,85 % de las mujeres expresó haber pensado en la posibilidad de suicidarse en el año anterior al estudio; para el grupo de los adolescentes la prevalencia fue 2,94 % y para los adultos fue de 1,26 % por cada 100 encuestados.

El 50,2 % de las mujeres que manifestó haber tenido ideas suicidas, pensaron en un plan para suicidarse. La planeación suicida solo se evidenció en mujeres adultas. El intento de suicidio en el último año presentó el mismo comportamiento de la planeación suicida (tabla 54).

Tabla 54. Prevalencia de indicadores de comportamiento suicida en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Buenaventura, 2016

Comportamiento suicida	Masculino	Femenino	Adolescentes	Adultos
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Ideación suicida	1,18 (0-3,47)	1,85 (0-4,39)	2,94 (0-8,62)	1,26 (0-2,99)
Planeación suicida	0 (0-0)	0,93 (0-2,73)	0 (0-0)	0,63 (0-1,86)
Intento de suicidio	0 (0-0)	0,93 (0-2,73)	0 (0-0)	0,63 (0-1,86)

Consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de sustancias psicoactivas presentó las frecuencias más altas para el alcohol y el tabaco, seguido por la marihuana, la cocaína. Para el alcohol, la prevalencia de consumo en la vida reportó el 67,54 %; la prevalencia en el último año fue del 47,95 % y la reciente (último mes), fue de 27,49 %. La prevalencia de vida (PV) de consumo de cigarrillo para esta población fue de 25,44 %; último año (PA) 9,06 % y último mes (PM) 7,60 %.

De las drogas consideradas como ilegales, la marihuana fue la más consumida (PV=3,22 %; PA= 1,46 %; PM= 0,58 %). En segundo lugar, se encontró la cocaína (PV= 0,88 %; PA= 0,58 %; PM= 0,29 %).

Los medicamentos sin prescripción médica (codeína, Winadine F, Algimide, Codipront, Winadol Forte, acetaminofén más codeína, metadona, morfina, tramal o tramadol, clonazepan, rivotril, zopiclona, zolpidem, Rohypnol, flunitrazepam) presentaron un consumo en la vida y el último año de 0,88 %.

Para el caso del consumo de sustancias psicoactivas inyectables como la heroína, cocaína y alcohol, se encontró una prevalencia de vida y de último año de 0,29 % lo que indica que de cada 1 000 personas víctimas de desplazamiento forzado y que estaban ubicadas en Buenaventura, 29 de ellas habían tenido esta práctica en el último año.

Para los alucinógenos que se estudiaron (hongos y cacao sabanero), se presentó una prevalencia de vida y de último año de 0,29 %.

Para la categoría de “otras drogas”, se encontró una prevalencia de 1,17 % en la vida y para el último año sigue constante, siendo el 2CB (Tucibi) la sustancia más consumida (tabla 55).

Tabla 55. Prevalencia de vida, último año y último mes (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) del consumo de sustancias psicoactivas en la población víctima de desplazamiento forzado. Buenaventura, 2016

Consumo	Vida	Último año	Último mes
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Alcohol	67,54 (62,58-72,51)	47,95 (42,66-53,25)	27,49 (22,75-32,22)
Tabaco	25,44 (20,82-30,05)	9,06 (6,02-12,11)	7,60 (4,79-10,41)
Marihuana	3,22 (1,35-5,09)	1,46 (0,19-2,73)	0,58 (0-1,39)
Basuco	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Cocaína	0,88 (0-1,87)	0,58 (0-1,39)	0,29 (0-0,86)
Alucinógenos	0,29 (0-0,86)	0,29 (0-0,86)	0 (0-0)
Inhalantes	0,88 (0-1,87)	0,88 (0-1,87)	0 (0-0)
Medicamentos sin recetar	0,88 (0-1,87)	0,88 (0-1,87)	0 (0-0)
Inyectables	0,29 (0-0,86)	0,29 (0-0,86)	0 (0-0)
Otras drogas	1,17 (0,03-2,31)	1,17 (0,03-2,31)	0 (0-0)

Al analizar las prevalencias de consumo de sustancias en el último año según sexo y grupo etario, se encontró que:

- El consumo de alcohol se presentó un 62 % más en los hombres que en las mujeres, con una relación hombre/mujer de 1,62/1, siendo más frecuente en la población adulta que en los adolescentes.
- El consumo de tabaco presentó una razón hombre/mujer de 1,86/1 y una razón adulto adolescente de 7,85/1, lo que indicó que por cada 100 mujeres se presentaron 186 casos en hombres, y por cada 100 adolescentes, 785 adultos lo habían consumido en el último año.
- Para el consumo de marihuana se resaltó la importante diferencia entre hombres y mujeres (2,55 respecto a 0,54), y contrario a las sustancias anteriores, el consumo de esta fue más alto en los adolescentes que en los adultos (2,82 respecto a 1,11).

- La cocaína solo se presentó en las mujeres adultas y los alucinógenos en los hombres adultos.
- Los inhalantes fueron más consumidos por los hombres con respecto a las mujeres con una razón de 2,4/1 y solo en los adultos (0,74 %).
- Es importante resaltar que la prevalencia más alta en el consumo de sustancias por vías inyectables, según los cuatro grupos que se analizaron, fue en los adolescentes (1,41 %).
- Los medicamentos sin prescripción médica solo se presentaron en las mujeres (1,62 %) y en población adulta (1,11 %).
- El consumo de otras drogas presentó mayor prevalencia en los hombres (1,27 %), y para los dos grupos etarios de análisis solo se presentó prevalencia en los adultos (1,48 %) (tabla 56).

Tabla 56. Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) del consumo de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Buenaventura, 2016

Consumo en el último año	Masculino	Femenino	Adolescentes	Adultos
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Alcohol	60,51 (52,86-68,16)	37,30 (30,33-44,27)	23,94 (14,02-33,87)	54,24 (48,31-60,18)
Tabaco	12,10 (7-17,20)	6,49 (2,94-10,04)	1,41 (0-4,15)	11,07 (7,33-14,81)
Marihuana	2,55 (0,08-5,01)	0,54 (0-1,60)	2,82 (0-6,67)	1,11 (0-2,35)
Basuco	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Cocaína	0 (0-0)	1,08 (0-2,57)	0 (0-0)	0,74 (0-1,76)
Alucinógenos	0,64 (0-1,88)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,37 (0-1,09)
Inhalantes	1,27 (0-3,03)	0,54 (0-1,60)	1,41 (0-4,15)	0,74 (0-1,76)
Medicamentos sin recetar	0 (0-0)	1,62 (0-3,44)	0 (0-0)	1,11 (0-2,35)
Inyectables	0,64 (0-1,88)	0 (0-0)	1,41 (0-4,15)	0 (0-0)
Otras drogas	1,27 (0-3,03)	1,08 (0-2,57)	0 (0-0)	1,48 (0,04-2,91)

Prevalencia de trastornos por uso de sustancias en el último año

Los trastornos por uso de sustancias (abuso/dependencia) encontrados en la población víctima del desplazamiento forzado y que estaban asentadas en Buenaventura fueron los siguientes:

- Para alcohol, se presentó una frecuencia más alta en el abuso con relación a la dependencia de 1,5:1 lo que indicó que por cada 10 personas que tenían dependencia de alcohol se encontraron 15 que presentaban abuso. En la población encuestada no se presentaron trastornos por uso de marihuana y basuco.
- Para los trastornos por uso de cocaína no se encontró abuso sino dependencia. Por cada mil personas que fueron víctimas de desplazamiento forzado y vivían en Buenaventura, 20 sufrían dependencia por esta sustancia (tabla 57).

Tabla 57. Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de trastornos por uso de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado. Buenaventura, 2016

Sustancia psicoactiva	Abuso	Dependencia
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Alcohol	0,88 (0-1,87)	0,58 (0-1,39)
Marihuana	0 (0-0)	0 (0-0)
Basuco	0 (0-0)	0 (0-0)
Cocaína	0 (0-0)	0,29 (0-0,86)

Al analizar las prevalencias de trastornos por uso de sustancias psicoactivas en el último año, en relación con el sexo y los grupos de edad, se presentaron los siguientes hallazgos:

- El abuso de alcohol fue más prevalente en la población masculina y en los adultos, con valores de 1,27 % y 1,11 % respectivamente.
- La dependencia de alcohol se presentó en mujeres (1,08 %) y en adultos (0,74 %).
- No se evidenció abuso de cocaína, pero se encontró dependencia a esta sustancia, la cual se presentó en la población femenina (0,54 %) y adulta (0,37 %) (tabla 58).

Tabla 58. Prevalencia en el último año (con su respectivo intervalo de confianza del 95 %) de trastornos por uso de sustancias psicoactivas en población víctima de desplazamiento forzado según sexo y grupo etario. Buenaventura, 2016

Sustancia psicoactiva	Masculino	Femenino	Adolescente	Adulto
	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)	Prevalencia (IC 95 %)
Abuso de alcohol	1,27 (0-3,03)	0,54 (0-1,6)	0 (0-0)	1,11 (0-2,35)
Dependencia de alcohol	0 (0-0)	1,08 (0-2,57)	0 (0-0)	0,74 (0-1,76)
Abuso de marihuana	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Dependencia de marihuana	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Abuso de basuco	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Dependencia de basuco	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Abuso de cocaína	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)
Dependencia de cocaína	0 (0-0)	0,54 (0-1,6)	0 (0-0)	0,37 (0-1,09)

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones y recomendaciones

Guillermo Alonso Castaño Pérez, Gloria María Sierra Hincapié, Daniela Sánchez Acosta, Carolina Salas Zapata, Carolina Buitrago Salazar

Del total de personas encuestadas (n= 1026), el 46,5 % correspondía al sexo masculino y el 53,5 % al femenino; aproximadamente una quinta parte eran menores de 18 años y el 79,5% adultas, en su mayoría pertenecían al estrato socioeconómico bajo (estratos 1 y 2) con un 91,1%. El 85 % con estudios de primaria o secundaria y el 8,8 % estudios superiores.

En cuanto a las características relacionadas con el desplazamiento, el 80,8 % fueron desplazadas una sola vez en su vida, las demás dos o más veces. El 85,6 % fueron desplazados con toda su familia y con respecto al tiempo de ocurrencia del hecho, el 5,8 % llevaba menos de un año, y el 57,5% más de 5 años, pero menos de 10.

Con relación al actor que influyó en el desplazamiento, se encontró que por cada 100 personas que habían sido desplazadas por los paramilitares, 173 lo habían hecho por la guerrilla; ocurriendo el desplazamiento de manera intempestiva en el 83,0 % de los casos, y cerca del 69,1 % fue acogido en la casa de un familiar.

Los hechos victimizantes que provocaron el desplazamiento fueron variados y en muchas ocasiones simultáneos, destacándose como los más frecuentes: el despojo de tierras con el 69,2 %, las amenazas 68,7 %; los actos terroristas 59,6 %; el homicidio 27,5 %; y con el 10 % o menos de este porcentaje los delitos contra la libertad, las minas antipersona, el secuestro, la tortura o el involucramiento de menores en la guerra.

Las víctimas de desplazamiento forzado asentadas en Bogotá, proviene de los departamentos de Tolima (28,1 %), Cundinamarca (10,8%) y Meta (9,2 %) y el resto de todas las regiones del país. Los ubicados en Medellín son provenientes sobretodo de Antioquia (54,2 %), Chocó (12 %)

y Córdoba (9,3 %) y el resto de otras regiones de Colombia. Buenaventura recibe desplazados en su mayoría del Valle del Cauca (56,3 %), Nariño (13,2 %) y Chocó (12,6 %).

En relación con los trastornos mentales, en la muestra total se observó que los trastornos más prevalentes en el último año fueron la fobia específica (9,26 %), estrés postraumático (7,31 %) y depresión mayor (7,12 %).

Al realizar un análisis por ciudad, se observó que en Bogotá los trastornos más prevalentes fueron la fobia específica (10,37 %), la depresión mayor (8,36 %) y el estrés postraumático (6,92 %). Para Medellín, se encontró que los trastornos más prevalentes fueron éstos mismos pero con prevalencias de 9,20 %, 8,01 % y 6,53 % respectivamente. Finalmente, para Buenaventura, los trastornos más prevalentes fueron el estrés postraumático (8,48 %), la fobia específica (8,19 %) y la depresión mayor (4,97 %).

Con respecto al consumo de drogas, las prevalencias del último año en las tres ciudades reportan los siguientes datos: alcohol (46,5 %); tabaco (13,9 %); marihuana (3,0 %); cocaína (1,2 %); basuco (0,5 %); inhalables (0,9 %); medicamentos ansiolíticos sin receta (1,7 %); y otras drogas (1,46 %) entre las cuales se incluyen (LSD (0,2 %), ketamina (0,2 %), éxtasis (0,3 %), 2cb (0,2 %) anfetaminas (0,1 %); alucinógenos (0,5 %)); y el 0,7 % reportó haberse inyectado drogas, siendo la heroína la droga elegida

Los trastornos por uso de sustancias (abuso/dependencia) encontrados en la población víctima del desplazamiento forzado y que estaban asentadas en Bogotá, Medellín y Buenaventura fueron para el alcohol según criterios CIE 10 (uso indebido 1,66 %, dependencia 0,78 %). Para las demás drogas se tuvieron en cuenta criterios DSM IV y estos son los datos: marihuana (abuso 0,10 %; dependencia 1,36 %), cocaína (dependencia 0,29 %), basuco (dependencia 0,10 %).

