



**Documento Técnico y Manual de Gestión
de Promoción de la Salud Mental,
Prevención y Atención a Problemas y
Trastornos Mentales en el marco de la
Construcción y Consolidación de Paz**

**Subdirección de Enfermedades No
Transmisibles**

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

Coordinación editorial y cuidado de texto

Nubia Bautista

Diana Rodríguez

Rodrigo Lopera Isaza

Diseño y diagramación

Angela Cristina Sánchez

Imprenta Nacional de Colombia

Primera Edición

Carrera 13 No. 32 76

PBX: (57-1) 330 50 00

FAX: (57-1) 330 50 50

D.C., Colombia, Agosto de 2016

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS como fuente y propietaria del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción se sugiere contactar al MPSP a través de su portal web www.minsalud.gov.co

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

JOSÉ FERNANDO VALDERRAMA VERGARA
Subdirector de Enfermedades No Transmisibles

CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| Introducción..... | 5 |
| 1. LA IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL EN EL ESCENARIO DE POST ACUERDO | 7 |
| 2. LA ATENCIÓN Y LOS PROGRAMAS EN SALUD MENTAL, TRAS LA FIRMA DE ACUERDOS DE PAZ. EXPERIENCIAS DESDE OTROS CONTEXTOS | 14 |
| 2.1 <i>Bosnia – Mostar</i> | 14 |
| 2.2. <i>Kosovo</i> | 16 |
| 2.3. <i>Irlanda del Norte</i> | 17 |
| 2.4. <i>El Salvador</i> | 19 |
| 2.5. <i>Guatemala</i> | 21 |
| 2.6. <i>Perú</i> | 24 |
| Reflexiones Generales, ¿Qué podemos aprender? | 28 |
| 3. LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA, BREVE APROXIMACIÓN..... | 31 |
| 4. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES EN EL MARCO DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD LUEGO DE LA FIRMA DE ACUERDOS DE PAZ..... | 34 |
| 4.1. La importancia de la atención en salud mental a población excombatiente y posibles acciones a desarrollar con esta población | 37 |
| 5. Fase de Alistamiento | 41 |
| 5.1. <i>Actividades a desarrollar con las comunidades en los territorios donde se instalarán Zonas Veredales Transitorias de Normalización y Campamentos</i> | 41 |
| 5.2. Fase de acogida de excombatientes en Zonas Veredales Transitorias de Normalización | 49 |
| 5.2.1. <i>Actividades Individuales con población excombatiente</i> | 50 |
| 5.2.2. <i>Actividades grupales con población excombatiente</i> | 53 |
| 5.3. Fase de Estabilización de población excombatiente | 61 |
| 5.3.1 <i>Actividades a desarrollar con las comunidades en lugares de residencia permanente de los excombatientes</i> | 61 |
| 5.3.2. <i>Actividades sugeridas a las entidades territoriales para desarrollar con excombatientes en los lugares de retorno o residencia permanente, una vez finalicen las zonas de ubicación</i> | 64 |
| REFERENCIAS..... | 70 |

Introducción

La salud mental es un estado de bienestar que permite al individuo desarrollar su potencial y enfrentarse a las dificultades cotidianas de la vida, así como trabajar de forma productiva y contribuir como ser individual y social a su comunidad. Por lo anterior, es necesario desarrollar estrategias que vinculen la salud mental y permitan a la sociedad colombiana reconocer su influencia en la convivencia social.

Tras la firma de acuerdos de paz con grupos insurgentes al margen de la ley, cobra mayor importancia el tema teniendo en cuenta que “la construcción de paz en pleno conflicto como la implementación de los acuerdos y la protección de las garantías para las partes en el post-conflicto requieren un mínimo institucional para canalizar recursos y organizar y coordinar esfuerzos” (Rettberg, 2002,13).

Por esta razón, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), a través de la Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles y el grupo Gestión Integrada para la Salud Mental, ha considerado llevar a cabo algunas acciones para fortalecer la atención primaria en salud (APS), con el objetivo de responder de manera integral e integrada a la situación de salud mental en los territorios, en especial en aquellos donde se asentarán los excombatientes tras la firma de los acuerdos. Entre las estrategias propuestas se encuentra la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en Salud Mental, desde la cual se busca generar procesos comunitarios de salud mental que complementen los servicios existentes. Así mismo, se ha considerado la formación de equipos de salud de primer nivel en MhGAP para el diagnóstico e intervención de problemas y trastornos mentales a partir de servicios de baja complejidad en zonas rurales dispersas, con el propósito de ampliar la cobertura en salud mental de manera rápida y efectiva.

Respecto a la promoción de la salud mental se plantean lineamientos para realizar una detección temprana de problemas y trastornos mentales en los entornos. También se ha considerado la promoción de la salud mental y prevención de la conducta suicida en comunidades indígenas con el objetivo de orientar a las entidades territoriales frente a la creciente problemática de la conducta suicida en pueblos y comunidades indígenas. Esta prevención se centra en el fortalecimiento de las prácticas y cultura propia de estos pueblos. Por Ultimo, se contempla continuar con la actualización y adecuación de la Ruta de Atención de problemas y trastornos mentales en el prestador primario a fin de brindar atención integral a las personas bajo un modelo operativo de

servicios ambulatorios, enmarcado en el gerenciamiento del riesgo. Lo anterior, busca la prevención de complicaciones, el tratamiento oportuno y la rehabilitación para garantizar resultados clínicos a satisfacción del usuario, así como la reducción de costos.

Dado el contexto actual del país en el cual se desarrollan negociaciones para la firma de acuerdos de paz con dos de los grupos guerrilleros más antiguos Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) y Ejército de Liberación Nacional (ELN), el Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental considera el diseño de una propuesta en salud mental, enmarcada en el sistema general de seguridad social en salud, tendiente al fortalecimiento de las intervenciones en los entornos de vida (familiar, educativo y comunitario), así como el fortalecimiento de los servicios de salud mental desde la baja complejidad en el prestador primario. Lo anterior con el fin de mejorar la planeación de servicios que respondan a las necesidades de los ciudadanos en un contexto de post acuerdo y construcción de paz.

Por último, cabe señalar que esta propuesta se realiza planteando posibilidades de respuesta, luego de la firma del Acuerdo Final de La Habana¹ y de acuerdo a los recursos actuales con que cuenta el sistema general de seguridad social en el país y contemplando algunos desarrollos y propuestas adelantadas por el Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental de la Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles.

¹ Este documento se ha desarrollado sin contar con información oficial sobre algunos temas (entre ellos, la financiación y roles que jugaran otras entidades del Estado, luego de acordar el último punto, relacionado con Implementación, verificación y refrendación de los acuerdos).

1. LA IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL EN EL ESCENARIO DE POST ACUERDO

Desde hace algunos años se viene escuchando que Colombia transita del conflicto al post-conflicto, pese a que el conflicto armado continúa. Se han creado leyes, marcos jurídicos transicionales e instituciones que ayudan a reafirmar la idea de transición; esta es quizá una de las características que hace de Colombia una experiencia única. De acuerdo al Informe ¡Basta Ya! Colombia: Memorias de Guerra y Dignidad, realizado por el Grupo de Memoria Histórica y publicado en el 2013, el conflicto armado en colombiano no ha sido homogéneo ni constante.

Según este informe pueden identificarse cinco periodos importantes en el marco del conflicto armado:

1958-1964: Época caracterizada por la transición de la violencia bipartidista a la subversiva.

1965 – 1981: Irrupción de las guerrillas y confrontación con el Estado

19⁸²-199⁵: En estos años se presenta la expansión de las guerrillas, la irrupción de grupos paramilitares y la propagación del narcotráfico.

1996-2002: Durante estos años hay una tendencia explosiva, en la que el conflicto armado alcanza su nivel más crítico, como consecuencia del fortalecimiento militar de las guerrillas, la expansión nacional de los grupos paramilitares, la crisis económica y la reconfiguración del narcotráfico.

2003 en adelante: Hay un repliegue de las guerrillas, recuperación de la iniciativa militar del Estado y desmovilización de grupos paramilitares.

Lo anterior evidencia tanto la multiplicidad de actores del conflicto armado y la guerra prolongada que ha vivido el país desde la década del sesenta, como la difícil tarea de dimensionar y establecer los efectos del conflicto, así como de esclarecer las responsabilidades de cada actor.

Hablar de post acuerdo no es nuevo en Colombia, si se tiene en cuenta que desde la década del ochenta se han llevado acuerdos de cese al fuego y dejación de armas con grupos guerrilleros como el M-19, el Ejército Popular de Liberación (EPL), el Quintín Lame y el Partido Revolucionario de Trabajadores (PRT). Sin embargo, el proceso más reciente que el país recuerda es el proceso de desmovilización que se inició en 2003 con el grupo paramilitar las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC), grupo que entregó las armas en 2005. Así, entre el 2002 y 2016 se han desmovilizado 57.923 integrantes de diferentes grupos armados al margen de la ley.²

Estas experiencias evidencian la aproximación que Colombia ha tenido frente a procesos y escenarios de *post acuerdo* (fase de transición que sigue a la firma de acuerdos de paz). El momento por el cual atraviesa Colombia es clave dados los diálogos que adelanta el Gobierno con el grupo guerrillero de las FARC, desde el año 2012 en La Habana-Cuba, con el objetivo de poner fin al conflicto como condición para la construcción de paz en el país. Las conversaciones en La Habana se han desarrollado sobre 6 temas concretos:

| ACUERDO | CONTENIDO |
|---|---|
| <p><i>Desarrollo agrario integral</i></p> | <p>Con la propuesta de Reforma Rural Integral se busca la erradicación de la pobreza rural extrema, la promoción de la igualdad, la disminución en la brecha entre campo y ciudad, y la reactivación del campo, especialmente la economía familiar. Este acuerdo se basa fundamentalmente en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso y uso de la tierra • Establecimiento de programas especiales de desarrollo con Enfoque territorial • Planes nacionales sectoriales • Sistema de seguridad alimentaria y nutricional |

² Histórico de personas desmovilizadas. Información Estadística abril de 2016. Consultado en <http://www.reintegracion.gov.co/es/la-reintegracion/Paginas/Cifras.aspx>

Participación en Política

Se propone una apertura democrática, que requiere la consolidación de derechos de oposición y el reconocimiento y trámite pacífico de los movimientos sociales, garantizando que el derecho a la protesta no implique el menoscabo de los derechos de quienes no participan en ella. La Apertura Democrática se refiere a la promoción e inclusión de nuevos partidos políticos, lo cual requiere de la puesta en marcha de un sistema de adquisición progresiva de derechos para partidos y movimientos políticos. Por otra parte, se desarrollará una ley de garantías de participación ciudadana para promover una cultura de tolerancia, no estigmatización y reconciliación; garantías para la protesta social, tanto para quienes se manifiesten como para los demás ciudadanos; y promoción de espacios en medios de comunicación institucionales, regionales y comunitarios, con el objetivo de contribuir al desarrollo y promoción de una cultura de participación, convivencia pacífica, paz con justicia social y reconciliación.

De igual manera, teniendo en cuenta que el ejercicio de la oposición política es fundamental para la construcción de una democracia, se pondrá en marcha un espacio para la discusión de un Estatuto para la Oposición.

Drogas ilícitas

En el marco de este punto, se propone la sustitución voluntaria de los cultivos de uso ilícito y la transformación de los territorios afectados. El consumo de drogas ilícitas se trabajará bajo un enfoque de salud pública y por otra parte se intensificará la lucha contra el narcotráfico. El acuerdo reconoce que el consumo de drogas ilícitas debe ser un tema prioritario que se aborde con un enfoque de derechos humanos y salud pública y en el que se diseñen acciones con la participación de las comunidades, basadas en evidencia y con un enfoque diferencial y de género. Para ello se creará un Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas, el cual articulará las entidades que abordan el tema de consumo y coordinará un proceso participativo de revisión, ajuste y puesta en marcha de la política pública. Por otra parte, se propone bajo este punto, la creación del Sistema Nacional de Atención al Consumidor de Drogas Ilícitas, el cual debe incluir acciones complementarias de rehabilitación e inserción social.

Este punto se ha enmarcado en 10 principios: 1) Reconocimiento de las víctimas, 2) El reconocimiento de responsabilidad, 3) La satisfacción de los derechos de las víctimas, 4) La participación de las víctimas, 5) El

Victimas

esclarecimiento de la verdad, 6) La reparación de las víctimas, 7) Las garantías de protección y seguridad; 8) La garantía de no repetición; 9) El principio de reconciliación; y 10) El enfoque de derechos.

Sobre la base de estos principios se abordaron acuerdos sobre el Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición y el Compromiso con la promoción, el respeto y la garantía de los derechos humanos. Dentro de estos compromisos se incluyen la creación de la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición; la Unidad Especial para la Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas en el contexto y en razón del conflicto; la Jurisdicción Especial para la Paz y las medidas específicas de reparación.

Dentro de las acciones concretas de contribución a la reparación se encuentran: Reparación Colectiva en el fin del conflicto y Rehabilitación psicosocial, que incluye medidas de recuperación emocional a nivel individual y de las cuales se espera que el Gobierno fortalezca el acceso y los servicios de salud mental para las víctimas que así lo requieran. Por otra parte, en desarrollo de este acuerdo, el Gobierno aumentara la cobertura y la calidad de las estrategias de rehabilitación comunitaria para la reconstrucción del tejido social. A su vez, el Gobierno pondrá en marcha procesos colectivos de retornos de personas en situación de desplazamiento y reparación de víctimas en el exterior; fortalecerá procesos de restitución de tierras; garantizará la no repetición de graves violaciones a los derechos humanos y al DIH; fortalecerá mecanismos de promoción de derechos humanos, así como la prevención y protección de los mismos.

Fin del Conflicto

Este acuerdo sobre Cese al Fuego y Hostilidades Bilateral y Definitivo y Dejación de las Armas tiene como objetivo la terminación definitiva de las acciones ofensivas entre la Fuerza Pública y las FARC-EP, incluyendo la afectación a la población. A su vez busca crear las condiciones para el inicio de la implementación del Acuerdo Final y la dejación de las armas y preparar la institucionalidad y al país, para la reincorporación de las FARC-EP a la vida civil. En el marco del mismo, se han acordado 23 Zonas Veredales Transitorias de Normalización y 8 Campamentos, los cuales tienen como objetivo, garantizar el Cese al Fuego y Hostilidades Bilateral y Definitivo y la Dejación de las Armas e iniciar el proceso de preparación para la Reincorporación a la vida civil

**Implementación,
verificación y refrendación
de los acuerdos**

de las estructuras de las FARC-EP en lo económico, lo político y lo social de acuerdo con sus intereses.

Este punto actualmente está en discusión en la Mesa de Conversaciones en La Habana.

Según este panorama, Colombia está cerca de una etapa de *postconflicto*, la cual se entiende como una fase que sigue a los acuerdos de paz bilaterales. Para Carlos Gómez-Restrepo (2003), supone un proceso de reconstrucción social, que incluye factores como la desmovilización de los integrantes de grupos armados, la seguridad ciudadana, la reinserción y el mismo desarrollo de los acuerdos de paz. Según el autor, esta fase se destaca por la preservación de la paz, la reconstrucción de las pérdidas que se generaron a raíz del conflicto y el cumplimiento de los acuerdos bilaterales de cada una de las partes dentro del proceso de paz.

Por su parte, la Fundación Ideas para la Paz, considera que el postconflicto es el “periodo de tiempo que se inicia en el cese de hostilidades entre las partes previamente enfrentadas” (Rettberg, 2002, 19), en este sentido, el postconflicto es un proceso de construcción gradual y secuencial que requiere la participación de la ciudadanía, organizaciones civiles, del Estado y los actores en conflicto para llevar a cabo acciones encaminadas hacia la construcción de paz al interior de un país. Entre los temas que la Fundación considera estratégicos en el marco del postconflicto se encuentran:

1. Apoyo a la recuperación del posconflicto, desde el cual se desarrollan actividades como atención humanitaria a las víctimas del conflicto, retorno y apoyo a poblaciones desplazadas, desmovilización, etc.
2. Temas económicos, dentro de los cuales se señalan la participación del sector privado, la restauración de la capacidad del manejo económico y la generación de recursos y empleo.
3. Temas políticos y de administración del Estado, entre ellos la adecuación y fortalecimiento de las instituciones estatales y la forma de compartir el poder.
4. Temas judiciales que describen la restauración o la consolidación del Estado de derecho y la realización de comisiones para tratar diversos temas jurídicos.

5. Temas sociales, entre ellos procesos sociales de reconciliación.
6. Temas militares, dentro de los cuales se hace referencia a la estrategia en el posconflicto, gasto militar y reinserción.
7. Temas internacionales, relacionados con la consecución de recursos para el apoyo a la construcción de la paz, participación en facilitación, mediación y verificación, entre otros.

Aunque los acuerdos de La Habana están vinculados a temas económicos, políticos, judiciales y sociales, llaman especial atención los puntos sobre *Desarrollo Agrario* y *Víctimas*, los cuales estarían relacionados con el bienestar de la sociedad en general, incluida la *salud mental*. Pese a que se suele relacionar la salud mental con la *ausencia de enfermedad*, el concepto se ha ido transformando a través del tiempo, incorporando a su análisis aspectos sociales, psicológicos y biológicos.

Para la Organización Mundial de la Salud, la salud no es ausencia de enfermedades o debilidades, se define como un estado positivo de bienestar físico mental y social: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación. (...) La buena salud mental hace posible que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad”³. Por lo tanto, el bienestar mental es parte de la salud y no puede ser desligado de ella.

En Colombia, la Ley 1616 de 2013 garantiza el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana y contiene las disposiciones generales frente a salud mental en el país. Desde esta Ley, se define la salud mental como:

“Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus

³ Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Consultado en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1

recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”. (Artículo 3, Ley 1616 de 2013).

En el artículo 5 de la Ley 1616 de 2013, se definen los trastornos y discapacidades relacionadas con la salud mental, como:

- **Trastorno mental:** Para los efectos de esta ley, se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, el comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y adaptarse a las condiciones de la vida. (Ejemplos: Trastornos de ansiedad; trastornos de alimentación como la anorexia y la bulimia; trastornos de personalidad; trastornos de control de impulsos (piromanía: obsesión por los incendios; la cleptomanía: robar; y el juego compulsivo); y trastornos de adicción, entre otros.
- **Discapacidad mental:** Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permite en múltiples ocasiones comprender el alcance de sus actos y presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, así como para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante.

Aunque la ley no contiene una definición de **problemas mentales**, este es un concepto que se relaciona con la salud mental ya que “un problema de salud mental afecta la forma cómo una persona piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás, pero sus manifestaciones no son suficientes para encuadrarlos dentro de un trastorno específico según los criterios de las clasificaciones internacionales (Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10 - CIE-10 de la Organización Mundial de la salud y el DSM-V de la Asociación Psiquiátrica Americana); **son más comunes, menos severas y menos persistentes en el tiempo**. Se trata de síntomas como ansiedad, tristeza, insomnio, cambios en el apetito u otros sentimientos y conductas que pueden generar malestar y algunos inconvenientes, pero que no provocan un deterioro significativo en la vida social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad cotidiana. Sin embargo, se debe considerar su atención por un profesional de la salud mental, ya que pueden derivar en trastornos mentales”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, 1).

Retomando lo expuesto hasta ahora, se puede afirmar que la salud y la paz son conceptos cercanos que se relacionan entre sí, ya que a la salud le concierne el *buen vivir* y *bien estar* de las personas, en los diferentes entornos: familiar, laboral, educativo y comunitario. Por su parte, la *paz* se vincula con la convivencia “tranquila” entre personas en una sociedad. Lo anterior no quiere decir que la *paz* excluya los conflictos, por el contrario, estos son inherentes a la vida en sociedad, a la diversidad de intereses y a las tensiones de poder. No hay sociedades sin conflictos, la diferencia radica en cómo éstos se resuelven. Por otra parte, la salud y la paz se conciben como derechos. Desde esta perspectiva, la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos.

2. LA ATENCIÓN Y LOS PROGRAMAS EN SALUD MENTAL, TRAS LA FIRMA DE ACUERDOS DE PAZ. EXPERIENCIAS DESDE OTROS CONTEXTOS

A continuación se presentan brevemente, algunas experiencias de atención en salud mental en países que han pasado por conflictos armados. Este apartado se elaboró teniendo en cuenta literatura (informes, artículos de revistas o reseñas de experiencias) relacionada con atención o programas en salud mental, tras la firma de acuerdos de paz en diversos lugares del mundo.

2.1 Bosnia – Mostar

De acuerdo a la experiencia de Médicos del Mundo⁴ en los conflictos Balcánicos, “los programas de Salud Mental en situaciones de crisis son útiles si se orientan mediante intervenciones que apoyen los recursos de la comunidad; reconstruyendo tejido social y sistemas de atención; garantizando la atención a la población con trastornos mentales previos y previniendo los problemas derivados de experiencias de guerra” (Díaz Feral y otros, 2002, página 19).

En el marco del conflicto de Bosnia, (entre 1992 y 1995) el grupo de salud mental de Médicos del Mundo desarrolló intervenciones en Mostar, ciudad que fue escenario de enfrentamientos entre

⁴Asociación independiente, cuyo objetivo es hacer efectivo el derecho a la salud a todas las personas. Su experiencia se ha encaminado al trabajo con población vulnerable, excluida o víctimas de catástrofes naturales, enfermedades, conflictos armados o violencia política.

bosnios croatas y musulmanes. En este contexto, el grupo de salud mental de Médicos de Mundo, centró sus esfuerzos en *apoyar* y *dinamizar* los dispositivos asistenciales en salud mental de Mostar para desde allí, atender las necesidades psicológicas de la población a raíz de la guerra. El programa de Médicos del Mundo estaba “orientado a la reconstrucción del sistema local de atención a la salud mental, a fomentar y apoyar la generación de recursos propios por parte de la población, incluyendo aportar recursos importados en situaciones de emergencia, más que prestar atención directa creando una red asistencial paralela que a largo plazo no tenía mucho sentido” (Díaz Feral y otros, 2002, página 23).

Sobre esta experiencia, cabe destacar que el propósito general del programa fue **fomentar el desarrollo de los recursos locales** y trabajar en la situación de emergencia, considerando que más adelante, el programa debía continuar autónomamente. Uno de los objetivos que se propuso la organización fue *crear un sistema de atención para la población que ha sufrido la guerra y sus consecuencias*, para lo cual se priorizaron intervenciones grupales creando tres tipos de grupos:

- Grupos de reconstrucción, para facilitar la resocialización y la posibilidad de pensar colectivamente en el futuro. Las actividades fueron propuestas por la comunidad a través de un concurso de ideas que se difundió en la emisora local.
- Grupos de apoyo, impulsados en cada barrio y coordinados por *monitores no especialistas* para personas que presentaban dificultades psicológicas.
- Grupos terapéuticos, coordinados por psiquiatras en los centros ambulatorios en los cuales se encontraba un médico general.

Aunque estas acciones fueron desarrolladas en una primera etapa, el programa se enfrentó a numerosos problemas durante el segundo semestre de 1994, dado que continuaron los enfrentamientos y ataques en Mostar, lo cual obstaculizó la permanencia de profesionales dispuestos a trabajar durante largos periodos. No obstante, el programa fue reformulado para ajustarse a la evolución del conflicto y posteriormente se cerró al considerarse que algunos de los servicios locales se habían reforzado y podían asumir la tarea sin la ayuda externa del programa.

2.2. Kosovo

En Kosovo⁵, en la década del noventa hubo una época de represión sobre la población albanesa que lideraba una resistencia pacífica. En 1996 se dieron los primeros indicios de resistencia armada y en 1998 se presentaron hechos represivos por parte de la policía serbia a lo cual el Ejército de Liberación de Kosovo (UCK), guerrilla de ese país, respondió con ataques. “La respuesta serbia represiva, en un clima de limpieza étnica provoca el éxodo de cientos de miles de albanos-kosovares” (Arias García y otros, 2002, 29). Considerando el contexto socio-político de Kosovo, la Organización Mundial para la Salud (OMS) desarrolló su intervención, teniendo en cuenta que las antiguas estructuras sanitarias que se mantuvieron funcionales, tenían un marcado carácter *hospitalocéntrico medicalizado con orientación puramente biológica y con escasos recursos*; en este sentido, una de las líneas de trabajo principales fue:

“Impulsar una asistencia sanitaria comunitaria desde el nivel de atención primaria con su implicación en la continuidad de cuidados por equipos multidisciplinares coordinados con la red sanitaria y la comunidad y orientados hacia una atención integral (prevención, tratamiento y rehabilitación; considerando los aspectos biopsicosociales del enfermo). Ello implica también la participación de la comunidad en dichas tareas, así como en la gestión y desarrollo de recursos” (Arias García y otros, 2002, 28).

Algunas de las actividades llevadas a cabo por la Organización Mundial para la Salud (OMS), fueron: 1) promoción de servicios de salud mental comunitario; 2) trabajo conjunto con profesionales locales para elaborar un plan estratégico para la reforma de la salud mental en

⁵ “En 1990, como reacción al ascenso nacionalista en varias repúblicas yugoslavas, Serbia abolió el estatus de autonomía de Kosovo, disolvió el Parlamento y el Gobierno e inició un proceso de represión en dicha región, que alentó el distanciamiento de varias repúblicas respecto a Serbia, lo que dio paso a una serie de conflictos armados a partir de 1991, primero con Eslovenia, y después con Croacia y Bosnia, que culminaron con el Acuerdo de Dayton, en noviembre de 1995, después de numerosas resoluciones del Consejo de Seguridad de la ONU y de la intervención militar de la OTAN. En 1991, las autoridades clandestinas de Kosovo organizaron un referéndum, y la casi totalidad de la población votó a favor de la soberanía. Al año siguiente se celebraron unas elecciones clandestinas, Ibrahim Rugova, líder de la Liga Democrática de Kosovo (LDK) fue proclamado presidente de Kosovo; era el inicio de una estrategia no violenta de confrontación con Serbia y de creación de estructuras paralelas. La reacción de Serbia fue la militarización de la región. En 1997, poco después de los Acuerdos de Dayton de 1995, en los que no se mencionaba a Kosovo, surgió el Ejército de Liberación de Kosovo (UCK). Su objetivo era conseguir la independencia de Kosovo. En 1998, época en la que el UCK controlaba el 40 % del territorio kosovar, el presidente serbio Slobodan Milosevic lanzó una importante operación militar en Kosovo, en la que fallecieron unas 1.500 personas, y que provocó un importante número de refugiados (unos 800 mil) y desplazados (500 mil). A esta operación serbia le siguió una actuación militar de la OTAN que provocó la retirada de las tropas serbias, el ataque de albaneses sobre civiles serbios y el despliegue de tropas de la OTAN”. (Vincec Fisas, 2015).