Un poco más de la quinta parte de los participantes (20,3 %) manifestaron la necesidad de atención psicológica o psiquiátrica, de los cuales aproximadamente el 15,3 % recibieron dicha atención, lo que implica que cerca del 24,6 % de la población que sentía la necesidad de la atención aún no la había recibido. A 97 de las 1 026 personas les diagnosticó algún trastorno mental en su vida, el cual fue realizado en su mayoría por un psicólogo (43,3 %) o un médico general (30,9 %) y el 19,6 % fue diagnosticado por un psiquiatra.

A las 97 personas que les habían diagnosticado algún trastorno mental en la vida, se les preguntó si habían presentado problemas o dificultades para acceder a la atención en salud, a lo cual el 27,8 % respondieron que sí.

Entre las barreras de acceso para la atención en salud mental se encuentra que están sujetas a diversos factores relacionados con la cobertura del sistema, aspectos inherentes a las instituciones y situaciones individuales o familiares de los usuarios, como barreras económicas, geográficas, informativas, administrativas y culturales que enfrenta esta población

Se destacan las barreras administrativas que incluyen todas las acciones relacionadas con los trámites y procedimientos de las instituciones implicadas en la atención, las evidencian los trámites burocráticos inherentes a dichos procesos, los prolongados tiempos de espera para recibir las ayudas.

La barrera más importante en relación con los servicios de salud está en las características del modelo de atención, en su falta de integralidad, oportunidad, continuidad y calidad,

donde se tenga no solo en cuenta el riesgo y la vulnerabilidad, sino también la morbilidad ya instalada y que necesita atención.

La legislación en materia de protección y atención a las víctimas del conflicto armado en Colombia es amplia y ha demostrado ser una de las más completas en comparación con otros países, pero las principales dificultades recaen en la implementación de dichas políticas.

Se hace necesario ejecutar programas de atención integral para la población víctima de desplazamiento forzado con miras no solo a la vulnerabilidad, sino a su situación como víctimas del conflicto armado y la violencia; aspecto que se queda corto en el territorio nacional donde los planes, programas y políticas públicas se concentran en el primer aspecto mencionado, dejando de lado la atención a la morbilidad instalada en este tipo de población.

Ante la complejidad del problema deben proponerse una pluralidad de intervenciones como la atención psicosocial, la atención especializada para los trastornos mentales detectados, la intervención familiar y sistémica, la atención humanitaria y la rehabilitación basada en la comunidad, todos ellos orientados a acompañar y a remediar el dolor, atender el duelo, agenciar los derechos y mitigar el impacto del trauma en esta población considerada en alto grado de vulnerabilidad por su condición de riesgo psicosocial.

La Ley de Víctimas y Restitución de Tierras propone de manera explícita que la atención a las víctimas debe adelantarse con enfoque psicosocial, siendo necesario, acorde con los resultados arrojados por esta investigación, facilitar también el acceso a los servicios especializados en salud mental para el tratamiento y seguimiento de la enfermedad que padecen las víctimas del desplazamiento forzado.

Las estrategias de atención en salud mental deben partir del reconocimiento de las características y necesidades particulares de este grupo poblacional, haciéndose 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.

Limitaciones

En cuanto a las limitaciones, hay que anotar que aunque el diagnóstico de trastorno mental se realizó por medio de entrevista clínica estructurada CIDI de la OMS, lo que en principio da mayor confiabilidad al estudio, el diagnóstico de consumo de drogas, se hizo por autoinforme y no incluyó el análisis toxicológico, lo que puede no reflejar de manera real la existencia de esta problemática.

De otro lado es necesario anotar que en el estudio no se indagó por problemáticas relacionadas con la violencia contra la mujer, la violencia intrafamiliar y abusos sexuales, eventos estos muy frecuentes en el marco del conflicto armado en Colombia y que también constituyen morbilidades del espectro de la salud mental

Líneas maestras para la atención de la salud mental a desplazados por la violencia en Colombia

Los trastornos mentales son prevalentes en la población víctima del conflicto armado y contribuyen sustancialmente a la morbilidad, la discapacidad temporal y permanente, y la mortalidad prematura. Algunas problemáticas en materia de salud mental como los trastornos de ansiedad, el consumo de drogas y el abuso de bebidas alcohólicas, emergen con fuerza en el cuadro de salud general de este grupo poblacional.

La proporción de personas con trastornos mentales que no reciben atención en salud es alta. Las repercusiones económicas y sociales de los trastornos mentales son significativas: altos costos de los servicios sanitarios y sociales, incremento del desempleo, y la productividad resulta afectada. A esto, se añade el sufrimiento de los enfermos y sus familiares, así como el deterioro de la calidad de vida. Sin embargo, a pesar de la magnitud de la carga y el impacto de estas enfermedades, las respuestas de los servicios de salud mental son insuficientes o inadecuadas, lo que puede conducir a cuadros recurrentes o de evolución crónica, incapacidades severas, muertes por suicidio o sufrimiento prolongado del paciente y sus cuidadores.

Una de las explicaciones dadas a esta situación ha sido la escases de psiquiatras para atender estas problemáticas, ante la idea ampliamente compartida pero errónea con respecto a que todas, o la mayoría, de las intervenciones en salud mental pueden o deben ser ofrecidas solo por personal especializado. No obstante, la evidencia científica sobre el tema demuestra la factibilidad y ventajas de implementar intervenciones farmacológicas y psicosociales en el nivel de atención sanitaria no especializada, particularmente en la Atención Primaria en Salud (APS) (OMS y OOPS, 2013).

La APS es definida como la primera línea de contacto y puerta de entrada a los servicios de salud, con mayor cobertura y menor complejidad. La atención de las personas con trastornos mentales es compatible con los recursos y el funcionamiento del nivel primario de atención, por lo que los centros de APS pueden considerarse espacios privilegiados para el reconocimiento de los trastornos mentales, su evaluación y tratamiento, así como para la interconsulta con especialistas, la derivación adecuada y el seguimiento en el tiempo de la sintomatología. La mayoría de las personas que sufren trastornos mentales consultan por primera vez en el nivel primario de atención, o son identificadas y ayudadas por su familia y/o el entorno comunitario. Sin embargo, frecuentemente este tipo de desórdenes no son reconocidos y no siempre son manejados de manera apropiada.

Para poblaciones generales, el Consejo Directivo de la OPS en el año 2009, adoptó oficialmente la Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental, mediante la Resolución CD49.R17, brindando a los países una serie de recomendaciones que también pueden ser aplicadas a la población víctima del conflicto armado afectada por trastornos mentales y consumo de drogas. Al respecto, estas sugerencias hacen referencia a la necesidad de (OPS, 2009):

- a) Incluir la salud mental como una prioridad dentro de las políticas nacionales de salud, mediante la ejecución de planes de salud mental.
- b) Promover el acceso universal y equitativo a la atención de salud mental para toda la población, mediante el fortalecimiento de los servicios de salud mental en el marco de los sistemas basados en la atención primaria de salud y las redes integradas de servicios.
- c) Continuar trabajando para fortalecer los marcos legales de los países con miras a proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.
- d) Impulsar iniciativas intersectoriales para la promoción de la salud mental, con atención particular en niños, niñas y adolescentes, para hacer frente al estigma y la discriminación que sufren las personas con trastornos mentales.
- e) Apoyar la participación eficaz de la comunidad, de los propios usuarios y sus familiares en actividades destinadas a promover y proteger la salud mental de la población.
- f) Considerar el fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud mental como un componente clave del mejoramiento de los planes y servicios.
- g) Reducir la brecha de información existente en el campo de la salud mental mediante el mejoramiento de la producción, análisis y uso de la información, así como la investigación con un enfoque intercultural y de género.
- h) Fortalecer las alianzas del sector público con otros sectores, así como con organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y actores sociales claves.

De otro lado, Rodríguez et al. (2002), plantean que la atención en salud mental a la población víctima del desplazamiento forzado debe estar enmarcada en un enfoque de gestión de riesgo, que permita abordar el desarrollo de acciones de tipo preventivas dirigidas a reducir al mínimo la aparición de daños psicológicos, preparar a la población y a los equipos de respuesta acerca de cómo actuar ante las problemáticas que aparezcan, y desarrollar acciones de comunicación social, educativas y de capacitación con la población afectada, para que comprendan lo que les está sucediendo.

Propuestas de actuación

Siguiendo las recomendaciones de la OMS y la OPS en lo que confiere a la atención en salud mental de la población víctima del conflicto armado, junto a la experiencia de Guatemala tras la violencia que padeció entre 1960 y 1996, se proponen las siguientes estrategias y líneas de acción (OMS, 2001; OPS y Oficina Humanitaria de la Unión Europea, 2001; OPS y OMS, 1998; Rodríguez y Ruiz, 2001; Rodríguez et al., 2002; Summerfield, 2000; OMS, 1999):

Realizar un diagnóstico preliminar de la situación psicosocial de la población desplazada víctima del conflicto armado incluyendo:

- Identificación de los grupos de mayor riesgo psicosocial y su localización con el fin de dirigir acciones específicas hacia ellos.
- Identificación de los principales características socio culturales de la comunidad.
- Identificación de organización y redes de soporte social.
- Reconocimiento de las problemáticas de salud mental que padecen.
- Evaluación del sistema de salud:
 - Instituciones y recursos en el sector salud. Niveles de cobertura y accesibilidad a los servicios.
 - Actualización del inventario de recursos especializados que puedan ser utilizados.
 - Establecimiento de prioridades y grupos metas para la actuación inmediata.

Incrementar, descentralizar y fortalecer los servicios públicos de salud mental:

Una línea estratégica es la apertura y desarrollo de unidades de salud mental en las localidades del país con mayor número de víctimas de desplazamiento forzado y dotarlos de centros de salud que permitan la implementación de la APS. A esto, se debe añadir el desarrollo de unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, lo que permitiría descentralizar los servicios de internamiento, extraerlos del marco exclusivo de un hospital psiquiátrico, y acercarlos a la comunidad.

Atención psicosocial por personal no especializado:

El objetivo fundamental de esta estrategia es el aumento del nivel de resolución psicosocial de estas personas y la comunidad en general. Ante situaciones relacionadas con el desplazamiento forzado y sus consecuencias en la salud mental, la participación de agentes comunitarios y trabajadores de salud de la APS juegan un papel decisivo. Por lo general, hacen parte de la primera línea de contacto con la población y son los encargados de brindar la primera atención psicológica. Pueden ser muy eficientes y desplegar un alto grado de autonomía si han sido preparados adecuadamente; también, si provienen de las propias comunidades, estarán en mejores condiciones de comprender las necesidades de la población, del contexto sociocultural, y activar las rutas de atención. Esta actuación debe incluir:

- Identificación de los recursos disponibles y su utilización.
- Entrenamiento para la atención en salud mental en APS, basados en la *Guía de Intervención para contextos no especializados (mhGAP-IG)* de la OPS (OMS y OPS, 2013).
- Organización y supervisión del trabajo del personal no especializado.
- Establecimiento o actualización de los mecanismos de referencia y contrareferencia.

Atención clínica especializada directa a casos con trastornos psíquicos complejos:

Ante el escaso recurso de personal especializado en el país, esta línea de actuación se reserva para los casos complejos de enfermedad mental y para aquellos que después de ser diagnosticados, tratados y monitoreados en un tiempo, no mejoran sus condiciones. Esta debe ser lo más cercana y accesible a la población, preferencialmente en servicios de salud mental de la APS o por equipos especializados de tipo móvil. Se recomienda la organización de los servicios y definiciones de sus acciones en los siguientes niveles:

- Hospital psiquiátrico o servicio de psiquiatría en hospital general.
- Servicios de salud mental de la atención primaria en salud.
- Equipos especializados de tipo móvil, o ubicados transitoriamente en lugares seleccionados.
- Otras unidades o servicios de salud mental en diferentes instituciones (ONGs. y OG).
- Establecimiento o actualización de los mecanismos de referencia y contrareferencia.

Atención psicosocial priorizada a los grupos vulnerables:

Debido a los riesgos que implica la tardanza en la atención de los grupos vulnerables, esta línea de actuación debe incluir:

- Identificación de grupos de alta vulnerabilidad en el territorio en cuestión.
- Atención preferencial a mujeres y ancianos.
- Atención preferencial a niños(as) y adolescentes.
- Atención preferencial a albergados.

Educación a la población en materia de salud mental:

La comunidad, y en especial sus organizaciones y líderes, deben recibir información educativa mínima sobre las problemáticas psicosociales. Es punto vital saber identificar precozmente la amplia gama de reacciones psicológicas que pueden presentarse, la diferenciación de lo evidentemente patológico, y el aprendizaje de algunas estrategias simples para el afrontamiento de estas situaciones.

Desarrollo de los recursos humanos:

La capacitación se diseña como un proceso sistemático y en cascada que facilita la transferencia de tecnología. Es importante capacitar a los agentes comunitarios, trabajadores de la atención primaria, personal de albergues y refugios, así como a los maestros. A su

vez, es necesario garantizar la actualización, continuidad y sistematización de la capacitación. Un principio importante es que la capacitación debe ser específica según los niveles de atención y grupos a los cuales va dirigida. Los abordajes difieren, por ejemplo, cuando se trabaja con médicos a cuando se capacita a voluntarios.