Kosovo; 3) coordinar actividades en salud mental de ONG. Para el logro de estas actividades la OMS recibió una donación por parte del gobierno japonés, lo cual favoreció el desarrollo del proyecto en iniciativas materiales concretas.

En 1999, la Organización Mundial para la Salud (OMS) se reunió con la Asociación de Psiquiatría de Kosovo para discutir la propuesta. A partir de este encuentro, se formó un grupo multidisciplinar (neuropsiquiatras, psicólogos, residentes de neuropsiquiatría, y representantes de la asociación médica de Kosovo y de los servicios sociales de Kosovo) que elaboró una estrategia de reforma a los servicios en salud, que incluyó su soporte legal, la construcción de programas de formación - también a nivel regional -, y el seguimiento del proceso de reforma y su evaluación. La estrategia fue aprobada por el gobierno y puesta en marcha.

2.3. Irlanda del Norte

El conflicto irlandés tuvo sus orígenes en las diferencias religiosas y políticas entre católicos – republicanos (Irlanda del Norte) y los protestantes – unionistas. Mientras estos últimos tenían interés en mantener los lazos con el Reino Unido, los católicos republicanos (demográficamente minoritarios) eran partidarios de la independencia o de la integración de la provincia en la República de Irlanda. Este conflicto duró de 1968 a 1998, año en el cual se firmó el *Acuerdo de Viernes Santo* (conocido también como Acuerdo de Belfast), en el cual se establecieron las bases de un nuevo gobierno, que plantea que tanto católicos como protestantes compartirán el poder a partir de la firma de los acuerdos. Protestantes unionistas y católicos republicanos, crearon sus propios grupos armados, los cuales llegaron a cumplir funciones de policía local. Las acciones de estos grupos dejaron más de 3 mil muertos a lo largo de 35 años como resultado de atentados, ejecuciones extrajudiciales y enfrentamientos con la policía y el ejército.

El Ejército Republicano Irlandés (IRA, por sus siglas en inglés) nació en 1970 y fue la principal organización armada católico-republicana en Irlanda del Norte. Este grupo era el brazo armado de Sinn Fein, el partido más antiguo de la provincia. Las acciones de ambos bandos dejaron un saldo de 3600 muertes a lo largo de 35 años. “La mayor acción insurgente fue promovida por el Ejército Revolucionario Irlandés - IRA, entre 1969 y 1997. En el otro bando estaba la Fuerza Voluntaria del Ulster que era Unionista (Elliott y Flackes, 1999). Esta espiral de violencia se debió a que ambos grupos se armaron en respuesta a la debilidad del Ejército y la Policía del Ulster,

adscribas al gobierno británico, que en el discurso político se consideraba imparcial frente al conflicto irlandés” (Jaramillo Marin, 2015, 193).

De acuerdo al artículo *Perspectives and Possibilities: Mental Health in post-Agreement Northern Ireland* (Gallagher y otros, 2012), el cual reúne algunos de los postulados presentados en el panel “Conflicto y Salud Mental”, realizado durante el Foro para las Ciudades en Transición en 2011, se señala que durante los primeros 15 años, luego de la firma de acuerdos de paz en Irlanda del Norte, los estudios se enfocaron en rastrear los casos de síndrome de estrés post traumático con el fin de brindar atención a personas que habían participado directamente en el conflicto. No obstante, un importante número de individuos pertenecientes a la clase trabajadora no tuvieron acceso a este tipo de atención. Dos elementos determinantes en las estrategias de análisis y atención adoptadas fueron la concepción de que las enfermedades mentales sólo eran un “asunto de víctimas”, ignorando los impactos que estos eventos tienen en las llamadas “víctimas indirectas” (individuos cercanos a la víctima directa) y la presunción de una “gran capacidad de resiliencia” (Gallagher y otros, 2012, 64), detectada en las primeras observaciones clínicas, lo cual derivó en la tardanza y deficiencia por parte de los servicios encargados en la atención en salud mental durante la fase de post-conflicto.

Los autores citados reconocen que la presunción universal de resiliencia produjo formas negativas de hacer frente al trauma, lo que a su vez, impactó negativamente la salud mental de la gente afectada por el conflicto. Por este motivo, recomiendan que la atención no debe limitarse sólo a las intervenciones terapéuticas, sino incorporar elementos como la salvaguardia y la promoción de los derechos de los niños, fortalecer el empleo y la economía, considerar experiencias traumáticas previas, el perfil socio-económico del sujeto y prevenir la estigmatización de la clase obrera, entre otros. En este sentido, no puede limitarse el ejercicio a un asunto de diagnóstico médico, sino que deben contemplarse instancias más amplias de análisis que incluyan dimensiones colectivas como las relaciones comunitarias y sus dinámicas, así como los entornos sociales, económicos y culturales de los sujetos, entre otros aspectos. Según los autores, el interés inicial en el diagnóstico de las afectaciones mentales de las víctimas puede desviar la atención de otros elementos como la reconstrucción de los entornos sociales, económicos y culturales, elemento clave en el apoyo a la salud mental positiva de las sociedades que salen de la violencia política (Gallagher y otros, 2012, 65).

Asimismo, proponen que el concepto de resiliencia se entienda como algo que proviene no solamente del individuo, sino también de su contexto social (por ejemplo las conexiones y la

cohesión comunitaria o la protección social). Esto permite evidenciar mecanismos de reconstrucción, así como fortalezas para enfrentar el trauma. Además de la afectación en la salud mental, existen otros elementos de orden social, económico o cultural que limitan la comprensión del impacto de la violencia, así como el acceso y atención de las víctimas del conflicto. Parfraseando a los autores, *para las víctimas del conflicto político, no es posible separar del proceso de sanación, las cuestiones de la verdad, la justicia, la atribución de responsabilidades por las violaciones, la compensación y el reconocimiento oficial de aquello que les ocurrió.*

2.4. El Salvador

Entre 1981 y 1992, El Salvador vivió una guerra civil que dejó como resultado el estancamiento del desarrollo económico, la destrucción de una buena parte de la infraestructura del país y la migración de salvadoreños que abandonaron el país. El enfrentamiento armado se llevó a cabo entre el grupo guerrillero Frente Farabundo Martí (FMLN), creado en 1980, luego de una alianza de cinco grupos insurgentes del país y las Fuerzas Armadas de El Salvador. Esta guerra civil se produjo en el marco de la Guerra Fría.

“Cuando la Guerra Fría comenzó a perder fuerza, resulto evidente que el gobierno no sería capaz de derrotar al FMLN por las armas ni el FMLN al gobierno y que sus respectivos patrocinadores – los Estados Unidos por un lado y el bloque comunista por el otro- ya no tenían ni el interés político ni los recursos económicos necesarios para apoyar a sus clientes salvadoreños” (Buergethal, 1995, 16). El fin de la guerra llegó en enero de 1992 con la firma de los Acuerdos de Paz entre el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN) y el gobierno salvadoreño, con lo cual se refundó el Estado y se sentaron las bases para un proceso de democratización. Esta guerra cobró alrededor de 75.000 vidas, como parte de una población de alrededor de 5 millones de salvadoreños para esa época.

De acuerdo al académico salvadoreño, José Miguel Cruz (1997), “a diferencia de otros países con conflagraciones similares o con guerrillas itinerantes, el conflicto salvadoreño llegó a ser considerado abiertamente como una **guerra civil**, esto convirtió a la contienda bélica en un fenómeno a gran escala. Es más, por la particular visión de la época, el conflicto salvadoreño que tenía causas y dinamisismos endógenos, terminó siendo parte también del marco de confrontación de la Guerra Fría. La guerra salvadoreña se convirtió en un evento totalizante en el orden social del país (Martin-Baró, 1988). Este proceso totalizador fue favorecido por los esfuerzos de las

partes por imponerse en la contienda, por las campañas que buscaban atraer hacia sí el apoyo, al menos pasivo, de la población y por la reducida extensión geográfica del territorio salvadoreño. Por consiguiente, la vida nacional estaba en función del conflicto.

En el caso de la salud, según Rodríguez y otros (2007), países como El Salvador y Guatemala presentan características similares como: limitaciones en el sistema de atención en salud, particularmente en el nivel primario e insuficiencia de recursos humanos calificados, ya que los pocos recursos (materiales y humanos) se concentran en las capitales. Sin embargo, a diferencia de Guatemala y Nicaragua, El Salvador “cuenta con un mayor número de servicios ambulatorios y, en los últimos años, se han abierto algunos Centros Polivalentes de Atención Psicosocial que constituyen una experiencia novedosa en relación con la extensión de cobertura y búsqueda de alternativas al hospital psiquiátrico. Ejemplo importante en este contexto lo constituye la experiencia del Distrito Italia (Ilopango Norte), donde se desarrolla la integración del servicio especializado con el Sistema Básico de Salud” (página, 351).

En El Salvador, durante el proceso de paz se diseñaron propuestas de beneficios relacionados con el fomento para la creación de empresas, entrega de tierras y facilidades para el estudio para lo cual se entregaron becas educativas de capacitación técnica y universitaria. No obstante, los altos índices de inseguridad y delincuencia común sugieren que algunas de los beneficios y políticas implementados tras la firma de los acuerdos de paz, no tuvieron el impacto deseado.

De acuerdo con la investigación *La violencia en El Salvador en los años noventa. Magnitud, costos y factores posibilitadores*, se plantea que aunque en ese país la guerra terminó con la firma de acuerdos de paz, la violencia sigue presente. “Doce años de guerra crearon una cultura de violencia para la que los Acuerdos no fueron diseñados. La paz repentina creó una serie de desafíos y puso al descubierto una cantidad de problemas para los cuales la sociedad parecía no haberse preparado. La guerra terminó, pero para muchos ciudadanos las causas de la misma seguían presentes (ver ECA, 1994). Los salvadoreños experimentaron el fin de la guerra, pero al mismo tiempo comenzaron a percibir que la violencia no había sido erradicada de la sociedad. Rápidamente, la mayor parte de los ciudadanos empezó a acusar el elevado nivel de violencia delincriminal y comenzaron a exigir respuestas eficientes por parte del Estado para detener la nueva ola (Instituto Universitario de Opinión Pública, 1993). Sin embargo, la violencia había cambiado de paradigma: ya no encajaba en el ejercicio metódico y planeado de las operaciones de guerra, con interlocutores claros y legitimados con quienes negociar; ahora, bajo condiciones

renovadas de paz, la violencia se presentaba difusa y sin orden, diferente pero igualmente considerable” (IUOP, 1998, 32).

2.5. Guatemala⁶

En 1962 en Guatemala comienzan a registrarse importantes luchas de estudiantes de educación media y universitaria, apareciendo en este mismo año las primeras Fuerzas Armadas Rebeldes (FAR), conformadas y respaldadas por sectores de la clase media, campesinos y jóvenes oficiales del ejército. Las FAR empezaron a construir su base social en las comunidades campesinas no indígenas del oriente del país. En 1966, el ejército guatemalteco, asesorado por militares norteamericanos, lanzó su primera campaña contrainsurgente contra las FAR, dejando unos 8 mil muertos, la mayoría de ellos civiles. No obstante, la guerrilla sobrevivió a esta primera ofensiva y se formaron nuevas organizaciones. En los años setenta se hizo pública la existencia del Ejército Guerrillero de los Pobres (EGP) y la Organización del Pueblo en Armas (ORPA).

En 1982 los grupos guerrilleros y el Partido Guatemalteco del Trabajo (PGT) se unieron para formar la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG). Sin embargo, para 1982 la guerrilla había sido fuertemente golpeada por la represión militar y a su vez, los campesinos y comunidades indígenas del altiplano rural fueron el blanco principal de la contrainsurgencia militar. Durante el conflicto armado (1960 – 1996) la cifra de muertos y desaparecidos superó las 200 mil personas y la mayoría de las violaciones a los derechos humanos ocurrieron entre 1981 y 1983, cuando fueron implementadas políticas de masacre colectiva, tierra arrasada de comunidades enteras y el impulso de las Patrullas de Autodefensa Civil (PAC) creadas para controlar y reprimir a sus propias comunidades. La mayoría de las organizaciones sociales se desarticulaban y el desplazamiento forzado (interno y hacia el exterior del país) de población civil se convirtió en un fenómeno a gran escala (200 mil personas buscaron refugio fuera del país, especialmente en México).

A comienzos de la década del noventa se establecieron las bases fundamentales para desarrollar el proceso de negociación entre el gobierno y la URNG. La población civil tuvo su representación

⁶ Guatemala es un país pluricultural, multiétnico y multilingüístico. Se identifican los siguientes grupos étnicos: blancos, ladinos (mestizos), mayas, xinkas y garífunas. El idioma oficial es el español, pero coexisten 21 lenguas mayas entre las que predominan el K'iche, el Mam, el Kaqchikel y el Q'ueqchí, además de los idiomas Xinka y Garífuna.

a través de la Asamblea de la Sociedad Civil (ASC), institucionalizada en 1994. Las negociaciones transcurrieron durante cuatro gobiernos consecutivos hasta 1996, conforme se daban los acuerdos, se iniciaban nuevas luchas y acciones para exigir su implementación. El conflicto armado terminó formalmente el 29 de diciembre de 1996 con la firma del Acuerdo de Paz Firme y Duradera. Sin embargo, durante el proceso de negociación y firmados los acuerdos, la represión se mantuvo.

De acuerdo al documento Política Nacional de Salud Mental 2007-2015 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, el conflicto armado interno que duró 36 años en el país, dejó según la Comisión para el Esclarecimiento Histórico, un saldo de 200 mil muertos y desaparecidos, documentó 669 masacres y el desplazamiento de un millón y medio de guatemaltecos. Estos eventos han dejado huellas psicosociales en la población expuesta y pueden haber provocado reacciones de sufrimiento psicosocial de diversa naturaleza, generando cambios en el funcionamiento individual, familiar, grupal y comunitario en amplios sectores de la población guatemalteca (2008, 22).

Desde 1997, el Ministerio de Salud con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y otras agencias, desarrollaron acciones de atención psicosocial a poblaciones indígenas que fueron afectadas por el conflicto armado. De acuerdo a un estudio realizado por la OPS en 1998 en Guatemala (citado en Torre A. y otros, 2002), se encontró que los problemas de salud mental aparecieron o se incrementaron durante y después de la guerra. Por otra parte, se observó un incremento de adicciones, en especial de alcohol y tabaco en los jóvenes de las zonas rurales afectadas por la guerra. Con el conflicto armado se trastocó la vida cotidiana de las familias y comunidades, lo cual se evidenció en la desconfianza entre las personas, la poca comunicación y el temor a hablar de lo sucedido. Otro de los efectos de la guerra fue la pérdida de valores propios de las comunidades indígenas mayas y la conducta suicida de los jóvenes, hecho relativamente novedoso en estas comunidades.

Una de las propuestas para trabajar con víctimas sobre las afectaciones que dejó el conflicto armado interno, fue la formación de *promotores en salud mental*. Este proceso fue impulsado por el Programa de Apoyo al Proceso de Paz y Conciliación Nacional (PCON), en el marco de la cooperación alemana GTZ y ejecutado por contrapartes nacionales. En este sentido, se creó un diplomado dirigido a líderes o personas que llevaban a cabo procesos comunitarios en las diferentes regiones del país. Algunas de las personas que participaron en el proceso de formación

eran sobrevivientes de violaciones a derechos humanos cometidas durante el conflicto armado, y que hablaban español y alguno de los idiomas mayas.

El trabajo de acompañamiento a víctimas se desarrolló conjuntamente entre promotores de salud, psicólogos y profesionales de las organizaciones no gubernamentales con experiencia en este campo. Esta iniciativa nació del interés y la necesidad de organizaciones no gubernamentales enfocadas en salud mental, de contar con un proceso de formación teórico-práctico que fortaleciera el trabajo de promotores y promotoras en diferentes regiones del país. De esta manera se buscó fortalecer también a las comunidades que fueron más afectadas durante el conflicto armado interno. Teniendo en cuenta las secuelas derivadas del conflicto armado interno, se iniciaron diálogos entre varias organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y la academia para la creación de un proceso de formación que permitiera a los promotores tener bases conceptuales en torno a los efectos de la violencia, en especial el conflicto armado.

Del diálogo e intercambio de experiencias entre las diferentes organizaciones, en el año 2003 se creó el Diplomado en Salud Mental Comunitaria, impulsado por el Programa de Apoyo al Proceso de Paz y Conciliación Nacional -PCON- de la GTZ y ejecutado por la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) y el Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial (ECAP). La propuesta hizo énfasis en conocer la historia del conflicto armado; los derechos humanos, en especial los derechos de los pueblos indígenas; el vínculo entre identidad, memoria y cultura; los impactos individuales y colectivos de la violencia socio-política; así como las formas propias de enfrentar los conflictos. Por otra parte, se buscó que las personas pudieran hablar abiertamente del conflicto armado y los efectos que generó en la comunidad para fin de romper con la cultura del silencio. También se abordaron técnicas básicas para hacer diagnósticos y mapeos comunitarios, así como el aprendizaje para trabajar con grupos de reflexión, grupos de apoyo y el reconocimiento de casos que requieran ayuda especializada.

Pese a los esfuerzos de las organizaciones no gubernamentales, la cooperación internacional y el Estado, por llevar a cabo procesos de reconstrucción, atención a víctimas y población desmovilizada en Centroamérica (particularmente, en Salvador y Guatemala), no se evidenció el descenso de las tasas de violencia tras la firma de los acuerdos de paz. “Luego del proceso de paz en Guatemala, los niveles de violencia no experimentaron un descenso significativo; por el contrario, la violencia no política persistió, con un alarmante incremento del secuestro, el robo de vehículos y residencias, los asaltos en los buses y casos dramáticos de linchamiento público de los criminales. Es evidente que la violencia política disminuyó, pero la violencia como fenómeno

social ligado a la delincuencia común continuó presente. Solamente se modificaron los actores, los hechos y los intereses atrás de los actos” (Garzón Vergara, 2003, 126).

2.6. Perú

Entre 1980 y 2000 Perú vivió un conflicto armado interno entre el Estado, el Partido Comunista del Perú - Sendero Luminoso y el Movimiento Revolucionario Túpac Amaru, MRTA. Con relación a la guerra independentista y el conflicto con Chile, considerados los conflictos más relevantes en los que se vio inmerso el país, el conflicto de 1980 a 2000, tuvo al menos tres características que advierten sobre su magnitud: la larga duración, el impacto extenso sobre el territorio nacional y los altos costos en términos humanos y económicos (Comisión de la Verdad y la Reconciliación de Perú, 2003).

El desencadenamiento del conflicto armado se dio en razón de la decisión del Partido Comunista del Perú - Sendero Luminoso (PCP-SL) de declarar la guerra popular contra el Estado peruano, que llevó a un escalamiento del conflicto. Hacia 1984, entró en escena el Movimiento Revolucionario Túpac Amaru (MRTA), grupo que inició acciones armadas en contra del Estado. Según el informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación de Perú, los años en los cuales se generó el mayor número de víctimas fueron: 1984, 1989 y 1990. Asimismo, la Comisión estableció una periodización del conflicto, reconociendo al menos cinco etapas: 1) Inicio de la violencia armada (mayo de 1980-diciembre de 1982); 2) Militarización del conflicto (enero de 1983- junio de 1986); 3) Despliegue nacional de la violencia (junio de 1986-marzo de 1989); 4) Ofensiva subversiva y contraofensiva estatal (marzo 1989-setiembre de 1992); 5) Declive de la acción subversiva, autoritarismo y corrupción (septiembre 1992-noviembre 2000).

El informe señala que “la gravedad de la situación peruana, sin embargo, no se limitó a un conflicto no convencional entre organizaciones subversivas armadas y agentes del Estado, sino que incluyó en el mismo período 1980-2000, la peor crisis económica del siglo que desembocó en un proceso hiperinflacionario inédito en el país; momentos de severa crisis política que incluyeron el debilitamiento del sistema de partidos y la aparición de liderazgos providenciales, un autogolpe de Estado y hasta el abandono de la Presidencia de la República en medio de uno de los mayores escándalos de corrupción de la historia peruana; el fenómeno del narcotráfico coincidió tanto con el surgimiento y expansión del fenómeno subversivo armado como con su represión” (página 56).

Cabe señalar que la Comisión reconoció que el impacto de la violencia se dio de manera desigual entre la población civil, en razón del estrato social y la distribución geográfica, acentuándose en la población más vulnerable. En este sentido, los impactos recayeron fundamentalmente en “las poblaciones del Perú rural, andino y selvático, quechua y asháninka, campesino, pobre y poco educado, sin que el resto del país la sintiera y asumiera como propia” (página 54). Por otra parte, “las secuelas psicosociales abarcan los niveles individual, familiar, comunal y social. (...) la violencia dañó especialmente a la familia, que fue la institución más afectada” (Arenas y Custodio, 2015, 152). Así, el conflicto armado interno en Perú se sumó a la historia de pobreza y exclusión de amplios sectores de la población y dejó consecuencias importantes en las relaciones y proyectos de vida de las comunidades afectadas.

Una de las recomendaciones de la Comisión fue la creación del Programa Integral de Reparaciones (PIR), el cual buscó contribuir a que las población afectada por el conflicto armado interno recuperara la salud mental y física y se fortalecieran las capacidades para el desarrollo social y personal de la población. “Además, los lineamientos del Programa de Reparaciones en Salud enfocan el daño mental y físico desde una perspectiva integral, plantean la importancia de la promoción de los recursos —personales y culturales— de las comunidades, así como la incorporación de las capacidades locales en los procesos de recuperación de la salud, reconociendo el impacto diferenciado de la violencia en la salud mental de las mujeres” (Velásquez, 2007, 53).

Para dar atención en salud mental y contribuir a la reparación de las víctimas del conflicto armado, el Ministerio de Salud del Perú (MINSALUD), llevó a cabo diferentes convenios con la cooperación internacional, actores locales como universidades y ONG locales para adelantar acciones que contribuyeran al bienestar de las víctimas y la comunidad en general. En el 2004, el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Promoción de la Salud, estableció el Plan de Reparaciones en Salud Mental. Las acciones de este plan fueron definidas en el marco del Plan Integral de Reparaciones (PIR). Para llevar a cabo estas acciones se priorizaron algunas de las regiones más afectadas por el conflicto armado interno. El financiamiento de este proceso y el desarrollo del plan contaron con apoyo del Comité Multisectorial de Alto Nivel (CMAN) y la cooperación internacional. Por otra parte, el Ministerio de Salud también suscribió convenio con la Unión Europea entre 2005 y 2006 (Convenio MINSALUD-PASA Programa de Apoyo a la Seguridad Alimentaria, Unión Europea), a través del cual se ubicaron equipos de profesionales permanentes (psicólogos y psiquiatras) y equipos itinerantes en regiones fuertemente afectadas por el conflicto armado, entre ellas Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas, Abancay y Satipo (Junín).

En 2005, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), en convenio con la Universidad de Harvard, financiadas por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), llevaron a cabo el proyecto “*Fortalecimiento de la atención integral de la salud para la población afectada por la violencia y violación de los derechos humanos en el Perú*”, cuyo objetivo fue mejorar las condiciones de salud física y mental de la población afectada por el conflicto armado interno. En este sentido, se desarrolló una pasantía en la que cincuenta profesionales del área de la salud se capacitaron en la Universidad de Harvard, teniendo en cuenta que una de las recomendaciones de la CVR resaltó la necesidad de capacitar a profesionales del área de la salud: “La CVR recomendó como líneas de acción la capacitación de recursos humanos en salud, ante la insuficiencia de los mismos, no solo en las zonas andinas y amazónicas sino también en el ámbito nacional, recuperación integral desde la intervención comunitaria, recuperación integral desde la intervención clínica, acceso a la salud y la promoción y prevención de la salud” (Garmendia, 2014, 58).

Uno de los resultados positivos de este proyecto fue proporcionar competencias a los profesionales para mejorar la atención integral a víctimas de la violencia, a su vez, se incorporó la temática (en particular, el análisis de la violencia en Facultades de Medicina) en los planes curriculares de algunas de las universidades locales. Por otra parte, el Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y Aplicación en una Región del Perú (Amares) fue financiado por la Unión Europea y duró cinco años, iniciando sus acciones en el año 2002. El principio de intervención de este proyecto fue “el desarrollo de las capacidades locales como elemento básico de crecimiento y sostenibilidad de las intervenciones, así como el apoyo al proceso de reforma a nivel central y su aplicación en el ámbito de intervención. Entre sus áreas de acción están el mejoramiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud y la promoción de la salud y la salud mental, además del fortalecimiento de la gestión en salud y recursos humanos, y el mejoramiento de los sistemas de información” (Velásquez, 2007, 56).