Organización comunitaria y participación social:

Es necesario favorecer la organización comunitaria y la participación de la población como entes activos y no solo como receptores pasivos de ayuda; es decir, convertir a las personas en protagonistas de su propia recuperación y la de los demás. Lo anterior implica:

- Identificación de organizaciones y líderes comunitarios.
- Motivación y organización de la población para la autoayuda y ayuda mutua.
- Participación de la población en la planificación y ejecución de las acciones en la promoción de la salud mental y la prevención de la aparición de riesgos psicosociales.

Coordinación y fortalecimiento interinstitucional e intersectorial:

Es importante la conformación de grupos de trabajo interinstitucionales e intersectoriales que sirvan de apoyo a los procesos de atención en salud mental. En el ámbito local, se deben desarrollar acciones en estrecha relación con organizaciones comunitarias (red local), siendo importante para ello:

- Identificar y fortalecer las organizaciones e instituciones que actúan de forma directa e indirecta en el campo de lo psicosocial.
- Definir y fortalecer los mecanismos de cooperación y establecimiento de redes a los diferentes niveles.
- Establecer compromisos con acciones pertinentes para ser desarrolladas por las diversas entidades.

Sostenibilidad y continuidad de las acciones:

Muchos de los procesos de atención en salud mental son prolongados y complejos, lo que hace necesario su mantenimiento en el tiempo para garantizar el mejoramiento de la morbilidad en las personas afectadas. Estos, una vez instalados, permanecen como una enfermedad crónica que amerita acciones de seguimiento y acompañamiento por años, lo que hace necesario que una vez dada la atención, sea sostenida en el tiempo.

Recomendaciones finales

Dentro de las líneas maestras para la atención de la salud mental de la población víctima de desplazamiento forzado por la violencia, es necesario incluir el enfoque que propone el Ministerio de Salud y Protección Social del Gobierno y la Unidad para la Atención y Repa-

ración Integral a Víctimas (UARIV), denominada atención psicosocial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011, 2013; UARIV, 2014).

Entre las premisas de este enfoque, fundamentado en el reconocimiento de la capacidad de agencia y la despatologización del sufrimiento, se han identificado tres consideraciones fundamentales en la experiencia de acompañamiento a poblaciones afectadas por eventos generados en contextos de violencia sociopolítica, particularmente en el contexto latinoamericano.

La primera consideración se encuentra orientada a contemplar las expresiones de sufrimiento como respuestas normales frente a los eventos anormales propiciados por los hechos violentos en el marco del conflicto. Esta premisa invita a pensar que las causas estructurales del sufrimiento de las víctimas no son estrictamente intrapsíquicas, sino que resultan de las relaciones establecidas en los contextos de desarrollo y la exposición a los eventos de violencia, por lo que es necesario considerar las características contextuales para entender el sufrimiento de los afectados más allá de categorizar o diagnosticar a partir de criterios estandarizados.

La segunda premisa, en estrecha relación con la anterior, se refiere al reconocimiento de los recursos propios con los que cuentan las comunidades afectadas por hechos de victimización, incluso más allá del sufrimiento provocado por las acciones violentas. Es así como se debe considerar a las víctimas no solo como personas que están sufriendo, sino reconocer que cuentan con recursos (resiliencia) para afrontar su situación actual de vida, lo que implica también reconocer que los hechos de victimización no son el referente estructural que define su situación actual, sino que tienen el valor de variables en una cadena de acontecimientos históricos que constituyen la vida de un sujeto o una comunidad.

Por su parte, la tercera premisa se fundamenta en el enfoque psicosocial de dignificación y reconocimiento, y sienta las bases para el principio de corresponsabilidad en el marco de los procesos de atención a las víctimas. Se trata en reconocer que “todas las personas pueden hacer algo frente al sufrimiento de los otros” (UARIV, 2014, p. 11), configurando las acciones dirigidas a los sujetos afectados por hechos de victimización, en hechos que reivindican la dignidad que les fue arrebatada por la violencia.

En esta misma línea y en relación con las intervenciones psicosociales se han propuesto una serie de recomendaciones para las instituciones y profesionales que adelantan procesos de atención y reparación integral a víctimas, en las cuales se retoman algunos aspectos que pueden ayudar en la atención a los problemas de salud mental de la población víctima de desplazamiento forzado por el conflicto armado, y se resumen a continuación (Moreno y Moncayo, 2015):

- Se hace necesario la consolidación de procesos de atención orientados a las diferentes dimensiones de la problemática, en lugar de dirigir sus esfuerzos a una sola, ya que el resto de las bases del problema seguirían intactas y no se lograría un efecto positivo a mediano plazo. Al respecto, Bello (2006) propone que la intervención psicosocial incluya elementos que contribuyan a la reconstrucción de la identidad; propiciar la autonomía que permita potencializar sus capacidades de agencia tanto individual como colectiva; favorecer la satisfacción de las necesidades básicas que garanticen su subsistencia, es decir, acciones de protección del Estado; y el despliegue de recursos propios, la activación de redes sociales e institucionales, nuevos lazos y vínculos.
- Se recomienda una intervención que identifique los valores, normas, actitudes y expectativas de la población a la que están dirigidas las acciones, de tal forma que su cosmovisión se vea reflejada en el diseño del proceso de acompañamiento e

intervención. Así, las estrategias implementadas reflejarán sus actitudes, normas, esperanzas, además de una consideración por aquellas formas de actuar que son de su preferencia y, que por tanto, facilitan su participación e implicación en los procesos de cambio (Marín, 1996).

En esta línea, se destaca la importancia de acercarse a la realidad de ese otro, al que se intenta beneficiar para comprender sus formas de relación, y de resolución de problemas, con el fin de producir alternativas que efectivamente se ajusten a lo que cada comunidad específica requiere (Díaz, Arias y Lasso, 2010).

Asimismo, Estrada et al. (s.f.) enfatizan la necesidad de propiciar espacios de participación de la población beneficiaria en conjunto con los equipos psicosociales, de tal forma que se reconozcan las diferentes lecturas de la realidad, se permita ampliar la comprensión y establecer acuerdos para mejorar el proceso de atención. Lo anterior implica asumir un cambio en las relaciones, ya que tradicionalmente las familias son percibidas como usuarias que reciben lo que otro ha diseñado para ellas, en lugar de participar como interlocutoras válidas en el proceso de construcción y afinamiento de la intervención. Tal postura crítica también es compartida por Bello (2006), quien reconoce el valor del conocimiento compartido en lugar de las soluciones construidas sin el reconocimiento del saber de la comunidad y del investigador.

Se resalta la importancia de permitir la participación de los afectados con sus propuestas, cuestionamientos y trabajo conjunto a la hora de diseñar planes de acción psicosociales. Esta recomendación busca promover acciones que ubiquen a la población beneficiaria en una postura de agencia, en oposición a una postura pasiva. En este sentido se sugiere equilibrar la intervención trabajando tanto en la satisfacción de necesidades y el restablecimiento de derechos, así como en el fortalecimiento de la autonomía y la resiliencia. Si las acciones se centran exclusivamente en estos primeros, se corre el riesgo de ubicar a la población en una situación de pasividad a la espera que sea el Estado quien le resuelva su futuro, excluyéndola de toda responsabilidad, poniéndola en una condición de invalidez e inutilidad. Es importante, por lo tanto, reconocer la responsabilidad que el Estado tiene en su actual situación, pero también es fundamental identificar cómo se encuentra la comunidad en el momento actual y fomentar la intervención sobre su contexto, con el objetivo de desarrollar en los sujetos un sentido de control y eficacia frente a sus condiciones, que les permita empoderarse y ganar confianza a la hora de enfrentar nuevas situaciones (Martín-Beristain, 2004; Guillén, 1996).

En este sentido resaltar la riqueza de los recursos comunitarios y factores protectores individuales ubica a los sujetos en una posición de agentes y sirve además para reconocer valiosas prácticas para enfrentar el dolor, que deben ser atendidas como guía a seguir con las comunidades. En este sentido, vale la pena reconocer valiosas experiencias comunitarias adelantadas en las que, con sus propios recursos, las víctimas se han organizado para hacer frente al dolor (Grupo de Psicología Social Crítica, 2010; Tovar, 2013).

Se destaca la necesidad del enfoque diferencial, reclamado por las mismas comunidades que han sido víctimas de hechos violentos, ya que las necesidades de las distintas poblaciones no son las mismas, la forma en la que han experimentado estos hechos, y lo que han perdido es dimensionado de manera diferente dependiendo del grupo étnico, el género, los grupos etarios. Por lo anterior, se critica el interés de resolver la atención unificándola, ya que de esta forma no se genera una reparación efectiva frente a las necesidades de cada grupo o individuo, sino que se hace con base a un grupo ideal sin considerar las particulares maneras de significar

los acontecimientos (Sacipa, 2013). Asimismo, el enfoque diferencial contribuye a que no se generalice un único modelo de intervención para todas las regiones del país, ya que el conflicto armado no cuenta con las mismas características en cada región, y la forma de asumirlas por sus habitantes también se encuentra permeada por las características socioculturales.

Ser cuidadosos con la revictimización. Algunos autores argumentan que la forma de rotular a las personas que han vivenciado un hecho de violencia, producto del conflicto armado, va a marcar el derrotero de la intervención que se realice, así como también la forma como los profesionales, incluso los que intervienen en su salud mental, se relacionan con los destinatarios de su atención (Martín-Beristain, 2004; Meertens, 2006). Esto es visible en las interacciones que establecen los diferentes actores en los escenarios de atención psicosocial, y se traduce en aquello que los agentes de la atención demandan a los destinatarios de los servicios, es decir, el tipo de actividades que se proponen y la forma como se agencian las mismas. Por ejemplo, es preciso observar si los programas de intervención favorecen la capacidad de actuación de sus destinatarios y si, en esa medida, invitan a asumir un rol activo en su recuperación, o por el contrario, todo es impuesto y se promueve una actitud pasiva, orientada a esperar a que otro resuelva las angustias del sujeto. En este orden de ideas, Martín-Beristain (2004) plantea que “frecuentemente toda la interacción o las formas de ayuda humanitaria o las formas de atención psicosocial están mediatizadas por la experiencia vista como un estigma, esto es muy negativo para la víctima y para la relación de ayuda” (p 174). Lo anterior, encuentra un ejemplo en los rótulos bajo los cuales han sido nombradas las personas en situación de desplazamiento por parte de las diferentes instituciones que los atienden y en ocasiones por los investigadores, e incluso por terapeutas. Al respecto, autores como Velásquez (2008) advierten el riesgo que implica las relaciones establecidas entre el sujeto y el otro durante los procesos de atención, ya que existe el peligro de que ambos queden instalados en identificaciones caprichosas (víctima/salvador), de manera que el sujeto puede inscribirse en estas identificaciones como una estrategia inconsciente para huir de la dificultad de ser y de mejorar, impidiendo que se implique de manera responsable en su proceso.

Retos y perspectivas

En Colombia no hay psiquiatras u otros profesionales de la salud mental suficientemente capacitados y entrenados para atender el número de individuos afectados en situaciones de emergencias complejas, como son los conflictos armados. Por otro lado, no parece conveniente ni necesario que la mayoría de los problemas de salud mental reciban una atención medicalizada; por esto, resulta estratégico el concepto de transferencia de tecnología, lo que permitirá que el especialista actúe como multiplicador (Rodríguez et al., 2002).

En este sentido, el reto más pertinente es girar la atención en salud mental a la APS, para lo que se necesita el desarrollo de programas de formación del personal, con una visión comunitaria, además de evitar el riesgo de traslado de los servicios especializados hacia el nivel comunitario de forma vertical y sin relación alguna con la red de APS, y priorizar la promoción de una integración horizontal.

Por su parte, la OPS y la OMS (2013) ya ha dado pasos en esta dirección y, para ello, han editado recientemente el texto *Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria*, en

el cual se consideró prioritario intervenir en las patologías como depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo y conductuales en niños y adolescentes, demencia, trastornos por uso de alcohol, trastornos por uso de drogas, suicidio y otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente. La calificación de prioridad para estos trastornos se determinó con base a su significación en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad, y los elevados costos sanitarios, sociales y económicos que generan.

Si bien en Colombia se han desarrollado algunas acciones en esta vía, aún falta mucho por implementar plenamente su gestión. Existen incluso varios documentos del Ministerio de Salud y Protección Social que buscan dinamizar esta iniciativa. El primero de estos, data del año 2009, denominado *Modelo de gestión operativa para el componente de salud mental en Atención Primaria en Salud*, que buscó dar respuesta la normatividad generada a partir de la Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y el Decreto 3039 de 2006, por el cual se adoptó el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 con el objetivo de brindar lineamientos para la gestión de competencias, intervenciones, estrategias y proyectos que, en el marco del componente de Salud Mental en Atención Primaria en Salud, llevarían a cabo los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para dar cumplimiento a las acciones en materia de salud mental propuestas en el modelo del Ministerio de la Protección Social para el Plan Operativo Nacional en Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2009a).

El segundo documento, también del mismo año, presenta una propuesta para la identificación y fortalecimiento de redes socioinstitucionales y comunitarias, como estrategia para la implementación de los procesos comunitarios del componente de salud mental en Atención Primaria en Salud (APS) en las entidades territoriales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2009b).