A partir de estas experiencias se evidenció el interés por incluir un enfoque comunitario dentro de las intervenciones en salud mental. Esto obedeció en parte a las recomendaciones de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR), pero también a la reflexión al interior del país sobre los efectos que tuvo el conflicto armado interno en el entorno social de las comunidades:

“... Es preciso señalar que el análisis integral de los hechos indica que fue el entorno social el que se trastornó por acción del conflicto armado interno. Desde esta lectura, los

síntomas observados en la mayoría de estas personas son reacciones normales frente a situaciones anormales. No es conveniente por esta razón individualizar un problema que tiene claras connotaciones sociales y políticas y cuyo radio de influencia abarca la vida nacional. (...) Por esta razón planteamos un escenario de análisis más amplio, entendiendo que el conflicto armado interno se originó, y al mismo tiempo exacerbó, nuestros problemas y contradicciones más profundas como nación y como colectivo: la exclusión social, la marginación y la discriminación, dirigidas especialmente hacia las poblaciones rurales y amazónicas más empobrecidas de nuestro país” (Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006, 14).

La experiencia peruana evidenció las relaciones intersectoriales que han contribuido a una atención en salud mental, favoreciendo el ámbito comunitario y centrando algunas de sus actuaciones en la *Salud Mental Comunitaria*, la cual incorpora variables sociales, políticas, culturales, de género y etnicidad. En este sentido, se concibió la salud mental comunitaria como “el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y de la salud mental de la comunidad, mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud mental, de prevención de malestares y problemas psicosociales y de recuperación y reparación de los vínculos personales, familiares y comunales dañados y quebrados por la pobreza, las relaciones de inequidad y dominación y el proceso vivido durante el conflicto armado interno. Todo esto con la comprensión, el acuerdo y la participación activa de la comunidad” (Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, 2006, 20).

Frente al conflicto armado en Perú, la antropóloga Kimberly Theidon (2004), señala que “el repertorio terapéutico demuestra los vínculos estrechos que existen entre la salud mental, los procesos de la administración de justicia -o la ausencia de los mismos- y la micropolítica de la reconciliación. Éstos son procesos que van mucho más allá de una óptica clínica excesivamente enfocada en "lo psicológico", divorciada del contexto socio histórico. Los procesos de reconstrucción y reconciliación son, en sí mismos, prácticas terapéuticas. Investigar estos procesos nos permite rastrear aquellas transformaciones sociales que desbordan los instrumentos psicométricos y sus cortes sincrónicos del sufrimiento, congelados en el tiempo y extraídos del contexto social y moral” (página 22).

Reflexiones Generales, ¿Qué podemos aprender?

Respecto a las experiencias latinoamericanas, es importante señalar que la situación de la salud mental en estos países obedece a varios factores presentes a lo largo del tiempo, como los eventos traumáticos a causa de los conflictos armados internos y los desastres naturales, los cuales han impactado a la población tanto en el plano individual como en el comunitario: “El impacto de estos eventos se acrecienta en virtud de haberse producido, y producirse, en un contexto de marcada pobreza. Estas condiciones adversas, sumadas a la exclusión social de grupos poblacionales, en especial indígenas y comunidades rurales, perpetúan un ciclo vicioso de sufrimiento y pobreza” (Rodríguez J. y otros, 2007,349).

Según el análisis de De la Torre y otros (2002) sobre las consecuencias psicosociales de eventos *traumáticos* como los conflictos armados, se plantean tres tipos de problemas psicosociales que se desarrollan luego de este tipo de eventos: 1) Se produce desorden social, violencia y consumo de sustancias adictivas; que incluye actos vandálicos y delincuenciales, rebeliones, demandas exageradas, abuso sexual, violencia intrafamiliar, entre otros; 2) Se presenta miedo en la población y aflicción como consecuencia de los daños y pérdidas o por el temor a la recurrencia del problema; y 3) Se pueden presentar trastornos psicopatológicos o enfermedades psiquiátricas evidentes. Considerando estos problemas, los autores evidencian tres enseñanzas:

- Además de lo psicopatológico, lo que hay que tener en cuenta es la amplia gama de problemas con alto contenido social.
- Es necesario ampliar el campo de competencia de los profesionales de la salud mental.
- Los problemas psicosociales pueden y deben ser atendidos, en gran proporción, por personal no especializado.

En noviembre del 2011 se llevó a cabo en Bogotá un taller convocado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la que expertos analizaron la atención psicosocial en situaciones de conflicto, en especial la orientada a población desplazada por la violencia y retomando experiencias de trabajo con comunidades como las de Guatemala y Uganda. Dentro de las lecciones aprendidas derivadas de dicho taller, y de la revisión bibliográfica adelantada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Atención Primaria en Salud (APS) se identificó como una alternativa viable para atender población de contextos rurales que no tienen acceso fácil a los servicios de salud. En consecuencia, se recalcó la necesidad de descentralizar los servicios públicos de salud y se concluyó que:

“Se debe fortalecer e incrementar la descentralización de los servicios públicos de salud mental, especialmente en los territorios más afectados por la guerra y poblaciones desplazadas y marginadas económica y socialmente. Los hospitales no deben ser el eje fundamental de la asistencia psiquiátrica. Hay que capacitar a trabajadores de la APS, agentes comunitarios, voluntarios y maestros en forma sistemática en salud mental. También se debe capacitar al personal especializado en técnicas de psicoterapia breve y otras de carácter específico, así como extender el uso de procedimientos grupales” (De La Torre y otros, 2002, 341)

En América Latina y el Caribe hay una insuficiencia numérica de psiquiatras y profesionales de la salud para atender al vasto número de población afectada por situaciones denominadas como “situaciones de emergencias complejas”, dentro de las que cabe el conflicto armado. Aunque no parece conveniente ni necesario que la mayoría de los problemas de salud mental reciban una atención medicalizada”, cobra sentido que en el marco de un post acuerdo en Colombia, desarrollar estrategias para fortalecer la atención en salud y en particular, en salud mental en el marco de la atención primaria (APS).

Tomando en cuenta las seis experiencias citadas anteriormente, se mencionan a continuación aprendizajes o lecciones que se podrían derivar para Colombia tras la firma de acuerdos de paz con grupos al margen de la ley:

- Participación de profesionales de diferentes áreas (como trabajadores sociales, psicopedagogos, antropólogos, entre otros) en los equipos de salud, ya que pueden apoyar y contribuir metodológicamente a los procesos de atención en salud mental para atender las necesidades de comunidades afectadas por el conflicto armado.⁷
- Es importante considerar que algunos problemas sociales se exacerbaban en etapas posteriores a la firma de acuerdos de paz: violencia intrafamiliar, altos índices de

⁷De acuerdo al artículo *Salud mental y violencia política. Atender al enfermo psiquiátrico o reconocer al sujeto de la micropolítica*, “en el seno de las prácticas biomédicas, y alimentadas en buena medida por los aportes de las ciencias sociales, aparece una serie de propuestas cuyo propósito es contribuir conceptual y metodológicamente a incorporar las necesidades de las comunidades afectadas por la guerra, así como de los profesionales que acompañan a dichas poblaciones. Respecto a la salud mental, estas perspectivas permiten explorar las formas particulares de expresión del bienestar y la angustia, y al tiempo incorporar el significado personal y social de la experiencia en los pasos siguientes de integración y recuperación” (Arias López, 2013)

consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, expresiones de violencia (justicia por cuenta propia), altos índices de delincuencia común, tráfico de armas, entre otros. Algunos de estos problemas se reflejan tanto en el ámbito privado (familia) como en el ámbito social (comunidad) y estos se entrelazan. Por otra parte, no necesariamente los problemas emergen en determinado tiempo, pueden pasar varios años para que estos se evidencien. Desde la experiencia peruana se evidencia que los proyectos y convenios financiados con recursos de la cooperación internacional, han tenido un marco de tiempo entre 1, 3 y 5 años, lo cual ha facilitado iniciar procesos de atención en salud mental. Sin embargo, es importante señalar la necesidad de continuidad de los procesos o determinar desde el comienzo, los alcances y las capacidades que pueden dejarse instaladas en los sujetos y las comunidades en estos periodos de tiempo.

- Se hace necesario el fortalecimiento de sistemas locales, en particular de la Atención Primaria en Salud, ya que zonas que han sido fuertemente afectadas por el conflicto armado, suelen ser zonas alejadas donde no hay servicios en salud especializados.
- La atención en salud mental se puede favorecer con la intervención de otros sectores como la escuela, las organizaciones sociales, locales, religiosas y las entidades gubernamentales a nivel local, entre otras.
- La reconstrucción de los entornos sociales, económicos y culturales también contribuyen a la salud mental positiva de las sociedades que superan la violencia política y los conflictos armados.
- Existe la tendencia dentro de la sociedad civil a generar expectativas altas frente a la firma de los acuerdos de paz con relación a la disminución de hechos victimizantes como masacres, homicidios, secuestros, desplazamientos forzados, entre otros. John Alderdice, psiquiatra irlandés que participó en los *Acuerdos de Viernes Santo* en Irlanda del Norte, señala que en ese país “la gente desarrolló una resistencia a la decepción, pues a nadie le gusta ver rotas sus esperanzas una y otra vez. Lo que hicimos nosotros fue evitar que la firma del acuerdo elevara demasiado las expectativas” (Alderdice J., 19 de marzo de 2016). Esta situación podría verse reflejada en el contexto colombiano, en tanto la violencia en el país no solo responde a hechos relacionados con el conflicto armado.

3. LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA, BREVE APROXIMACIÓN

Diversas razones posicionan la salud mental como fundamental para la salud pública, como la prevalencia de trastornos mentales, estimada en dos de cada cinco adultos, que afecta a todas las clases sociales y países, así como su alto costo tanto económico como emocional. Las acciones de salud mental deben incluir a los individuos, familias y comunidades, no limitadas al campo específico de salud, tales como son los determinantes sociales de la enfermedad. (Vanegas Medina y de la Espriella Guerrero, 2015, 116)

De acuerdo a la Nota descriptiva sobre Trastornos Mentales No. 396 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. Según la OMS la depresión es el trastorno mental más frecuente y afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres. A la depresión le sigue el trastorno afectivo bipolar, que afecta alrededor de 60 millones de personas en el mundo; la esquizofrenia afecta alrededor de 21 millones de personas y la demencia a 47,5 millones de personas.

Esta situación no es diferente en Colombia. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) de 2015, señalan que uno de cada diez colombianos ha tenido algún *problema mental*, siendo la depresión y la ansiedad los más prevalentes. El 12,2% de los adolescentes entre los 12 y 17 años ha presentado algún problema mental y el 4,4% ha tenido un trastorno mental. En los adultos predominan los trastornos de ansiedad, depresión y psicosis. El 9,6% de los colombianos entre 18 y 44 años reportan enfermedades mentales. En todos los grupos de edad se repite la tendencia con más mujeres afectadas que hombres.

Los datos de la encuesta relacionados con la violencia indican que “estar expuesto a cualquier tipo de violencia aumenta el riesgo que un individuo presente trastorno de estrés postraumático, trastorno depresivo, consumo de sustancias psicoactivas y deterioro de la salud en general (70,71), lo más dramático en lo que respecta a la salud mental en relación con el conflicto armado es la vulneración psicológica de las víctimas y los victimarios en términos del “encuentro con un

horror psíquicamente no asimilable” encuentro que no tiene solución de continuidad. Así mismo, los efectos se observan en toda la población, pues la guerra impulsa un proceso de deshumanización que empobrece las capacidades de pensar lucidamente; la voluntad y la capacidad de comunicarse con veracidad y eficacia, la sensibilidad ante el sufrimiento y el sentido solidario y la esperanza” (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015, 106).

Respecto a los trastornos mentales y del comportamiento en población víctima, el documento *Situación de la salud mental en Colombia, Análisis epidemiológico*, menciona que “los datos del registro único de víctimas (RUV), y la bodega de datos del Sistema Integral de Información de la Protección, (SISPRO) del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, consultado en abril 26 de 2016, señalan que de 2009 a 2014 “se atendieron 677.250 personas víctimas, por trastornos mentales y del comportamiento (CIE10 F00-F99), el 39,6% eran hombres, 59,9% mujeres, 0,06% pertenecientes a la comunidad de lesbianas, gays, bisexuales, personas transgénero e intersexuales (LGTBI) y el 0,63% no tenía definido el género. Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (CIE10:F40-48), con 198.746 personas atendidas (29,3%), seguido de los trastornos del humor ((CIE10: F30-39), con 153.892 personas atendidas (22,7%) y los trastornos del desarrollo psicológico (CIE10: F80-89) con 73.119 personas atendidas (10,8%). Hubo 23.514 (3,4%) personas que consultaron por diagnósticos relacionados con el abuso de alcohol y consumo de otras sustancias psicoactivas” (Ministerio de Salud y Prosperidad Social, 2016, 10)

Pensar el contexto colombiano implica por tanto, tener presente que por más de 50 años se ha desarrollado el conflicto armado y que esta no es la única problemática del país en términos de salud mental. Aunque los resultados de la Encuesta Nacional en Salud Mental (ENSM) realizada en 2015, evidencia un porcentaje de población afectada por el conflicto armado, la encuesta presenta a su vez, cifras relacionadas con otros tipos de violencia:

“En relación con experiencias relacionadas con la violencia que experimentan más frecuentemente los adultos (población mayor de 18 años) a nivel nacional son el desplazamiento forzoso. (...) el 18,7% (IC95%: 17,1-20,4) de la población adulta entre 18 y 44 años ha sufrido desplazamiento forzado por algún tipo de violencia (...) El 7,68% (IC95%: 6,93-8,51) de la población de 18 a 44 años y el 6,11% (IC95%: 5,38-6,93) de 45 en adelante han experimentado eventos consideren traumático de **violencia intrafamiliar**, y el 10,7% (IC95%: 9,8-11,6) de los de 18 a 44 años y el 10,4% (IC95%: 9,43-11,4) de 45 años en adelante reportan eventos de violencia organizada. El 21,0% (IC95%: 19,8-22,2) de las personas de 18 a 44 años y el 20,3% (IC95%: 19-21,6) de la población de 45 años en adelante

reportan haber experimentado algún tipo **de violencia en el ámbito escolar**, siendo en ambos casos mayor la frecuencia en hombres (...)el 4,0% (IC95%: 3,4-4,6) y el 4,7% (IC95%: 4,0- 5,4) de los adultos en cada grupo etario acepta la violencia como método para obtener respeto o mediar problemas” (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015, 120).

Frente a la depresión, la Encuesta señala que “los síntomas depresivos fueron el indicador más frecuente en todos los grupos de edad, seguidos de los síntomas de ansiedad y del algún tipo de psicosis. Los síntomas convulsivos tuvieron baja prevalencia. La encuesta reporta que los indicadores de epilepsia fueron imprecisos y por eso no se presentan y que el 75,1%(IC95%:57,7- 87) de los adultos entre los 18 y 44 años, con esta enfermedad, reciben tratamiento, el resto no” (Ministerio de Salud y Prosperidad Social, 2016, 15).

Respecto al consumo de alcohol, “las personas entre 18 y 44 años de edad hay variabilidad según las regiones, la población que presenta el mayor consumo excesivo de alcohol es la de Bogotá con un 31,2% (IC 95%: 27,7-35,0) de las personas, seguido de la región oriental 26% (IC 95%: 23,4-28,7), Atlántica 23,4% (IC 95%: 21,0-26,1), Central 16,6% (IC 95%: 14,2-19,3) y presentan la menor prevalencia de consumo excesivo son los de la región Pacífica con el 13,2% (IC 95%: 11,1-19,1) de ellas. Para consumo de riesgo-abuso de alcohol la prevalencia es alrededor de la mitad que la encontrada para consumo excesivo en todas las regiones. Este consumo de riesgo o abuso es más prevalente en Bogotá, en la que el 20,5% (IC 95%: 1,74-23,9) de la población tiene abuso de alcohol; seguidos de la región Oriental, con 13,9% (IC 95%: 12,0-16,2); la Atlántica, con 10,5% (IC 95%: 8,8-12,5); la Central, con 10,4% (IC 95%: 8,5-12,7), y la Pacífica, con la menor prevalencia, con 7,1% (IC 95%: 5,6-9,1)” (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015, 176).

A su vez, la encuesta pone de manifiesto otras problemáticas que afectan la salud mental de los colombianos, como los altos índices de depresión, el aumento en el consumo de alcohol y las sustancias psicoactivas, entre otros. Lo anterior refleja un panorama en el cual se encuentran factores que pueden potenciar o aumentar problemas de salud mental para la población.

Considerando las experiencias de otros países descritas en el capítulo anterior, es posible que luego de la firma de los acuerdos de paz, algunos de estos problemas se incrementen, entre ellos el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, las conductas suicidas, la legitimación de la violencia en ámbitos familiares, escolares y cotidianos, y la pérdida de valores culturales y ciudadanos, entre otros. Así mismo, puede surgir la validez de la justicia por mano propia y en

defensa propia (linchamientos), afianzando discursos justificatorios de mano dura contra quienes traspasen o trasgredan las normas. Por tanto, este panorama a largo plazo debe llamar la atención en el caso de un país que desea transitar de un periodo negativo (caracterizado por la vulneración de derechos humanos en un largo plazo) a un estado positivo en el cual se pueden desarrollar procesos de transformación de conflicto de manera pacífica y sin violencia.

Dado lo anterior, es importante tener presente que aunque algunos de los determinantes de la salud mental son individuales (capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, entre otros) los factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales también intervienen en la salud mental de los individuos y las comunidades. Por lo tanto, no debe olvidarse que el *sufrimiento psíquico*⁸ hace parte de la vivencia humana y se expresa a su vez en el ámbito social e individual.

4. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES EN EL MARCO DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD LUEGO DE LA FIRMA DE ACUERDOS DE PAZ

Considerando que la salud mental contribuye a todos los aspectos de la vida humana y es esencial para el bienestar de los individuos, familias y comunidades, a continuación se presentan tres enfoques a tener en cuenta en el desarrollo de las acciones en promoción de la salud mental, prevención y atención a problemas y trastornos mentales en un escenario posterior a los acuerdos.

Acción Sin Daño (ASD)

Como antecedente del enfoque de acción sin daño, puede situarse el enfoque de sensibilidad a los conflictos, desde el cual se evaluaron los impactos generados por las acciones humanitarias y la cooperación internacional en la década de los años noventa alrededor del

⁸De acuerdo a los planteamientos de Jean Furtos, psiquiatra francés, “sufrir no es una enfermedad si no una situación de la existencia de la cual nadie escapa; se sabe, al contrario, que la imposibilidad de sentir sufrimiento puede constituir una enfermedad, separando al ser humano de ser alterado por lo real, y ante todo por el otro, lo que impide tanto la subjetividad como el juicio de la realidad”. (Rodríguez A.,(comp.), 2007, página 24).

mundo. Así, se evidenció que muchas de las acciones emprendidas ocasionaron impactos negativos, contradiciendo el propósito con el que habían sido concebidas, pues además, agudizaron los conflictos existentes en los contextos abordados. Por su parte, la acción sin daño retoma elementos planteados desde la metodología del Do no Harm (DNH), la cual ha venido siendo trabajada por el equipo de la estadounidense Mary Anderson, del Collaborative for development action (Rodríguez A.L., 2011, 8).

El enfoque de acción sin daño interroga desde una perspectiva ética y a partir de las nociones de dignidad, autonomía y libertad, los impactos que ocasionan las intervenciones de las instituciones en las comunidades y las organizaciones; en consecuencia, desde este enfoque no sólo es importante analizar los fines alcanzados, sino los medios empleados para lograrlos, así como y los impactos ocasionados. Desde este enfoque, cobra particular importancia la pregunta por la interacción entre el contexto en el que se desarrolla la intervención, las características de las instituciones u organizaciones que intervienen y las acciones que emprenden.

Construcción de Paz

El concepto de construcción de paz se afianza y generaliza en el discurso y en la práctica, en los años noventa, tras la terminación de la Guerra Fría (Paladini, 2011). En palabras de Paladini, la construcción de paz tiene como objetivo “promover procesos transformadores de cambio constructivo, sustentados en diversas teorías de cambio, y que permitan en un contexto de alta conflictividad y/o conflicto armado, pasar de una situación negativa -crisis, vulneración de derechos, violencia-, a otra positiva -paz sostenible-, a través de procesos transformadores de conflictos” (página 24).

Siguiendo al mismo autor, la construcción de paz supone la interrelación entre factores como la seguridad, la política, el desarrollo, y los Derechos humanos, en la perspectiva de construir a largo plazo, una paz sostenible. En consecuencia, se pretende potenciar la capacidad de transformar los conflictos de manera proactiva y no violenta, menguando las dinámicas armadas e incentivando los cambios sociales desde lógicas constructivas. Así, la construcción de paz puede entenderse desde una mirada compleja, contemplándola no sólo como un resultado, sino como un proceso con objetivos a corto, mediano y largo plazo en donde intervienen factores externos e internos, es decir que están inmersos en el conflicto.

Cabe decir, que en nuestro país las reflexiones desde el enfoque de acción sin daño, han tendido no sólo a configurar una propuesta que busca evitar los daños causados en las

intervenciones, sino que promueve que dichas intervenciones institucionales tengan como derrotero de sus acciones la construcción de paz. En consecuencia, se pretende el fortalecimiento de las capacidades locales para la paz de los grupos con los que se trabaja, y la promoción de la paz en escenarios locales y comunitarios.(Universidad Nacional de Colombia, 2014, 17)

Derechos Humanos

Los derechos humanos entendidos como “postulados éticos, responden a valores y reglas morales y éticas exigibles a toda la sociedad” (Montealegre, 2011, 10) y se convierten en un marco de referencia desde donde se enmarcan y orientan las intervenciones de entidades y agentes nacionales e internacionales. Así, “los derechos humanos como estándares internacionales proponen, por una parte, objetivos, resultados específicos y niveles determinados de alcance de éstos –es decir, fines–; y por otra, determinadas formas, procesos y condiciones –es decir, medios– en materia de desarrollo y construcción de paz” (página 29).

Cabe destacar que si bien los desarrollos normativos reconocen a los Estados como los garantes principales de los derechos humanos, existen amplias discusiones que cuestionan la responsabilidad de actores no estatales, y la necesidad de promover con ellos, el carácter vinculante del cumplimiento de dichos derechos.

Es preciso mencionar que diversos autores enfatizan en que los derechos humanos juegan un papel primordial en la construcción de paz, y subrayan la importancia de la educación en derechos humanos, así como la promoción de su respeto y difusión. En consecuencia, “las políticas de educación en derechos humanos, la promoción de una cultura de derechos humanos y la educación para la democracia, entre otros; han servido como referente para la convivencia y han cualificado el debate sobre la justicia social y la construcción de paz en el país” (Montealegre, 2011, página 10).

4.1. La importancia de la atención en salud mental a población excombatiente y posibles acciones a desarrollar con esta población

Luego de la firma de los acuerdos de paz, la atención de la salud mental es en un elemento que recobra fundamental importancia. Es conocido que la guerra impacta no sólo a nivel individual sino el marco de las dinámicas y relaciones sociales. Desde la primera perspectiva, cabe mencionar que el impacto en los sujetos no es unívoco, por lo que depende de varios factores. Baró (1984), reconoce al menos tres variables, que permiten identificar las consecuencias diferenciales de la guerra en la salud mental: 1) La clase social a la que se pertenece, 2) La temporalidad, ya que los impactos de la guerra varían en el corto y largo plazo y 3) El nivel de involucramiento personal en el conflicto, es decir si se es población civil, o combatiente.

El estudio *Preparar el futuro: conflicto y post-conflicto en Colombia*, señala que uno de los temas estratégicos para la etapa que sigue a la firma de los acuerdos de paz, es la reintegración de excombatientes a la vida civil:

“Uno de los grandes retos de las sociedades post-conflicto atañe a la desmovilización y el desarme, así como la reintegración a la sociedad civil, de los combatientes de todos los bandos. Como lo indica la experiencia de otros países, el éxito de este proceso es en buena parte responsable de la sostenibilidad de las sociedades post-bélicas, pues donde ha fallado, los excombatientes han retomado las armas en señal de rebeldía, ocasionalmente han nutrido las nuevas olas delincuenciales, y, en general, han sufrido una marcada marginación política, que hace poco atractivo el post-conflicto como nuevo conjunto de reglas de juego. Por lo tanto, analizar las condiciones más favorables a una reinserción positiva –que incluya no sólo el desarme sino la verdadera reintegración de los combatientes a la vida civil, política y económica– se convierte en un gran reto (Rettberg y otros, 2002, 21)”.

Aunque es un gran reto para el país, es necesario tener en cuenta que el proceso de reintegración también está sujeto a los cambios que puedan trascender en términos económicos, políticos y sociales, los cuales no solo dependen de un actor o una institución, sino del conjunto de acciones y planes que desarrollen las instituciones estatales para lograr transformaciones que beneficien a la sociedad en general. A su vez, es importante resaltar que si bien, en el país se han creado leyes y diseñado programas para la atención y garantía de derechos a las víctimas del conflicto armado, **esto debe continuar y ser fortalecido durante y después de la firma de los acuerdos de paz, para lograr procesos que aporten a la sostenibilidad de los acuerdos.**

¿Por qué es importante trabajar una propuesta de salud mental que involucre a la población excombatiente?

Algunas experiencias y estudios sobre atención en salud mental se refieren en mayor medida a los efectos y planes de atención con víctimas de la población civil, sin embargo, ciertos estudios se refieren a temas relacionados con la salud mental de excombatientes, sobre todo a los pertenecientes a grupos armados ilegales. Los miembros de las fuerzas militares y veteranos de guerra también son objeto de intervención y análisis.