Por otro lado, el Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC) en el año 2016, en conjunto con Médicos sin Fronteras, han abordado el tema de la salud mental y la APS, refiriendo la importancia de esta estrategia para el caso colombiano en el marco del posconflicto, y planteando las competencias profesionales que viabilizan el trabajo del psicólogo colombiano en este tipo de atención (COLPSIC, 2016).

El reto y la perspectiva, ante los resultados del presente estudio, es entonces poner a andar esta iniciativa y volver realidad la atención en salud mental en la Atención Primaria en Salud en Colombia, más ahora en una época de posconflicto donde los esfuerzos deberán centrarse en la población que ha sido víctima de la violencia, pues de no hacerlo, se incurre en la revictimización sin prever problemáticas que pueden agravarse y perpetuar otras formas de violencia.

Finalmente, es necesario dar cuenta de las recomendaciones que hacen Médicos Sin Fronteras (2013) al indicar que existen vacíos en la legislación actual sobre salud mental que de no ser resueltos dejarán de nuevo a la población colombiana sufriendo el abandono institucional, sometida al silencio y a la invisibilización. Al respecto esta organización advierte:

- Con relación a la Ley de Víctimas, el tamaño y número de los equipos interdisciplinarios contemplados en PAPSIVI no debería definirse únicamente en función de las víctimas reconocidas, ya que esto puede ser una barrera para el acceso a los servicios de salud mental en los sitios donde existe una afectación generalizada por el conflicto y donde no todos han alcanzado reconocimiento oficial como víctimas.

- Es imprescindible clarificar la responsabilidad y composición de dichos equipos interdisciplinarios y organizar su trabajo de forma coordinada con las instituciones y el personal responsable de la atención a las víctimas en las estructuras de salud del primer nivel de atención.
- Del mismo modo, el PAPSIVI debe poner mayor énfasis en asegurar el personal adecuado en los hospitales de primer nivel para realizar la atención directa en el ámbito de la salud mental a los pacientes afectados por el conflicto.
- En definitiva el protocolo no puede dejar a criterio de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de las entidades promotoras de salud (IPS y EPS) la decisión sobre el tipo de atención que se ofrece en cada nivel. La única forma de garantizar una atención de calidad a las víctimas del conflicto es delimitando las diferentes responsabilidades en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las diferentes instituciones sanitarias.
- Por último, teniendo en cuenta que el artículo sexto de la Ley 1616 de Salud Mental reconoce “el derecho a tener un proceso psicoterapéutico con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno, para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida” (Art. 6), es importante mencionar que la continuidad en las sesiones depende en gran medida de la proximidad y disponibilidad de los servicios. Difícilmente se podrá conseguir la adherencia al proceso terapéutico si la población víctima del conflicto tiene que desplazarse desde las zonas rurales a estructuras hospitalarias de segundo nivel en las capitales departamentales. Es necesario que los servicios de atención psicoterapéutica estén asegurados en el primer nivel de atención y que acompañen a los equipos extramurales que se desplazan a las zonas rurales.

Referencias

Referencias

Acción social y CHF (2007). Evaluación del Programa de atención a población desplazada. Recuperado de <https://sinergiacychf.dnp.gov.co/Sinergia/Archivos/29535e1d-2627-4702-b864-e731b63d7dfc/chf.pdf>

Alcaldía de Medellín (2012). Encuesta Calidad de Vida. Medellín: Alcaldía de Medellín.

(2014). Presentación Ciudad Saludable. Medellín: Alcaldía de Medellín.

(2015). Plan de Desarrollo Local Comuna 4 Aranjuez (p. 159). Medellín: Alcaldía de Medellín. Recuperado de https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_15/InformacionGeneral/Shared%20Content/Documentos/comunas/COMUNA4_ARANJUEZ.pdf

Alcaldía Distrital de Buenaventura (2015). *Análisis Situacional de Salud. La crisis de Buenaventura la vive todo el Pacífico*. Buenaventura: Fundación Ideas para la Paz. Recuperado de <http://www.ideaspaz.org/publications/posts/983>

Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 501, 22 de mayo (1998)

(2011). *Localidad de Kennedy*. Bogotá, Colombia: Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte. Recuperado de <http://www.bogota.gov.co/localidades/kennedy>

(2014). *¿Qué hace Bogotá por las Víctimas del Conflicto Armado?* Bogotá, Colombia: Secretaría General de Bogotá. Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación. Recuperado de <http://www.victimasbogota.gov.co/?q=LOGROS-ALTA-CONSEJERIA-8DA-PARA-LOS-DERECHOS-DE-LAS-VICTIMAS-2C-LA-PAZ-Y-LA-RECONCILIACION-93N>

- (2015). *Ubicación de la ciudad*. Bogotá: Alcaldía de Bogotá. Recuperado de <http://www.bogota.gov.co/ciudad/ubicacion>
- (2015). *Diagnóstico Local con Participación Social Ciudad Bolívar*. Bogotá, Colombia: Hospital Vista Hermosa. Recuperado de http://www.hospitalvistahermosa.gov.co/web/node/sites/default/files/boletines_2015/Diagnostico_%20Diferencial/Preliminar-DiagnosticoLocal.pdf
- (s.f.). *Mapa Centros Dignificar*. Recuperado de <http://www.victimasmogota.gov.co/?q=-mapa-centros-dignificar>
- Alejo, E. G., Rueda, G., Ortega, M. y Orozco, L. C. (2007). Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Univ. Psychol.* Bogotá (Colombia), 6(3), 623–635.
- Allwood, M. A., Bell-Dolan, D. y Husain, S. A. (2002). Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(4), 450–457. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/00004583-200204000-00018>
- Almirón, L. M. (2008). Construcción rizomática del concepto de Salud Mental. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14(4), 56–65.
- Álvarez, M. (2015). *Ciudad bolívar: la historia de una lucha colectiva. Georreferenciación y sistemas de coordenadas Bogotá*. Bogotá: Arcgis. Recuperado de <http://resources.arcgis.com/es/help/getting-started/articles/026n0000000s000000.htm>
- American Psychiatric Association y American Psychiatric Association (Eds.). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrade-Salazar, J. A. (2010). Mujeres, niños y niñas, víctimas mayoritarias del desplazamiento forzado. *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 6(16), 28–53.
- (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 Electrónica de Ciencias Humanas*, 20 (7), 111–114.
- Andrade-Salazar, J. A., Agudelo-Gallego, L. F., Ramírez-Jaramillo, D. C. y Romero-Aguirre, N. A. (2011). Relación entre indicadores de problemas de adaptación social y un posible trastorno afectivo bipolar (TAB), en mujeres cabeza de hogar en situación de desplazamiento forzado en la ciudad de Armenia en el 2010. *Orbis. Revista Científica Electrónica de Ciencias Humanas*, 18 (7), 58–81.
- Andrade-Salazar, J. A., Bustos, J. S. y Guzmán, P. (2012). Prevalencia de consumo de alcohol y cigarrillo en personas en situación de desplazamiento forzado en el Tolima. *Revista Psicología Científica*, 14(17). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/prevalencia-consumo-alcohol-cigarrillo-personas-desplazadas>

- Andrade-Salazar, J. A., Parra-Giraldo, M. y Torres-Padilla, L. D. (2011). Tendencias psicopatológicas en personas desplazadas re-asedadas en el departamento del Quindío entre el 2005 y el 2011. *AGO USB*, 11(2), 232–489.
- (2013). Desplazamiento forzado y vulnerabilidad en salud mental en Colombia. Revisión del estado del arte. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiésis*, 25, 1-16. Doi: 10.21501/issn.1692-0945
- Arango, A. (2008). 10 años de desplazamiento forzoso en Colombia. La política, la cooperación internacional y la realidad de más de dos millones de colombianos. *Oasis*, 13, 5–43.
- Aristizábal, K. V. (2012). Falencias en la protección del derecho a la salud: una mirada a la población desplazada. *Justicia Juris*, 8(2), 120–129.
- Armstrong, T. D. y Costello, E. J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(6), 1224–1239. Doi: 10.1037//0022-006X.70.6.1224
- Asociación Colombiana de Salud Pública (2016). *¿Qué es Salud Pública?* Recuperado de <http://www.saludpublicacolombia.org/que-es-salud-publica/>
- Ballesteros, M., Gaviria, M. y Martínez, S. (2006). Caracterización del acceso a los servicios de salud en población infantil desplazada y receptora en asentamientos marginales en seis ciudades de Colombia, 2002-2003. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(1), 7-17.
- Banco Mundial (2016). *Desplazamiento forzado: Una crisis del mundo en desarrollo*. Washington: Banco Mundial. Recuperado de <http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2016/09/15/forced-displacement-a-developing-world-crisis>
- Baños, A. A. (2005). Antropología de la Violencia. *Estudios de Antropología Biológica*, 12, 41–63.
- Barreira, C., Tavares dos Santos, J. V. y Zuluaga-Nieto, J. (2013). *Conflictos sociales, luchas sociales y políticas de seguridad ciudadana*. Buenos Aires: CLACSO. Recuperado de <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4721760>
- Bell, V., Méndez, F., Martínez, C., Palma, P. P. y Bosch, M. (2012). Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Conflict and Health*, 6(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-6-10>
- Bello, M. N. (2006). Implicaciones éticas y metodológicas de la investigación contratada. En *Investigación y desplazamiento forzado. Reflexiones éticas y metodológicas* (pp. 45–56). Bogotá, D. C.: Red nacional sobre el desplazamiento forzado.
- Benjet, C. (2009). La Salud Mental de la Niñez y la Adolescencia en América Latina y el Caribe. In J. J. Rodríguez y S. Aguilar-Gaxiola (Eds.), *Epidemiología de las Enfermedades Mentales en América Latina y el Caribe*. Washington D.C: OPS.
- Bernal, L. G. (2009). Atención en salud de familias desplazadas por la violencia: reflexiones desde la experiencia docente-asistencial. *Univ. Med. Bogotá (Colombia)*, 50(2), 172–183.

- Betancourt, T. S., Speelman, L., Onyango, G. y Bolton, P. (2009). A Qualitative Study of Mental Health Problems among Children Displaced by War in Northern Uganda. *Transcultural Psychiatry*, 46(2), 238–256. Doi: 10.1177/1363461509105815
- Blair, E. (2009). Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición. *Política y Cultura*, 32, 9–33.
- Bohada, M. del P. (2010). Desplazamiento forzado y condiciones de vida de las comunidades de destino: el caso de Pasto, Nariño. *Revista de Economía Institucional*, 12(23), 259–298.
- Brain, P., Olivier, B., Mos, J., Benton, D. y Bronstein, P. (1998). *Multidisciplinary studies on aggression*. Swansea: University of Swansea Press.
- Cáceres, D. C., Izquierdo, V. F., Mantilla, L., Jara, J. y Velandia, M. (2002). Perfil epidemiológico de la población desplazada por el conflicto armado interno del país en un barrio de Cartagena, Colombia, 2000. *Biomédica*, 22, 425–444.
- Campo-Arias, A. y Herazo, E. (2014). Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 212–217. Doi: 10.1016/j.rcp.2014.09.004
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C. y 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
- Caraveo-Anduaga, J. J. (2006). Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: confiabilidad, estandarización y validez de construcción. Primera parte. *Salud Mental*, 29(6), 65–72.
- Carlsson, J. M., Olsen, D. R., Mortensen, E. L. y Kastrup, M. (2006). Mental health and health-related quality of life: a 10-year follow-up of tortured refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(10), 725–731. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243079.52138.b7>
- Carrasco, M. A. y González, M. J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, 4(2), 7–38.
- Castaño, G. A., Uribe, N. I. y Restrepo, S. M. (2014). *Barras bravas en el fútbol: consumo de drogas y violencia*. Medellín, Colombia: Fundación Universitaria Luis Amigó. Recuperado de http://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/Barras_Bravas.pdf
- Castillo, O. L. (2005). Poblaciones en situación de desplazamiento forzado en Colombia Una revisión de las cifras del sistema de información “RUT.” *Cuadernos de Desarrollo Rural*, 55, 29–50.
- Castro, N. y Mina, D. (2008). *Estado de salud mental y caracterización psicológica de personas víctimas de desplazamiento forzado en la ciudad de Bucaramanga*. Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga.