En múltiples contextos en los que se han implementado procesos de Desarme Desmovilización y Reintegración, “las patologías psiquiátricas más comunes de los excombatientes, como también los síntomas psicológicos provenientes de la guerra y sus malestares psicosociales, se han desconocido o ignorado por completo, ya que (...), la salud mental ha sido asimilada como un eje periférico de la salud física, cuyas consecuencias no son tomadas en cuenta con prudencia”⁹

Con el paso del tiempo, se ha reconocido la importancia que los procesos de desmovilización y reintegración contemplen otros ámbitos y componentes, como la salud mental, en aras de hacer frente a los complejos escenarios que pueden darse luego de la firma de los acuerdos de paz:

“Las experiencias en África en países como Sudáfrica, Angola, Mozambique y Zimbabue (Willett 1998) evidenciaron que las desmovilizaciones y la respectiva culminación del proceso deben ser planeadas para no sobrecargar a la comunidad receptora con una gran cantidad de excombatientes que, ante el pobre seguimiento psicosocial y carencia de programas de formación para el trabajo, se convierten en reclutas potenciales para el crimen organizado y

⁹ Sobre el tema de salud mental en excombatientes de las fuerzas militares pueden verse trabajos como: Garzón, J., Parra, A., Pineda, A. *El posconflicto en Colombia: coordinadas para la paz*. Tesis de pregrado, Facultad de Ciencias Jurídicas, Departamento de Derecho Procesal, Centro de Estudios de Criminología y Victimología, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, 2003; Jiménez, J. A., “Salud mental en el posconflicto colombiano”, En *Revista Criminalidad*, Volumen 51, Número 1, junio 2009, pp. 179-192. Bogotá, D. C., Colombia.

grupos de mercenarios que, en el caso de África, fueron catalizadores de conflictos en países vecinos” (Citado en Herrera y González, 2013, 293).

Martín Baró, psicólogo salvadoreño reconoce los impactos en los ex combatientes - aunque en particular se refiere a los soldados - recordando que la literatura sitúa como uno de los problemas fundamentales que los aqueja, lo que se ha denominado como “neurosis de guerra”, “cansancio de combate” y “reacción al estrés”. Cabe resaltar también problemas de readaptación a la vida civil, los cuales pueden agudizarse cuando el excombatiente presenta alguna situación de discapacidad a causa de la guerra. Estos elementos impactan no sólo la salud mental del individuo sino de su familia y la comunidad, por lo que se hace necesario atenderlos de manera prioritaria.

Aunque la anterior referencia alude a los soldados, es claro que guardando las respectivas salvedades, estas dificultades también se han evidenciado en ex combatientes de grupos armados ilegales. Existen estudios que registran condiciones presentes en excombatientes como la farmacodependencia y algunos trastornos psicóticos:

“El estrés postraumático existe en reinsertados de grupos paramilitares y guerrilla; pero está pobremente reconocido y diagnosticado, entre otros factores, por el sistema de creencias, tanto de los desmovilizados como de los observadores. Por otra parte, existen manifestaciones del estrés postraumático que no corresponden a la manifestación clínica presentada en otros grupos, en parte debido a estrategias de manejo de las manifestaciones psiquiátricas que han sido censuradas en los grupos armados irregulares...” (De la Espriella y Falla, 2009, 245).

En Colombia un antecedente próximo de trabajo con excombatientes es el programa de reintegración adelantado con miembros de las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC). Este programa estuvo liderado por la Agencia Colombiana para la Reintegración (ACR) desde donde se implementó un modelo de reintegración comunitaria. Tomando en cuenta algunos de los planteamientos del investigador de la Universidad del Sinú, Víctor Negrete Barrera (2006), sobre la experiencia de desmovilización de las AUC en 2005, se plantean algunas recomendaciones que pueden ser válidas para el proceso actual:

- Cada proceso de desmovilización y reintegración es diferente, por lo tanto es importante conocer los antecedentes y las realidades económicas, sociales y políticas en las que se desarrollan estos procesos, para fin de tener una mayor comprensión y atención.
- No dejar de lado el saber y las experiencias de otras disciplinas. Según Víctor Negrete, “por lo general han estado en manos de psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, expertos en valores y funcionarios gubernamentales” (Negrete, 2006,187). En este sentido, profesionales de otras áreas de conocimiento y disciplinas podrían aportar en estos procesos como los psicopedagogos, artistas, enfermeros, antropólogos, sociólogos. entre otros.
- Aunque, los programas de atención psicológica y social deben estar dirigidos a los agresores, las víctimas y las comunidades afectadas, es necesario tener en cuenta las relaciones existentes entre ellos y sus características particulares y generales.
- Los programas y acciones deben elaborarse y aplicarse con la participación de los distintos actores, de acuerdo con sus realidades, intereses y aspiraciones.
- El acompañamiento o la terapia psicológica (individual o colectiva) o consecución de obras o servicios básicos, por si solos no son suficientes para resolver los efectos causados por el conflicto armado. A la población víctima y a los excombatientes no se les puede poner en la disyuntiva de pacientes o receptores de asistencia humanitaria.
- Si a las comunidades situadas en zonas tradicionales de conflicto armado no le son atendidas sus necesidades básicas (salud, educación, agua potable, vías, entre otros) ni se les ayuda a restablecer la organización social, el trabajo, y las expresiones básicas de su cultura en un proceso de paz, es posible el surgimiento de otros grupos armados.

Las acciones a desarrollar con los excombatientes tendrán entonces como propósito incidir en el ámbito personal, familiar, comunitario, educativo y laboral con el objetivo de llevar a cabo un proceso de reintegración a la sociedad en un marco de legalidad. Dado lo anterior, es importante tener en cuenta que:

“Esta pretensión imprime retos muy significativos a la construcción de programas públicos, puesto que traer un excombatiente a la legalidad implica aspectos como, la reconstrucción de su proyecto de vida; el restablecimiento de valores, ideologías e

intereses; la readaptación a las condiciones de su entorno familiar y social; el abandono de su visión política armada subversiva y la recuperación de su confianza frente al Estado, entre otras condiciones individuales y colectivas que sólo pueden ser abordadas en tanto la oferta de beneficios entregados se ajuste a sus verdaderas necesidades y expectativas” (Mejía Gómez, 2014, 18).

Considerando que la salud mental está relacionada con el bienestar y que tras la firma de los acuerdos de paz es necesario abordar las necesidades y expectativas de las víctimas, los excombatientes y la sociedad en su conjunto, a continuación se sugieren algunas acciones que pueden llevarse a cabo con comunidades y excombatientes de grupos armados al margen de la ley, de cara al contexto actual que vive Colombia. Esto considerando en principio tres fases: Alistamiento, Acogida de excombatientes y Estabilización.

5. Fase de Alistamiento

5.1. Actividades a desarrollar con las comunidades en los territorios donde se instalarán Zonas Veredales Transitorias de Normalización y Campamentos

Las dinámicas sociales de cada contexto son particulares y diferentes, por lo tanto es necesario tenerlas en cuenta a la hora de planear y desarrollar procesos dirigidos a promover la construcción de paz. De acuerdo al documento Capacidades Locales para la Paz, “preparar el postconflicto implica diversas tareas. Una de las más urgentes es saber qué está pasando efectivamente en las regiones. En efecto, si no comprendemos detalladamente las dinámicas del conflicto, el modo en que los actores ilegales operan en los territorios, la relación entre el Estado y los ciudadanos, los mercados legales e ilegales, las expectativas de las comunidades y los recursos con los que se cuenta en lo institucional y comunitario, difícilmente podremos hacerles frente a los dilemas que nos planteará el postconflicto” (Fundación Ideas para la Paz, 2015, 10).

En este sentido, la participación de diferentes sectores de la población y la sociedad (víctimas, excombatientes, comunidades receptoras, entidades territoriales de nivel local, departamental y nacional) puede posibilitar acciones hacia la construcción de paz que influyan o impacten en el bienestar individual y colectivo de las comunidades afectadas por el conflicto armado interno. Dado lo anterior, es fundamental fortalecer las capacidades locales y la gestión territorial que puedan desarrollar las entidades territoriales.

Considerando las dinámicas del conflicto armado en Colombia, las particularidades de cada territorio y los puntos acordados en La Habana, es importante “repensar el Desarme,

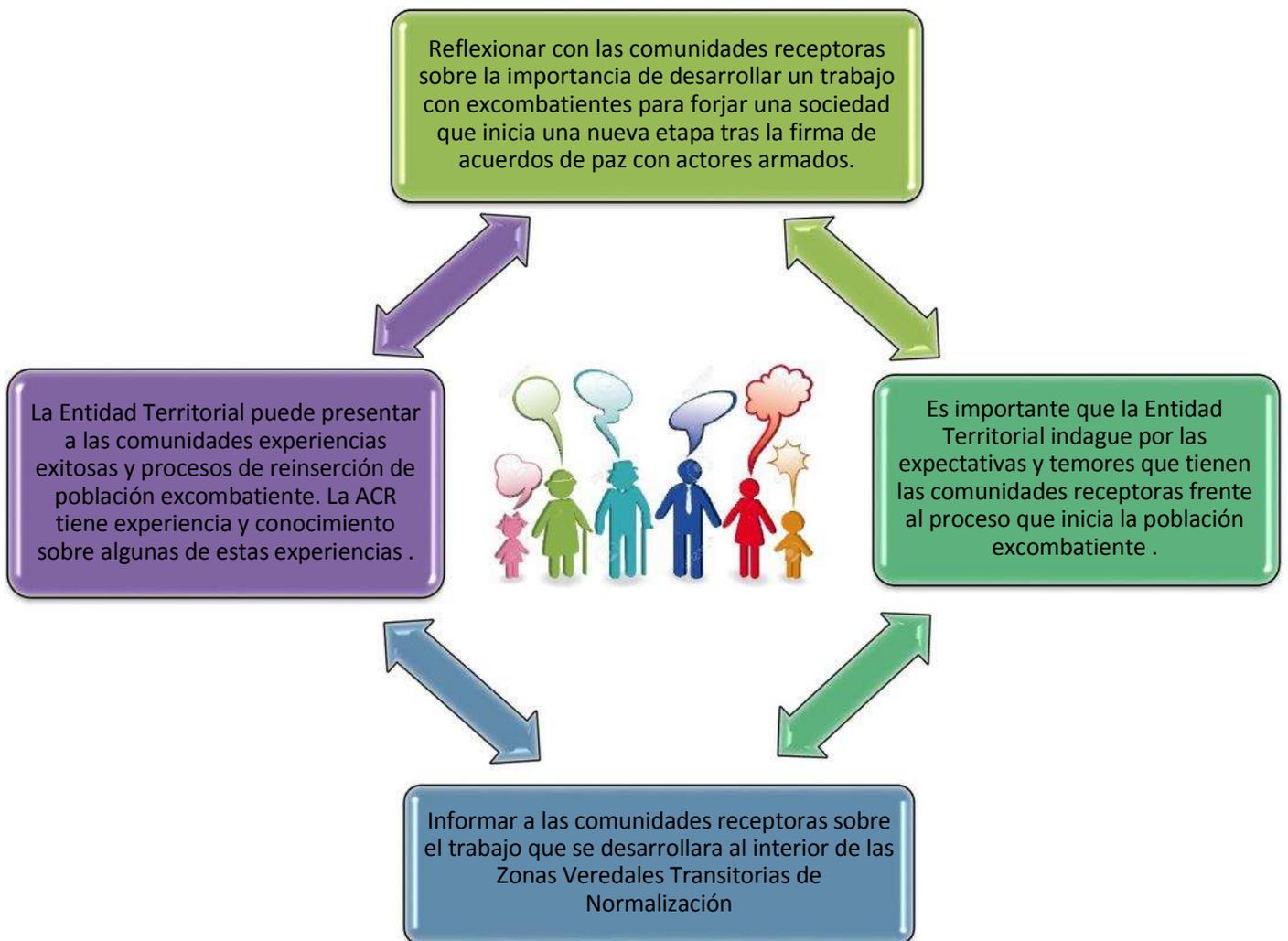
Desmovilización y Reinserción (DDR), despojándolo de su tinte tradicional y militarista, para ponerlo a conversar con la construcción de paz bajo un modelo que considere y ayude a mejorar las condiciones sociales, económicas y culturales de los territorios donde se lleva a cabo. Esto implica que tenga un enfoque más rural; que se diseñe desde abajo con participación de los excombatientes, sus familias y las comunidades receptoras, buscando maximizar sus habilidades y aptitudes; que busque generar procesos de reintegración amplia (desmovilizados, víctimas, comunidades), que empodere a las comunidades y convierta a los desmovilizados en verdaderos agentes de paz” (Álvarez y Pardo, 2016, 25).

Teniendo en cuenta que en diferentes regiones del país se instalaran Zonas Veredales Transitorias de Normalización para excombatientes, es importante que las entidades territoriales se preparen considerando que las acciones que se desarrollen al interior de estas zonas podrían generar impactos para la población y el territorio. Dado lo anterior, es clave que las intervenciones que adelanten las entidades territoriales tengan en cuenta el Enfoque de Acción sin Dario, así como la cotidianidad de las comunidades. Lo anterior con el objetivo de minimizar los impactos para la población. Como factores a tener en cuenta se pueden mencionar:

- Llegada de personas foráneas: periodistas, funcionarios estatales, miembros de organismos internacionales y equipos profesionales diversos, proveedores de alimentos, etc., quienes trabajarán en las zonas de ubicación y probablemente se instalarán en las poblaciones cercanas.

- En poblaciones tradicionalmente ocupadas por grupos guerrilleros, es recomendable desarrollar actividades destinadas a resignificar la relación que tiene la población con el grupo, generando independencia en su funcionamiento administrativo y comunitario.