- Centers for Disease Control and Prevention (1992). Famine-affected, refugee, and displaced populations: recommendations for public health issues. *MMWR*, 41(RR-13), 1–76.
- Centro Nacional de Memoria Histórica (2013). *¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad*. Resumen (1. ed). Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional de Colombia.
- (2014). La huella invisible de la guerra: desplazamiento forzado en la Comuna 13: Resumen. (Imprenta Nacional de Colombia). Bogotá, Colombia.
- (2015). *Una nación desplazada: informe nacional del desplazamiento forzado en Colombia*. Bogotá: NMH-UARIV.
- Chenais, J. (1981). *Histoire de la violence*. (R. Laffond, Ed.). París.
- CICAD/OEA. (2011). *SIDUC-Sistema Interamericano de Datos Uniformes Protocolo de la Encuesta sobre Drogas en Hogares. Instrumentos para la realización de los Estudios Nacionales de Drogas en Población General*. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/oid/protocolos/1_PROTOCOLO_Encuesta_Hogares_Julio_2011.pdf
- Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC) (2016). *Salud mental y atención primaria en salud: una necesidad apremiante para el caso colombiano*. Recuperado de http://www.colpsic.org.co/aym_image/files/Articulo_MSJ_y_ColPsic_14-10-2015_DC_7_final.pdf
- Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas (2008). *Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010*. Bogotá
- Comité de la Santé Mentale du Québec. (1985). *La santé mentale: de la biologie à la culture. Avis sur la notion de santé mentale* (pp. 1–12). Québec, Canadá: Gouvernement du Québec.
- Congreso de Colombia (23 de diciembre de 1993) [Ley 100 de 1993] DO: 41 148
- (18 de julio de 1997) [Ley 387 de 1997]. DO: 43 091
- (25 de julio de 2005) [Ley 975 de 2005]. DO: 45 980
- (10 de junio de 2011) [Ley 1448 de 2011]. DO: 48 096
- (31 de julio de 2012) [Ley 1566 de 2012]. DO: 48 508
- (21 de enero de 2013). Ley de Salud Mental. [Ley 1616 de 2013]. DO: 48680
- (16 de febrero de 2015). Ley Estatutaria [Ley 1751 de 2015]. DO: 49427
- Consejo de Refugiados Noruego (2010). *Internal displacement: Global overview of trends and developments in 2009* (Reporte del Consejo de refugiados noruego). Ginebra: SROKundig.
- Consejo Municipal de Política Social y de Equidad y Giraldo-Jiménez, C. A. (2011). *Políticas poblacionales para una ciudad diversa e incluyente*. Medellín: Alcaldía de Medellín.

- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (19 de abril de 1997a). Acuerdo 59. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%2059%20DE%201997.pdf
- (10 de octubre de 1997b). Acuerdo 77. Recuperado de http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2007/46810/r_sns_1671_2007.html
- (31 de octubre de 1997c). Acuerdo 74. Recuperado de https://www.google.com/url?sa=tyrct=jyq=yesrc=sysource=webycd=1ysqi=2yved=0ahUKEwik382Y0r-fUAhVD4yYKHQceC68QFggkMAAyurl=http%3A%2F%2Fepsianaswayuu.com%2Fcomponent%2Fphocadownload%2Fcategory%2F2-normatividad%3Fdownload%3D15%3AAcuerdo-74-de-1997yusg=AFQjCNG8HCoq2FS_wWUpiBG9wBovaKQa7gysig2=yz42ozC6x_xWgk1T7atFCg
- (23 de diciembre de 1997d). Acuerdo 85. Recuperado de https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/Colombia_AcuerdoCNSS85_1997.pdf
- (29 de enero de 1999). Acuerdo 120. Recuperado de https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20120%20DE%201999.pdf
- (12 de enero de 2000a). Acuerdo 160. Recuperado de https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/CNSA_160.pdf
- (2000b). Acuerdo 185. Recuperado de <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1326.pdf?view=1>
- (22 de enero de 2003). Acuerdo 243. Recuperado de http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2003/45111/a_cnss_0243_2003.html
- Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES) (2013). *El Desplazamiento Forzado y la Imperiosa Necesidad de Paz. Informe Desplazamiento 2013*. Recuperado de http://www.acnur.org/t3/uploads/media/2881_COI_Colombia_Informe_CODHES_2013.pdf?view=1
- Corporación AVRE (2015). *Acompañamiento psicosocial con víctimas del desplazamiento forzado fundamentado en los Derechos Humanos* (pp. 1–8). Recuperado de <http://www.corporacionavre.org/wp-content/uploads/2015/03/ACOMPANAMIENTO-PSICOSOCIAL-CON-VICTIMAS-DEL-DESPLAZAMIENTO-FORZADO-FUNDAMENTANDO-EN-LOS-DERECHOS-HUMANOS1.pdf>
- Corte Constitucional de Colombia. (5 de mayo de 1997) Sentencia T-227. [MP: Dr. Alejandro Martínez Caballero].
- (14 de febrero de 2002) Sentencia T-098. [MP: Dr. Marco Gerardo Monroy Cabra].
- (27 de marzo de 2003a) Sentencia T-268. [MP: Dr. Marco Gerardo Monroy Cabra].
- (22 de mayo de 2003b) Sentencia T-419 [MP: Dr. Alfredo Beltrán Sierra].
- (23 de julio de 2003c) Sentencia T-602. [MP: Dr. Jaime Araújo Rentería].

- (20 de agosto de 2003d) Sentencia T-721. [MP: Dr. Alvaro Tafur Galvis].
- (11 de septiembre de 2003e) Sentencia T-790. [MP: Dr. Jaime Córdoba Triviño].
- (22 de enero de 2004) Sentencia T-025. [MP: Dr. Manuel José Cepeda Espinosa].
- (27 de febrero de 2007a) Sentencia T-136. [MP: Dr. Jaime Córdoba Triviño].
- (5 de octubre de 2007b) Sentencia T-821. [MP: Dra. Catalina Botero Marino].
- (16 de febrero de 2009) Sentencia T-085. [MP: Dr. Jaime Araújo Rentería].
- (2 de febrero de 2010) Sentencia T-045. [MP: Dra. María Victoria Calle Correa].
- (2 de junio de 2016) Sentencia T-290. [MP: Dr. Alberto Rojas Ríos].
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y Alcaldía de Medellín (2005). *Manual Técnico del Censo General*. Bogotá, Colombia: DANE. Recuperado de www.dane.gov.co
- (2015). *Perfil Sociodemográfico 2005-2015 Total Medellín* (p. 16). Recuperado de https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal_%20del_%20Ciudadano/Planeación_%20Municipal/Secciones/Indicadores_%20y_%20Estad_%20C3_%20ADsticas/Documentos/Proyecciones_%20de_%20población_%202005_%20-%202015/Perfil_%20Demografico_%202005-2015_%20Total_%20Medellin.pdf
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. y Kleinman, A. (1997). *Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Díaz, G. C. (2007). La cartografía etnográfica como herramienta técnica y metodológica en investigaciones antropológicas. El caso de Constantina. *Cuadernos de Los Amigos de Los Museos de Osuna*, 9, 72–81.
- Díaz, M., Arias, N. y Lasso, P. (2010). *De la metodología a la metódica: Peregrinajes imperiosos en la investigación social*. Cali: Editorial Bonaventuriana.
- Diez, J. M. et al. (2012). *Cartografía social: investigaciones e intervención desde las ciencias sociales: métodos y experiencias de aplicación* (1a ed.). Comodoro Rivadavia: Universitaria de la Patagonia.
- Domenach, J. M. (1980). La violence. En *La violence et ses causes*. París: UNESCO.
- Domènech, M. y Íñiguez, L. (2002). La construcción social de la violencia. *Athenea Digital*, 2, 1–10.
- Echenique, C., Medina, L. M., Medina, A. R. y Ramírez, A. (2008). Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de reestablecimiento en Sincelejo. *Psicología desde el Caribe*, 21.

- Egea, C. y Soledad, J. I. (2008). Migraciones y conflictos: El desplazamiento interno en Colombia. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 15(47), 207–235.
- Equipo Análisis de Situación de Salud (2014). *Diagnóstico Local con Participación Social 2014*. Localidad Kennedy (p. 161). Kennedy: Hospital del Sur E.S.E. Recuperado de [http://www.hospitalsur.gov.co/2012/configu.nsf/0/3998DDA16DA09FC905257F0E000B-2C89/\\$file/Diagnóstico %20Local %20 %20Preliminar %202014 %20Kennedy %20.pdf](http://www.hospitalsur.gov.co/2012/configu.nsf/0/3998DDA16DA09FC905257F0E000B-2C89/$file/Diagnóstico%20Local%20%20Preliminar%202014%20Kennedy%20.pdf)
- (2015). *Atlas de Salud Pública 2014*. Bosa: Hospital Pablo IV Bosa Nivel ESE. Recuperado de [http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos %20Vigilancia %20en %20Salud %20Pblica %20Geografica1/Análisis %20espacial %20por %20localidad/ Atlas %20de %20Salud %20Pública/2014/Atlas %20de %20Salud %20Pública. %20Localidad %20Bosa %202014.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Vigilancia%20en%20Salud%20Pblica%20Geografica1/Análisis%20espacial%20por%20localidad/Atlas%20de%20Salud%20Pública/2014/Atlas%20de%20Salud%20Pública.%20Localidad%20Bosa%202014.pdf)
- Equipo Humanitario Colombia. (2016). *Informe Final MIRA: Buenaventura, Valle del Cauca, Colombia. Seguimiento a la crisis humanitaria comuna 12 de Buenaventura (p. 15)*. Buenaventura: Equipo Humanitario Colombia. Recuperado de [https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/assessments/160421_ actualizacion_informe_final_mira_comuna_12_vf.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/assessments/160421_actualizacion_informe_final_mira_comuna_12_vf.pdf)
- Estrada, Á. et al. (s.f.). *Psicología social crítica: Estrategias para la atención del impacto psicosocial acumulado en jóvenes, y sus redes sociales, afectados por el conflicto interno en Colombia*. Bogotá: Universidad de los Andes-Centro internacional de investigaciones para el desarrollo IDRC (Canadá).
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2013). *Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data* (EMCDDA Papers) (pp. 1–12). Luxembourg: Publications Office of the European Union. Recuperado de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_220660_EN_TDAU13002ENN.pdf
- Fajardo, D. (1979). *Violencia y Desarrollo*. Bogotá: Fondo Editorial Suramérica.
- Falla-Ramírez, U., Chávez-Plazas, Y. A. y Molano-Beltrán, G. (2003). Desplazamiento forzado en Colombia. Análisis documental e informe de investigación en la Unidad de Atención Integral al Desplazado (UAID) Bogotá. *Tabula Rasa*, 1, 221–234.
- Friedrich-Ebert-Stiftung (Fescol) (2015). *Anuario 2015 de la Seguridad Regional en América Latina y el Caribe*. Bogotá: Fescol. Recuperado de [http://library.fes.de/pdf-files/bueros/ la-seguridad/07600/2015.pdf](http://library.fes.de/pdf-files/bueros/la-seguridad/07600/2015.pdf)
- Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo [Fedesarrollo] y Centro de Recursos para el Análisis del Conflictos [CERAC] (2013). *Hacia un desarrollo integral de la ciudad de Buenaventura y su área de influencia*. Bogotá., Colombia: Centro de Recursos para el Análisis de Conflictos CERAC. Recuperado de [http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/Hacia-un-desarrollo-integral-de-la-ciudad-de-Buenaventura-y-su- %C3 %A1rea-de-influencia-Informe-final-2013.pdf](http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/Hacia-un-desarrollo-integral-de-la-ciudad-de-Buenaventura-y-su-%C3%A1rea-de-influencia-Informe-final-2013.pdf)

- Feldmann, A. (2008). Las raíces del desplazamiento interno y la intervención humanitaria. *Revista de Ciencia Política* (Santiago), 28(2). Doi: 10.4067/S0718-090X2008000200003
- Flisher, A. y Lustig, S. (2005). *Child and adolescent health policies and plans*. Geneva: World Health Organization.
- Franco, S. (1997). Violencia y salud en Colombia. *Rev Panam Salud Pública* [Internet], 1(2), 93–103.
- (2003). Momento y contexto de la violencia en Colombia. *Rev Cubana Salud Pública*, 29(1), 18–36.
- García Vargas, M. (2012). Desplazamiento e impactos en la salud. ; Vol. 21, núm. 1; 15-23. *Avances en Enfermería*, 21(1), 15–23.
- Garfield, R. y Llantén, L. (2004). The public health context of violence in Colombia. *Rev Panam Salud Pública*, 16(4), 266–271.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Paradis, A. D. y Stashwick, C. K. (2003). Comorbidity of substance use disorders and posttraumatic stress disorder in adolescents. En *P. Ouimet y P. J. Brown, Trauma and substance abuse: causes, consequences, and treatment of comorbid disorders* (1st ed, pp. 227–242). Washington, DC: American Psychological Association.
- Giménez, C. (2003). *¿Qué es la inmigración? ¿Problema y oportunidad? ¿Cómo lograr la integración de los inmigrantes? ¿Multiculturalismo o interculturalismo?*. Barcelona: R.B.A. Integral.
- González, M. (2002). *Desterrados el desplazamiento forzado en Colombia*. España: Médicos Sin Fronteras. Recuperado de <http://www.disaster.info.desastres.net/desplazados/informes/msf/informedesplazados.htm>
- González, M. T., Espada, J. P., Guillén-Riquelme, A., Secades, R. y Orgilés, M. (2016). Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. *Adicciones*, 28(2), 108–115.
- Grella, C. E., Hser, Y. I., Joshi, V. y Rounds-Bryant, J. (2001). Drug treatment outcomes for adolescents with comorbid mental and substance use disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(6), 384–392.
- Grupo de Memoria Histórica (GMH) (2013). *¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad*. Bogotá: Imprenta Nacional. Recuperado de <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-memorias-guerra-dignidad-12-sept.pdf>
- Grupo de Psicología Social Crítica (2010). *Principios éticos para la atención psicosocial*, 36, 128–131.
- Guerrero, L. y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. Fermentum. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610–633.

- Guillén, S. J. C. (1996). Intervención Psicosocial: del individuo a la comunidad. In *Intervención psicosocial: elementos de programación y evaluación socialmente eficaces*. Barcelona: Antrhops.
- Guzmán-Campos, G., Fals-Borda, O. y Umaña-Luna, E. (1980). *La violencia en Colombia: estudio de un proceso social*. Bogotá: Valencia.
- Haghebaert, G. V. K. A. y Zaccarelli, M. (2006). La salud mental y el desplazamiento forzado. En J. Ramírez, M. Zaccarelli y Pérez, R (Eds.), *Guía práctica de salud mental en desastres* (pp. 153–167). Washington, D.C.: OPS.
- Hansen, A. (1979). Once the running stops: assimilation of Angolan refugees into Zambian border villages. *Disasters*, 3, 369–374.
- Hernández, A. y Gutiérrez, M. L. (2008). Vulnerabilidad y exclusión: Condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud de la población desplazada por la violencia asentada en Bogotá-Colombia, 2005. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 7(14), 145–176.
- (2010). *Vulnerabilidad y exclusión en salud: datos y relatos de la situación de la población desplazada en Bogotá*. Recuperado de <http://www.digitaliapublishing.com/a/37065/>
- Hernández, A. y Vega, R. (2003). Lineamientos para el desarrollo de una estrategia de intervención en atención primaria en salud y promoción de la salud para la población desplazada, pobre y vulnerable de la zona sur oriental de Cartagena. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 5, 78–106.
- Hernández, M. (2000). El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización. *Revista de Salud Pública*, 2(2), 121–144.
- Herrera, W., Mari, J. de J. y Ferraz, M. P. T. (2005). Trastornos mentales y conflicto armado interno en Guatemala. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(4), 238–243.
- Hewitt, N., Juárez, F., Parada, A. J., Guerrero, J., Romero, Y. M., Salgado, A. M. y Vargas, 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>
- Hirmas, M., Poffald, L., Jasmen, A. M., Aguilera, X., Delgado, I. y Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Pública*, 33(3), 223–229.
- Ibáñez, A. M. y Moya, A. (2007). ¿Cómo deteriora el desplazamiento forzado el bienestar de los hogares desplazados?: Análisis y determinantes de bienestar en los municipios de recepción. *Coyuntura Social*, 37, 29–62.
- Ibáñez, A. M. y Velásquez, A. (2008). *El impacto del desplazamiento forzoso en Colombia: condiciones socioeconómicas de la población desplazada*. Recuperado de <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/35022/sps145-Desplazamiento-Colombia.pdf>

- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (2010). *Directriz para la atención diferencial de los niños, niñas y adolescentes víctimas de desplazamiento forzado en Colombia*. Recuperado de http://www.acnur.es/PDF/7428_20120402111445.pdf
- Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud (2014). *Muertes por Violencia en Colombia* (Boletín No. 4) (pp. 1–6). Bogotá., Colombia: Observatorio Nacional de Salud. Recuperado de <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/boletin4/Boletin4ONS.pdf>
- Internal Displacement Monitoring Centre (2014). Global Overview 2014. People internally displaced by conflict and violence.
- (2015). Global Overview 2015. *People internally displaced by conflict and violence*. Recuperado de <http://www.internal-displacement.org/assets/library/Media/201505-Global-Overview-2015/20150506-global-overview-2015-en.pdf>
- Internal Displacement Monitoring Centre y Norwegian Refugee Council (2016). *Global Report on Internal Displacement*. Noruega: IDMC y NRC. Recuperado de <http://www.internal-displacement.org/assets/publications/2016/2016-global-report-internal-displacement-IDMC.pdf>
- Jaramillo, J. C., Restrepo-Ochoa, D. A. y Tobón, J. D. (2014). Psicología, Salud Mental y Salud Pública. Medellín, Colombia: Editorial CES.
- Juárez, F. y Guerra, Á. (2011). Características Socioeconómicas y Salud en Personas Pobres y Desplazadas. *Psicología: Teoría E Pesquisa*, 27(4), 511–519.
- Junta Electoral Central. Acuerdo 44, 13 de Marzo (1997).
- Kawachi, I., Kennedy, B., Lochner, K. y Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality and mortality. *Am J Public Health*, 87, 1491–1498.
- Keane, T. M. y Wolfe, J. (1990). Comorbidity In Post-Traumatic Stress Disorder An Analysis of Community and Clinical Studies1. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(21), 1776–1788. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1990.tb01511.x>
- Kunz, E. (1973). The refugee in flight: kinetic models and forms of displacement. *International Migration Review*, 7(3).
- Lambert, M. et al.(2013). [Mental health of children, adolescents and young adults-part 1: prevalence, illness persistence, adversities, service use, treatment delay and consequences]. *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie*, 81(11), 614–627. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1355843>
- Londoño C, García W, Valencia S, Vinaccia S. Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *An Psicol*; 21(2): 259-267.

- Londoño, J. L., Grisales, H., Fernández, S. Y. y Cadena, E. (1999). Años de vida saludables perdidos por la población de Medellín. Un análisis especial por homicidio y accidentes de vehículo motor. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 17(1), 63–92.
- Londoño, N. H., Muñiz, O., Correa, J. E., Patiño, C. D., Jaramillo, G., Raigoza, J., Toro, L., Restrepo, D. A. y Rojas, C. (2005). Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 34(4), 493–505.
- Londoño, N., Sicachá, M. y González, J. (2011). Posibles manifestaciones del trastorno por estrés postraumático en adultos desplazados por el conflicto armado del asentamiento “Acacias Bajo” en Armenia-Quindío. *Sinapsis*, 3(3), 172–185.
- Lozano, M. C. y Gómez, M. L. (2004). Aspectos psicológicos, sociales y jurídicos del desplazamiento forzoso en Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 12, 103–119.
- MacGabhann, L. y Ireland (Eds.). (2004). *Mental health and addiction services and the management of dual diagnosis in Ireland*. Dublin: Stationery Office.
- Marín, G. (1996). Consideraciones necesarias en el diseño culturalmente apropiadas en la promoción de la salud. En *Intervención psicosocial. Elementos de programación y evaluación socialmente eficaces* (pp. 36–45). Barcelona: Anthopos.
- Martín-Ayala, J. L. y Ochotorena, J. de P. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16(1), 45–49.
- Martín-Beristain, C. (2004). *Enfoques y metodologías de atención psicosocial en el contexto del conflicto sociopolíticos*. Bogotá, D. C.: Terre des Hommes-Italia.
- Martín, J. (2000). *Agresión: un enfoque psicobiológico*. Valencia: Promolibro.
- Medicins sans Frontieres (2011). *Mental health guidelines. A handbook for implementing mental health interventions in areas of mass violence* (pp. 1–130). Amsterdam: Rozenberg Publishing Services. Recuperado de http://www.msf.org/sites/msf.org/files/old-cms/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf
- Médicos sin Fronteras. (2003). *Altos de Cazucá. Hasta cuándo en el olvido* (pp. 1–21). Recuperado de http://www.acnur.org/t3/uploads/media/COI_1582.pdf
- (2013). *Las heridas menos visibles: Salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia*. Recuperado de <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2013/06/Las-Heridas-Menos-Visibles-Reporte-MSF-2013.pdf>
- Meertens, D. (2006). Reflexiones éticas, metodológicas y conceptuales sobre la investigación en desplazamiento y género. En *Investigación y desplazamiento forzado. Reflexiones éticas y metodológicas* (pp. 112–125). Bogotá, D. C.: Red nacional sobre desplazamiento forzado en Colombia. Colciencias.
- Meier, J. R. (2007). ¿Por qué son víctimas las personas desplazadas? En *Boletín Hechos de La Calle*, 3.

- Mendoza-Piñeros, A. M. (2012). El desplazamiento forzado en Colombia y la intervención del Estado. *Revista de Economía Institucional*, 14(26), 169–202.
- Meneses, J. F. (2014). *Diagnóstico y priorización de las problemáticas sociales de la ciudad de Buenaventura bajo una óptica multicriterio y mapa cognitivo*. ICESI, Santiago de Cali. Recuperado de [https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/77297/1/problematicas_sociales_ciudad %20.pdf](https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/77297/1/problematicas_sociales_ciudad%20.pdf)
- Mesa de Trabajo de Bogotá sobre Desplazamiento Interno. (2003). *Las personas desplazadas tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Bogotá, D.C., Colombia: Códice Ltda.
- Mesa, C., Solano, L. M., Tobón, L. M., Gaviria, I. y López, A. (Eds.). (2000). *Municipios de mi Tierra*. Casa Editorial El Mundo.
- Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas en Colombia y Ministerio de Protección Social. (2013). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*. Colombia: República de Colombia.
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (20 de mayo de 1997). Decreto 1458. Recuperado de <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1743226>
- Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social. (2005). *Lineamientos de política de salud mental para Colombia*. Cali: Gráficas Ltda. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20-Pol%C3%ADtica %20Salud %20Mental.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20-Pol%C3%ADtica%20Salud%20Mental.pdf)
- Ministerio de la Protección Social y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (2011). *Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de las personas en situación de desplazamiento con discapacidad en Colombia*. Recuperado de <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2012/9002.pdf>
- Ministerio de la Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC] y Universidad CES (2010). *Indicadores de trastornos de salud mental en población desplazada, Colombia 2010*. Recuperado de <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/research/Indicadores%20Tx%20de%20salud%20mental%20en%20población%20desplazada%20Colombia.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2003a). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*. Bogotá, Colombia: República de Colombia.
- (2003b). *Programa Nacional de Salud, 2002-2006*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud (2016). *Estrategia de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral (PAPSIVI)*. Bogotá. Recuperado de <http://www.iets.org.co/victimias/PublishingImages/Paginas/PAPSIVI/V1.%20Marco%20conceptual%20Atenc%20Psicosocial%20070516.pdf>

- (5 de octubre de 1993) Resolución 8430. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2009a). *Modelo de gestión operativa para el componente de salud mental en Atención Primaria en Salud*. Republica de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/rea%20de%20trabajo%20colaborativo/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud%20-%20APS/DOCUMENTO%20FINAL%20MODELO%20GESTI%C3%93N.pdf>
- (2009b). *El trabajo en red como estrategia para la implementación de los procesos comunitarios del componente de salud mental en la atención primaria en salud (APS)*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/rea%20de%20trabajo%20colaborativo/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud%20-%20APS/ESTRATEGIA%20COMUNITARIA%20SM%20EN%20APS.pdf>
- (2011). *Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI)*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/Victimas_PAPSIVI.aspx
- (2012). *Dimensiones Prioritarias en Salud Pública. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá, Colombia: República de Colombia. Recuperado de http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/09/PDSP_Dimensiones_Prioritarias_en_Salud_Pública_VERSIÓN_1_JULIO-16-de_2012.pdf
- (2013). *Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial para las personas víctimas del conflicto armado en Colombia*. Bogotá: Ministerio de salud y protección social.
- (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobación.pdf>
- (28 de mayo de 2013). Resolución 1841. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=53328>
- (2015). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2015*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>
- (2015). *Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas del Conflicto Armado*. Resumen para prensa.
- (s.f.). *ABC Víctimas*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/abc-victimas.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias y Pontificia Universidad Javeriana (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Tomo 1. Bogotá, Colombia. Recuperado de http://www.odc.gov.co/portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/co031102015-salud_mental_tomoi.pdf

- Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía y Grupo ASIS (2013). *Análisis de Situación de Salud de Poblaciones Diferenciales Relevantes. Colombia: MinSalud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Análisis%20de%20poblaciones%20diferenciales.pdf>
- Ministerio de Salud y Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF] (1997). Acuerdo No. 006. Recuperado de <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1325.pdf>
- Ministerio de Salud y Instituto Nacional de Salud. (2001). *Perfil Epidemiológico de la Población Desplazada en Barrio Mandela*.
- Ministerio de Salud, Arias, V. y Bohórquez, M. I. (1999). *Lineamientos para la atención psicosocial de población desplazada por la violencia en Colombia 1999 (Salud y Desplazamiento)*. Santa Fe de Bogotá: República de Colombia. Recuperado de <http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/minsalud/00-mar28lineamientos.htm>
- Ministerio del Interior. (7 de abril de 1997). Decreto 976. Recuperado de https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3642_documento.pdf
- (9 de diciembre de 2011a). Decreto 4634. Recuperado de <http://www.unidadvictimas.gov.co/es/enfoques-diferenciales/decreto-4634-de-2011/426>
- (9 de diciembre de 2011b). Decreto 4635. Recuperado de <http://www.unidadvictimas.gov.co/es/enfoques-diferenciales/decreto-4635-de-2011/427>
- Ministerio del Interior y Red de Solidaridad Social (1999). *Documento CONPES 3057*. Santa Fé de Bogotá, Colombia. Recuperado de http://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Conpes_3057_1999.pdf
- Mogollón, A. S. y Vázquez, M. L. (2006). Características de la población desplazada que inciden en el acceso a los servicios de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11, 96–110.
- (2008). Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 745–754.
- Mogollón, A. S., Vázquez, M. A. y García, M del Mar. (2003). Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet], 77(2), 257–266.
- Molinarés-Guerrero, I., Tavares-dos-Santos, J. V., Viscardi, N., Barbero, M., Correa, L., Estupiñán, M. L., ... De Aquino, J. P. D. (2013). *Violencia política y conflictos sociales en América Latina*. (C. Barreira, R. González Arana y L. F. Trejos Rosero, Eds.). Barranquilla-Bogotá, Colombia: Universidad del Norte; CLACSO. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20131113110812/ViolenciaPolitica.pdf>

Referencias

- Moreno, G. A, Monsalve, J. C., Diomedes, T. G. y Escobar, J. I. (2009). Apreciaciones de la población en condición de desplazamiento forzado sobre los servicios de salud en algunos municipios de Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 27(2), 131–141.
- Moreno, M. y Días, M. (2016). Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. *AGO USB*, 16(1), 193–213.
- Moreno, M. y Moncayo, J. (2015). *Abordaje psicosocial: Consideraciones conceptuales y alternativas de análisis en el escenario de atención a víctimas del conflicto armado. In Psicología social crítica e intervención psicosocial: Reflexiones desde la investigación*. Cali: Editorial Bonaventuriana.
- Mucci, M. y Benaim, D. (2009). Psicología y Salud. Caledoscopio de prácticas diversas. *Psicología, Cultura y Sociedad*, 6, 123-138.
- Muñoz, C., Restrepo, D. y Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. *RevPanamSalud Publica*, 39(3), 166–173.
- Murad-Rivera, R. (2003). *Estudio sobre la distribución espacial de la población de Colombia*. CEPAL, (48).
- Najavits, L. M., Gastfriend, D. R., Barber, J. P., Reif, S., Muenz, L. R., Blaine, J., ... Weiss, R. D. (1998). Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *The American Journal of Psychiatry*, 155(2), 214–219. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.2.214>
- Naranjo, G. (2001). El desplazamiento forzado en Colombia. Reinención de la identidad e implicaciones en las culturas locales y nacional. 94, 1.
- National Institute on Drug Abuse-NIDA. (2010). Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses (Research Report Series No. 10-5771) (pp. 1–11). United States: Department of Health and Human Services-National Institutes of Health. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rcomorbidity.pdf>
- Niño, J. F. (1999). Las migraciones forzadas de población, por la violencia, en Colombia: Una historia de éxodos, miedo, terror, y pobreza. Scripta Nova. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 45(33).
- Noji, E. K. y Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2000). *Impacto de los desastres en la salud pública. Bogotá, Columbia*: Organización Panamericana de la Salud.
- Nussio, E. (2016). Peace and Violence in Colombia. *CSS Analyses in Security Policy*, 191, 1–4.
- Oficina de Gestión de Paz y Convivencia de la Gobernación del Valle. (2004). *Diagnóstico de la población en situación de desplazamiento-PSD-asentada en el municipio de Buenaventura* (p. 53). Buenaventura: Gobernación del Valle. Recuperado de <http://observatoriopazvalle.gov.co/documentos/diagnosticopsdbuenaventura.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC). (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Perú: Industria Gráfica MACOLE S.R.L.

- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR] (2014). *Tendencias globales 2013: El Coste Humano de la Guerra*. Recuperado de <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2014/9562>
- (2015). *Tendencias globales 2014: Mundo en Guerra*. Recuperado de <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2015/10072.pdf?view=1>
- (2016). *Situación Colombia*. Recuperado de <http://www.acnur.org/t3/donde-trabaja/america/colombia/>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2003). *Elementos esenciales de planificación para la eliminación contra la violencia de mujeres y niñas*. España: ONU. Recuperado de <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1372349315.pdf>
- Organización de los Estados Americanos. (1998). *El problema de drogas en Las Américas: Estudios* (pp. 1–82). Washington D.C.: OEA. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2003). Migración y salud (No. Sección 2.7). Fundamentos de Gestión de la Migración. Volumen Dos: Desarrollo de Políticas sobre Migración (p. 30). Recuperado de http://www.crmsv.org/documentos/IOM_EMM_Es/v2/V2S07_CM.pdf
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2013). *Estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes: Una investigación de consecuencias, impactos y afectaciones por hecho victimizante con enfoque diferencial en el contexto del conflicto armado colombiano*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990). *La Introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. Ginebra: OMS.
- (1996). 49a Asamblea Mundial de la Salud. *Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública* (3rd ed., Vol. III). Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf
- (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Francia: OMS.
- (2010). *Traumatismos y Violencia*. Datos. Ginebra: OMS.
- (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra: OMS.
- (2014). *Atlas de salud mental 2014. Resumen de orientación*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/executive_summary_es.pdf?ua=1

- (2016). *Trastornos mentales* (Nota descriptiva). OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de Salud [OPS] (2013). *Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria*. Washington, DC. Recuperado de http://www.paho.org/blogs/paltex/wp-content/uploads/2014/01/SaludMental_paratrabajadores_APSI.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2001). *Resolución CD43.R10: Salud mental*. Washington, DC: OPS.
- (2006). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. (J. Rodríguez, M. Zaccarelli, R. Pérez y OPS/OMS, Eds.). Washington, D.C.: OPS. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf
- (2009). *Estrategia y plan de acción sobre salud mental*. Resolución CD49.17. Recuperado de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf
- (2012). *Más de un decenio de salud para la población desplazada en Colombia 1998-2011* (pp. 1–108). Bogotá, Colombia: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Escuela de Formación Administrativa en Salud (EFASS) (2004). *Atención en salud para la población en situación de desplazamiento*. Recuperado de http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&layout=download&Itemid=688
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D. C: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Cartilla básica para la atención en salud en población en condiciones de desplazamiento* (2nd ed.). Bogotá, D.C., Colombia: Editorial Carrera 7a Ltda.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Brito, P. E. (2003). *Para fortalecer la salud pública en la Región de las Américas* (Foro Regional: Una nueva agenda para las reformas sectoriales en salud). Antigua, Guatemala.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Ministerio de Salud de la República de Colombia (2000). *Pautas generales para el desarrollo y diseño de estrategias en salud ante desplazamientos masivos*. Bogotá, D.C., Colombia: Fotolito Parra y Cía Ltda.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Oficina Humanitaria de la Unión Europea (2001). *Lineamientos básicos para la atención psicosocial a poblaciones desplazadas como consecuencia del conflicto armado en Colombia*. Bogotá, D. C.

- Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS] (1998). *El Programa de Salud Mental de la OPS, reunión del Consejo Directivo*. (2001). *Cartilla básica para la atención en salud en población en condiciones de desplazamiento* (2nd ed.). Bogotá, D.C., Colombia: Editorial Carrera 7a Ltda.
- (2006). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud y Instituto Nacional de Salud. (2002). *Estudio de Perfil Epidemiológico de población desplazada y población estrato uno no desplazada en cuatro ciudades de Colombia*. Bogotá, Colombia: OPS/INS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D. C: OPS.
- Oquendo, O. F. (2011). Políticas Públicas en Salud Mental: ¿Utopía o realidad? *Revista Poiésis*, 21, 1–4.
- Pellegrini Filho, A. (1999). La violencia y la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5(4-5), 219–221. Doi: 10.1590/S1020-49891999000400005
- Peltzer, K. (1999). Trauma and mental health problems of Sudanese refugees in Uganda. *The Central African Journal of Medicine*, 45(5), 110–114.
- Pérez-Olmos, I., Fernández-Piñeres, P. y Rodado-Fuentes, S. (2005). Prevalencia del trastorno por estrés postraumático por la guerra, en niños de Cundinamarca, Colombia. *Rev. Salud Pública* [online], 7(3), 268–280.
- Pérez, N. y García, R. (2000). Sociología y salud. Reflexiones para la acción. *Rev Cubana Salud Pública*, 26(2), 91–100.
- Personería de Medellín. (2013). *Informe sobre la situación de los derechos humanos*. Medellín, Colombia: Personería de Medellín.
- Platt, T. (1992). La violencia como concepto descriptivo y polémico. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, XLIV(1), 173–180.
- Pontificia Universidad Javeriana y CENDEX. (2008). *Carga de Enfermedad Colombia 2005: Resultados alcanzados* (Documento técnico ASS/ 1502- 2008). Bogotá, Colombia. Recuperado de http://www.javeriana.edu.co/cendex/GPES/informes/PresentacionCarga_Informe.pdf
- Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Magaña, C. y Gómez, L. C. (2004). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 23(3), 241–262.
- Posada-Zapata, I. C., Mendoza-Ríos, A., Restrepo-Correa, C., Cano-Bedoya, S. M. y Orozco-Giraldo, I. C. (2016). ¿Qué hacer cuando estoy enferma? La búsqueda de

- alternativas para el bienestar en mujeres desplazadas, Medellín 2013-2014. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 167-174. Doi: 10.17533/udea.rfnsp.v34n2a05
- (2017). Factores determinantes de la salud y la enfermedad: mujeres en condición de desplazamiento en Medellín, Colombia 2015. *Gerencia y Políticas de Salud*, 15(31), 262-276. Doi: 10.11144/Javeriana.rgyps15-31.fdse
- Posada, J. A. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica* [Internet], 33(4), 497-498.
- Presidente de la República de Colombia. Directiva Presidencial No. 01 (1997). Recuperado de https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3533_documento.pdf
- Directiva Presidencial No. 06 (2001a). Recuperado de <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2003/2191.pdf?view=1>
- Directiva Presidencial No. 07 (2001b). Recuperado de https://www.google.com/url?sa=tyrct=jyq=yesrc=sysource=webycd=1yved=0ahUKEwjw8cL5qKrUAhUIP-CYKHcusA3sQFggoMAAurl=http%3A%2F%2Fhistorico.presidencia.gov.co%2Fdirec%2F2001%2F07-28-2001.pdfyusg=AFQjCNEtUxm8ZDWYP2hu-PwRrDRX3OI5xWAysig2=krxJ_R4QgUgaj3ZjEP697Q
- (6 de Marzo de 1992) Decreto 412. DO: 40 368
- (23 de Julio de 1996) Decreto 1283. DO: 42 840
- (28 de Abril de 1997). Decreto 1165. DO: 42 824
- (26 de Enero de 1998). Decreto 173. DO: 43 225
- (12 de Diciembre de 2000). Decreto 2569. DO: 44 263
- (30 de Julio de 2003). Decreto 2131. DO: 45 265
- (11 de Agosto de 2003). Decreto 2284. DO: 45 277
- (7 de Febrero de 2005). Decreto 250. DO: 45 816
- (20 de Abril de 2012). Decreto 0790. DO: 48 407
- Puertas, G., Ríos, C. y Valle, H. del. (2006). Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 20(5), 324-330. Doi: 10.1590/S1020-49892006001000005
- Pulgar, J. (1995). Las raíces y las causas de la violencia. *Tabanque Revista Pedagógica*, 10, 62-70.
- Pupavac, V. (2002). *Therapeutising refugees, pathologising populations: international psychosocial programmes in Kosovo. New issues in refugee research* (Working paper No. 59) (pp. 1-18). Geneva: United Nations High Commission for Refugees (UNHCR). Recuperado de

<http://www.unhcr.org/3d57a9864.pdf>

- Qouta, S., Punamäki, R.L. y El Sarraj, E. (2003). Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence. [Prevalencia y determinantes del TEPT entre los niños palestinos expuestos a violencia military] *European Child y Adolescent Psychiatry*, 12(6), 265–272 Documento 5. Doi: 10.1007/s00787-003-0328-0.
- Ramírez-Cardona, L., Veloza-Morales, M. C. y López-Pereira, A. (2016). Acceso a los servicios de salud de las víctimas del conflicto armado, en el escenario del postconflicto. *Rev MovCient.* [en Línea], 10(1), 88–94.
- Ramírez-Herrera, C. (2014). *Impacto del conflicto armado en el estado psicosocial de niños, niñas y adolescentes* (Primera edición). Bogotá: ICBF : OIM : Unicef.
- Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. Edición del Tricentenario. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=brjKWH1>
- Red Nacional de Información (RNI) (2014). *Mapa de Intensidad de Víctimas, Bogotá*. Recuperado de <http://rni.unidadvictimas.gov.co/node/367>
- (2016a). *Registro Único de Víctimas. Bogotá*, Colombia. Recuperado de <http://rni.unidadvictimas.gov.co/?q=node/107>
- (2016b). *Análisis del desplazamiento forzado en Colombia desde la movilidad demográfica y la estrategia de caracterización*. Recuperado de [http://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/all/themes/portal_rni/PaginasEstaticas/Especiales/DesplazamientoForzado/Documento/BOLETIN %20FEBRERO.swf](http://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/all/themes/portal_rni/PaginasEstaticas/Especiales/DesplazamientoForzado/Documento/BOLETIN%20FEBRERO.swf)
- Rengifo, A. C. (2014). *Estrategia psicoeducativa de la unidad de atención y orientación a la población víctima del desplazamiento en promoción y prevención en consumo de SPA en NNA*. Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), Florencia, Caquetá.
- República de Colombia. (1995). CONPES-2804. Santa Fe de Bogotá. Recuperado de <http://observatoriocdr.gov.co/index.php/politicas-publicas/politicas-publicas-para-la-mujer/9-politicas-publicas-para-la-mujer/19-conpes-2804-de-1995>
- (1997). CONPES-2924. Santa Fe de Bogotá. Recuperado de <http://www.disaster-info.net/desplazados/legislacion/CONPES2924.pdf>
- Restrepo-Espinosa, M. H. (2012). Biopolítica: elementos para un análisis crítico sobre la salud mental pública en la Colombia contemporánea. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 11(23), 39–55.
- Restrepo-Ochoa, D. A. y Muñiz, O. A. (2005). Aproximación al estado del arte de las investigaciones y las experiencias de intervención psicosocial en salud mental en el campo de la violencia en Colombia entre los años 1999 y 2003. *Informes Psicológicos*, 7, 71–107.
- Restrepo, D. A. y Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202–211.

- Restrepo, M. H. (2015). *Entre trauma, víctimas y vulnerables Biopolítica, Desplazamiento Forzado Interno y Salud Pública* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/51090/1/mariahelenarestreposespinosa.2015.pdf>
- Richards, A., Ospina-Duque, J., Barrera-Valencia, M., Escobar-Rincón, J., Ardila-Gutiérrez, M., Metzler, T. y Marmar, C. (2011). Posttraumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms, and psychosocial treatment needs in Colombians internally displaced by armed conflict: A mixed-method evaluation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(4), 384–393. <https://doi.org/10.1037/a0022257>
- Ríos, V., Gasca, A. y Urbina, R. (2008). La otra migración: desplazamiento interno de población en Chiapas y salud. Un Recuento. *Segunda Época* (México, D.F.), 1(3), 31–40.
- Rivas, M. F. (2000). La violencia como problema de salud pública en Colombia: Otro campo para la Bioética. *Acta Bioethica*, 6(2), 335-346. Doi: 10.4067/S1726-569X2000000200011
- Rodríguez, J. y Ruiz, P. (2001). Recuperando la esperanza. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud.
- Rodríguez, J., Bergonzoli, G. y Levav, I. (2002). Violencia política y salud mental en Guatemala, 48, 43–9.
- Rodríguez, J., De La Torre, A. y Miranda, C. (2002). La salud mental en situaciones de conflicto armado. *Biomédica*, 22, 337–46.
- Rodríguez, M. C. y Rubiano, N. (2016). *Salud mental y atención primaria en salud: una necesidad apremiante para el caso colombiano*. Médicos Sin Fronteras. Colegio Colombiano de Psicólogos. Recuperado de http://www.colpsic.org.co/aym_image/files/Articulo_MSF_y_ColPsic_14-10-2015_DC_7_final.pdf
- Rodríguez, M., Díaz, P., Niño, S., Samudio, M. y Silva, M. (2005). El desplazamiento como generador de crisis: un estudio en adultos y adolescentes. *Terapia Psicológica*, 23(2), 33–43.
- Rojas-Andrade, G., Hurtado, P. y Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento [CODHES] (2014). Grupos posdesmovilización y desplazamiento forzado en Colombia: una aproximación cuantitativa (pp. 1–29).
- Rueda, G., Ortega, M. y Orozco, L. C. (2007). Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Univ. Psychol.*, 6(3), 623–635.
- Sacipa, P. (2001). Desplazamiento forzado y política de erradicación de cultivos ilícitos. Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía Y Ciencias Sociales, 94(39).
- Sacipa, S. (2013). To feel and to re-signify forced displacement in Colombia. In *Psychosocial Approaches to peace-building* (pp. 59–74). Bogotá, D. C.: Springer.

- Sánchez-Padilla, E., Casas, G., Grais, R. F., Hustache, S. y Moro, M.-R. (2009). The Colombian conflict: a description of a mental health program in the Department of Tolima. *Conflict and Health*, 3(1), 13. Doi: 10.1186/1752-1505-3-13
- Sánchez, C. y Agudelo, C. (2000). ¿Entendemos mejor la violencia?. *Rev. Salud Pública*, 2(1), 47–56.
- Sánchez, G. (1989). Violencia, guerrillas y estructura agraria. En *Nueva Historia de Colombia NHC* (Vol. II, p. 145). Santa Fe de Bogotá: Edit. Planeta.
- Sangrador, J. L. (1985). *Interacción humana y conducta social*. Barcelona: Salvat Editores, C.A.
- Sarmiento, R. (2016). Trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión en adolescentes y adultos expuestos al conflicto armado en Colombia 2005-2008. *Revista Medicina*, 38(2).
- Secretaría de Integración Social (SDIS) (2015). *Diagnóstico Sectorial*. Bogotá, Colombia.
- Secretaría de Bienestar Social (2010). *Análisis del contexto y la dinámica del desplazamiento forzado intraurbano en la ciudad de Medellín* (p. 42). Medellín: Alcaldía de Medellín.
- (2011). *Análisis descriptivo asentamiento y movilidad de población desplazada en Medellín*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Secretaría de Bienestar Social y Unidad de Atención a la Población Desplazada. (2011). *Análisis descriptivo asentamiento y movilidad de población desplazada en Medellín (Unidad de Análisis y Evaluación de la Política Pública)* (p. 22). Medellín: Alcaldía de Medellín. Recuperado de https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Bienestar%20Social/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/Asentamientos%20y%20Movilidad_Nov%20de%202011.pdf
- Secretaría de Gobierno y Derechos Humanos, Subsecretaría de Derechos Humanos y Unidad Municipal de Atención y Reparación a Víctimas. (2015). *Desplazamiento Forzado y Desplazamiento Forzado Intraurbano: Contexto y dinámica en Medellín durante el 2014 (Área de Análisis y Evaluación de la Política Pública)* (p. 35). Medellín: Alcaldía de Medellín-Unidad Municipal de Atención y Reparación a Víctimas. Recuperado de https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_0_0/Informes/Shared%20Content/Documentos/2015/11DFI-Contextodinamica2014_Mayo2015.pdf
- Secretaría Distrital de Planeación. (2009). *Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos*. Bogotá, Colombia: Alcaldía de Bogotá.
- Seedat, S. (2004). Trauma exposure and post-traumatic stress symptoms in urban African schools: Survey in CapeTown and Nairobi. *The British Journal of Psychiatry*, 184(2), 169–175. Doi: 10.1192/bjp.184.2.169

- Sinisterra, M., Figueroa, F. S., Moreno, V. F., Robayo, M. F. y Sanguino, J. F. (2010). Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en población en situación de desplazamiento en la localidad de Ciudad Bolívar Bogotá, Colombia 2007. *Psichologia. Avances de La Disciplina*, 4(2), 83–97.
- Siriwardhana, C. y Stewart, R. (2013). Forced migration and mental health: prolonged internal displacement, return migration and resilience. *International Health*, 5(1), 19–23. Doi: 10.1093/inthealth/ihs014
- Spijkers, M. (2015). *Proceso de desplazamiento forzado en Colombia: Adaptabilidad a las ciudades en contexto del conflicto bélico*. Universidad de Leiden, Países Bajos. Recuperado de <https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/34462/TESIS%20%5B46%5D%20Proceso%20de%20desplazamiento%20forzado%20en%20Colombia.pdf?sequence=1>
- Steel, Z., Silove, D., Phan, T. y Bauman, A. (2002). Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study. *Lancet*, 360(9339), 1056–1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11142-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11142-1)
- Subsecretaría de Gobierno y Derechos Humanos, Subsecretaría de Derechos Humanos y Unidad Municipal de Atención y Reparación a Víctimas. (2016). *Desplazamiento forzado en Medellín: Análisis de la dinámica 2015*. Medellín: Alcaldía de Medellín-Unidad Municipal de Atención y Reparación a Víctimas.
- Summerfield, D. (2000). War and mental health: a brief overview. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 321(7255), 232–235.
- Tamayo, N., Rincón, C., De Santacruz, C., Bautista, N., Collazos, J. y Gómez-Restrepo, C. (2015). Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 113–118.
- Thabet, A. A. M., Karim, K. y Vostanis, P. (2006). Trauma exposure in pre-school children in a war zone. *The British Journal of Psychiatry*, 188(2), 154–158. Doi: 10.1192/bjpp.188.2.154
- Thapa, S. B., Van Ommeren, M., Sharma, B., de Jong, J. T. V. M. y Hauff, E. (2003). Psychiatric disability among tortured Bhutanese refugees in Nepal. *The American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2032–2037.
- Tobón-Quintero, G. J. y Restrepo, G. I. (2009). Erradicación de cultivos ilícitos y desplazamiento forzado en el parque natural Sierra de la Macarena. *Cuadernos Des. Rural*, 6(63), 107–138.
- Toole, M. (2002). Improving psychosocial survival in complex emergencies. *Lancet*, 360(9336), 869. Doi: 10.1016/S0140-6736(02)09959-2
- Toole, M. y Waldman, R. (1993). Refugees and Displaced Persons. War Hunger and Public Health. *JAMA*, 270(5), 600–605.

- Torres de Galvis, Y. Posada Villa, J. (2012). *Primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011-2012 = The who world mental health survey consortium*. Medellín: Universidad CES ; Secretaría de Salud de Medellín.
- Tovar, C. (2013). Personal resources and empowerment in a psychosocial accompaniment process. En *Psychosocial Approaches to peace-building* (pp. 75–88). Bogotá, D. C.: Springer.
- Unidad Móvil de Gestión y Prevención del riesgo de violaciones de Derechos Humanos y de infracciones al Derecho Internacional Humanitario. (2012). *Informe de Riesgo 001-2012 para las comunas 3 Manrique, 8 Villa Hermosa, 16 Belén y el Corregimiento de San Antonio de Prado del municipio de Medellín*. Medellín: Alcaldía de Medellín. Recuperado de <https://www.humanitarianresponse.info/system/files/documents/files/INFORME%20FINAL%20RIESGO%20DICIEMBRE%202012.pdf>
- Unidad Municipal de Atención y Reparación a Víctimas (UMARV) (2014). *Elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en la atención, asistencia y reparación a las víctimas*. Bogotá, D. C.
- (2014a). *Caracterización de población víctima del conflicto armado en los barrios Belencito, 20 de Julio y Las Independencias de la Comuna 13-San Javier de la ciudad de Medellín*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- (2014b). *Caracterización de población víctima del conflicto armado en los barrios Santo Domingo 1-2, Carpinelo, Popular 1-2 Granizal de la Comuna 1-Popular de la ciudad de Medellín*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- United Nations General Assembly (2006). *In-Depth Study on All Forms of Violence against Women: Report of the Secretary General* (No. 61). New York: United Nations. Recuperado de <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/v-sg-study.htm>
- Universidad de Antioquia y Personería de Medellín. (2007). *Seguimiento y balance sobre el desplazamiento forzado, la población afectada y las políticas públicas*. Medellín 2004-2007 (p. 403). Medellín. Recuperado de http://www.acnur.org/t3/uploads/media/COI_2835.pdf
- Universidad Pontificia Javeriana. (2008). *Carga de Enfermedad Colombia 2005. Resultados alcanzados. Documento técnico ASS/ 1502- 08*.
- Uribe, M. T. (1998). Las Dinámicas Bélicas en la Colombia de Hoy. En A. Monsalve y E. Domínguez (Eds.), *Democracia y Paz* (pp. 165–180). Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana.
- Vallejo, M. (2007). En Bogotá: salud sin barreras para los desplazados. *Revista Pesquisa: Publicación de Divulgación, Ciencia Y Tecnología*, 4, 8–11.
- Vargas-Lorenzo, I., Vásquez-Navarrete, M. L. y Mogollón-Pérez, A. S. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 701–712.
- Vargas, R. (2000). *Cultivos ilícitos y Proceso de Paz en Colombia. Una propuesta de cambio en la estrategia antidrogas hacia la solución política del conflicto*. Bogotá, Colombia:

- Acción Andina y Transnational Institute (TNI). Recuperado de <https://www.tni.org/es/art %C3 %ADculo/cultivos-ilicitos-y-proceso-de-paz-en-colombia>
- Velásquez, I. A. M. (2008). *El impacto del desplazamiento forzoso en Colombia: condiciones socioeconómicas de la población desplazada, vinculación a los mercados laborales y políticas públicas*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/35022/sps145-Desplazamiento-Colombia.pdf>
- Velásquez, J. F. (2008). Advertencias para el trabajo bajo la transferencia con sujetos afectados por la violencia. En *Nueva Escuela Lacaniana de Medellín, Conflicto armado: memoria, trauma y subjetividad* (pp. 135–142). Medellín: La Carreta Editores.
- Verdad Abierta (2015). *El terror no abandona a Buenaventura*. Recuperado de <http://www.verdadabierta.com/victimas-seccion/desaparecidos/5592-el-terror-no-abandona-a-buenaventura>.
- Villada, L. F. (2011). Prevalencia de trastornos mentales en la población desplazada del departamento del Valle del Cauca, año 2000. Simposio de Investigaciones En Salud, XIII Simposio de Investigaciones En Salud.
- Waldmann, P. (2007). Is There a Culture of Violence in Colombia?. *International Journal of Conflict and Violence*, 1(1), 61–75.
- World Bank (1999). *Violence in Colombia: building sustainable peace and social capital*. Washington, D.C: World Bank.
- World Health Organization (WHO) (2001). *TOOL. Rapid Assessment of Mental Health Needs of Refugees, Displaced and Other Populations Affected by Conflict and Post-Conflict Situations*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- (2003). *Adult health at risk: slowing gains and widening gaps*. In *The world health report (WHO)*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/en/index3.html>
- (2014). *Global status report on violence prevention, 2014*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Organisation Against Torture (Ed.). (2004). *State violence in Colombia: an alternative report to the United Nations Human Rights Committee Against Torture*. Geneva: World Organisation Against Torture.

Se terminó de imprimir en febrero en:



Pbx: 411 21 20
Cra. 80 N.º 44B-287 / Medellín
info@extrategiapublicidad.com
www.extrategiapublicidad.com