A continuación se presentan algunas acciones que las entidades territoriales pueden desarrollar mediante grupos focales, foros, conversatorios, talleres, entre otros, con líderes de organizaciones de víctimas, organizaciones no gubernamentales y comunidad en general, en las zonas donde se desarrollarán campamentos de ubicación de excombatientes.

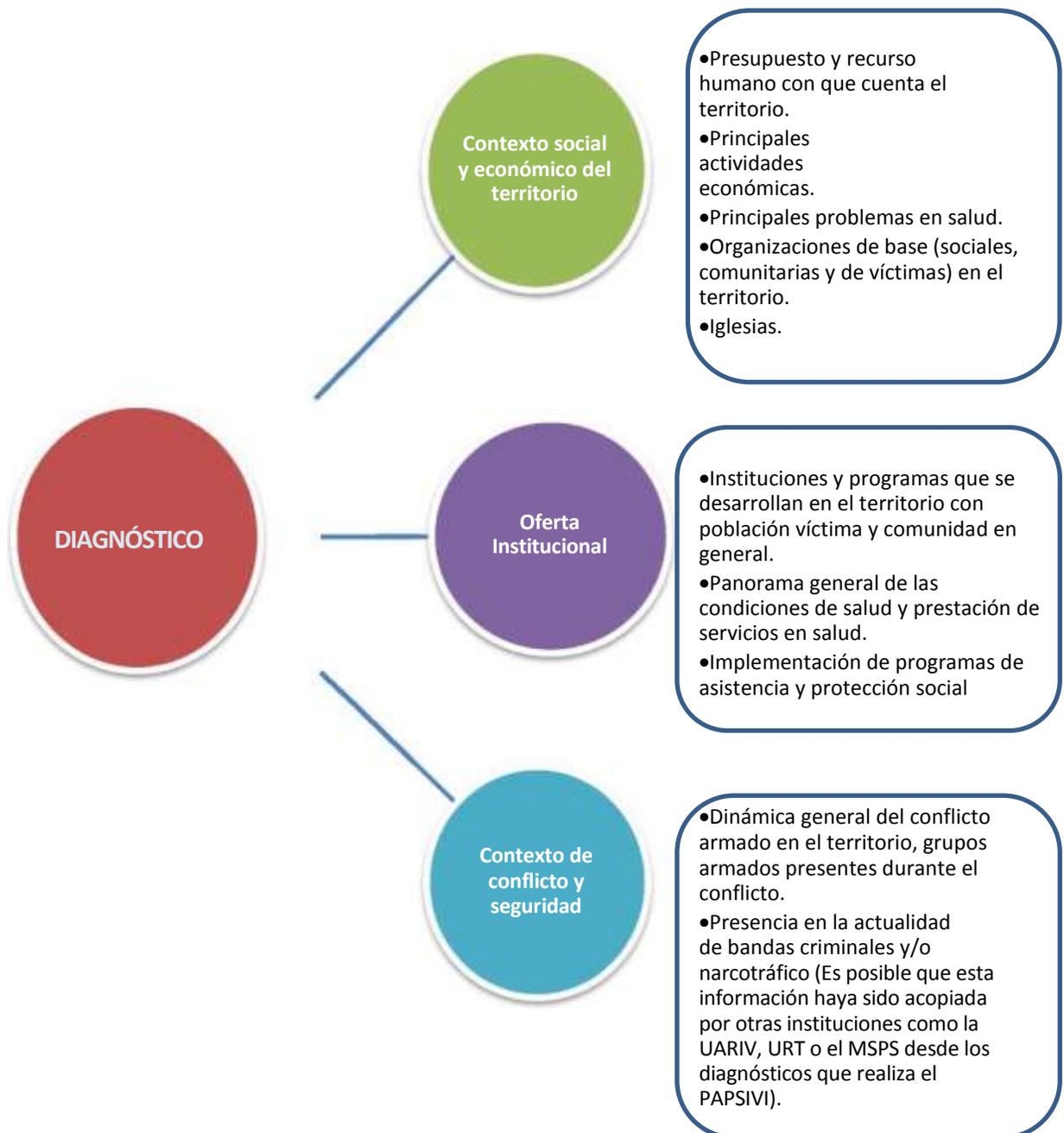


A nivel colectivo, Baró (1984) menciona los impactos en la salud mental de la población, partiendo de reconocer que la salud mental de un grupo depende del afianzamiento de la humanidad de sus integrantes en las relaciones colectivas. “No se trata de un funcionamiento satisfactorio del individuo; se trata de un carácter básico de las relaciones humanas que define las posibilidades de humanización que se abren para los miembros de cada sociedad y grupo. En términos más directos, la salud mental constituye una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos más que un estado individual, aunque esa dimensión se enraíce de manera diferente en el organismo de cada uno de los individuos involucrados en esas relaciones, produciendo diversas manifestaciones («síntomas») y estados («síndromes»)” (página 1).

Baró plantea que el problema de la salud mental debe ubicarse en el contexto histórico en donde cada individuo realiza su existencia, es decir en el entramado de relaciones sociales que construye a partir de su experiencia vital. Existe una concepción reduccionista del ser humano, al considerarlo como un organismo individual y no como un ser histórico determinado por las relaciones sociales que le permiten construir formas particulares de estar en el mundo. En consecuencia, en palabras de Baró, se trataría de ver la salud o el trastorno mental “no desde dentro afuera, sino de afuera adentro; no como la emanación de un funcionamiento individual interno, sino como la materialización en una persona o grupo del carácter humanizador o alienante de un entramado de relaciones históricas” (página 27). La precaución por supuesto es evitar caer en reducciones individuales o sociales para explicar el fenómeno.

Considerando que los diálogos de paz con el grupo Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) llevarán a que el país inicie otros procesos (comisiones de la verdad, procesos de reconciliación entre excombatientes y víctimas, entre otros) se hace necesario pensar la atención en salud mental para la población en general y en particular, para las personas que se reintegrarán a la vida civil, sin descuidar la atención psicosocial que vienen recibiendo las víctimas, la cual debe reforzarse durante esta etapa de post acuerdo.

Teniendo en cuenta lo anterior “es necesaria la identificación y el fortalecimiento de las redes de agentes locales comunitarios para promover acciones que articulen resultados orientados al desarrollo humano, el ejercicio de derechos, la participación ciudadana y el despliegue de recursos de la comunidad. Reconociendo las diferentes acciones y propuestas existentes se facilita que la comunidad tenga una mejor comprensión y percepción de sí misma y sus capacidades” (Grupo de Trabajo de Salud Mental, 2006, 33). Por lo tanto, esta fase implica llevar a cabo un *diagnóstico* o caracterización de los municipios de retorno para conocer:



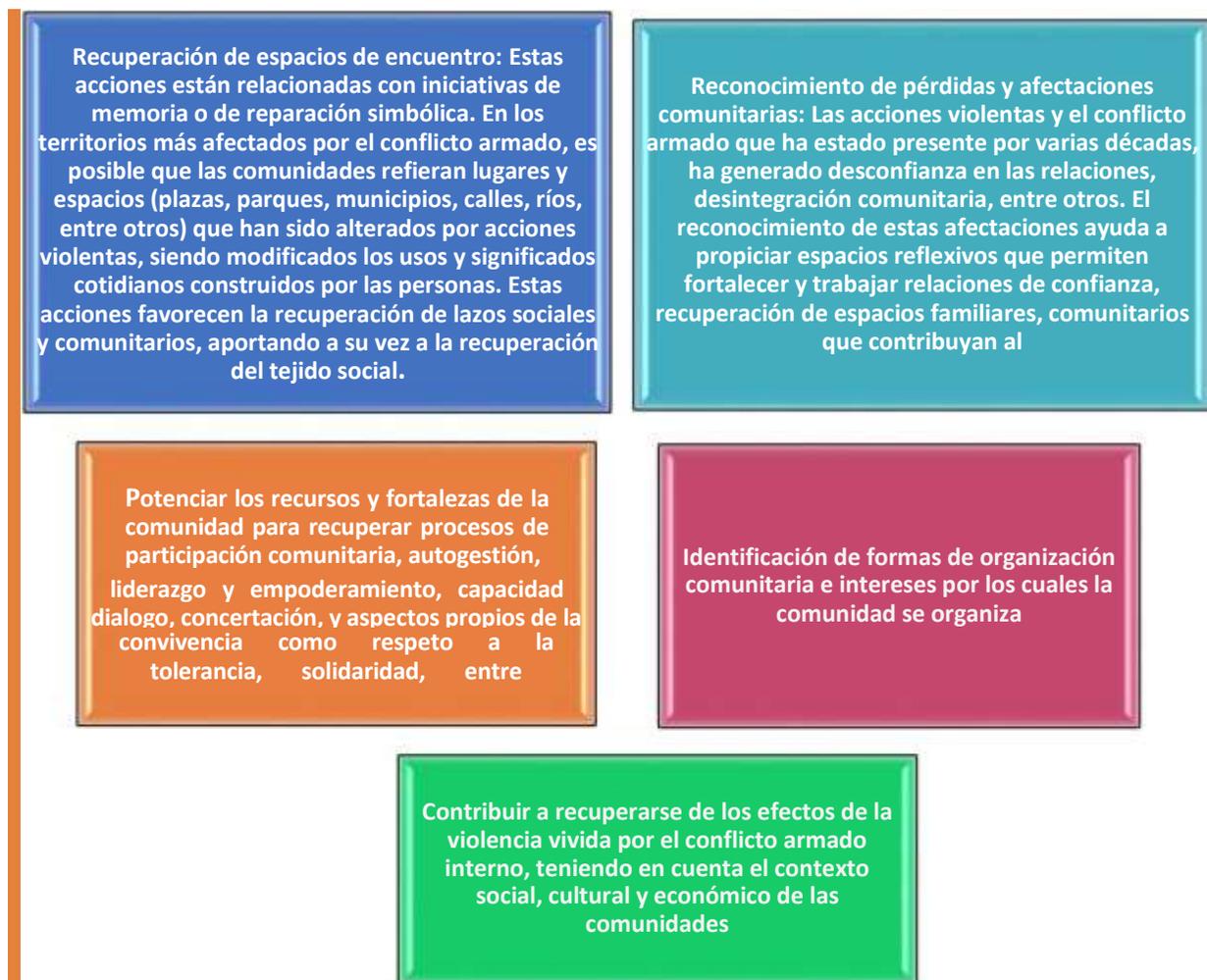
A su vez, es importante identificar los recursos comunitarios para facilitar la reintegración de los excombatientes. Se sugiere para ello facilitar espacios grupales y trabajar con líderes de organizaciones de base, comunidad en general y actores institucionales en torno a:

| ACCIONES | TALENTO HUMANO | RESPONSABLES | MARCO NORMATIVO |
|--|---|---------------------|---|
| <p>Facilitar espacios grupales y comunitarios para potenciar recursos de la comunidad que contribuyan a procesos de reconstrucción de tejido social. Es necesario favorecer la organización comunitaria y la participación de la población como entes activos y no sólo como receptores pasivos de ayuda; o sea, convertir a la gente en protagonistas de su propia recuperación y la de otros.</p> | Psicólogos comunitarios, trabajadores sociales, antropólogos, sociólogos, psicopedagogos, artistas, gestores locales o comunitarios | Entidad Territorial | Resolución 518 DE 2015: Plan de Salud Pública de Intervenciones colectivas (PIC), con especial énfasis en los componentes de la tecnología Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en Salud Mental ¹⁰ |
| <p>Promover procesos de capacitación¹¹ para actores comunitarios e institucionales sobre los procesos, normatividad o reglamentación que puedan derivarse tras la firma de acuerdos de paz.</p> | | | |

¹⁰ Consultar Lineamientos Nacionales para la implementación Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en Salud Mental y su ABCÉ

¹¹ Los procesos de capacitación favorecen que actores comunitarios adquieran mayor protagonismo en la intervención. En la medida que las comunidades se apropien de las propuestas que desarrollen diferentes sectores, en particular el sector salud, los procesos pueden tener mayor sostenibilidad.

Las acciones y actividades grupales se orientan a:



Los recursos de regalías y recursos propios de la Entidad Territorial, pueden financiar de manera complementaria las actividades descritas. A su vez, pueden llevarse a cabo acciones que complementen las expuestas anteriormente.

Teniendo en cuenta que la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) es “una estrategia para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias. Esto implica **la acción coordinada de actores sectoriales e inter-sectoriales en la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en su aparición y desenlace**, originadas en los individuos, los colectivos y en el entorno donde viven, estudian, trabajan o se recrean; la clasificación de las personas según se vean afectadas por estas circunstancias y condiciones, así como el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas” (Ministerio de Salud y Promoción Social, 2016, 42). Por lo tanto, las acciones descritas deben llevarse a cabo a través de la coordinación intersectorial, incluyendo a Unidad de Víctimas, la Alta Consejería para el Postconflicto, la Agencia para la Reintegración (ACR), entre otros, con el fin de reducir los impactos que el proceso de desmovilización puede generar en la población y las comunidades en las cuales se desarrollaran zonas veredales transitorias de normalización. Estas acciones tendrán que implementarse en los diferentes entornos de vida (familia/hogar y comunitario) con el objetivo de promover y contribuir al bienestar colectivo en los territorios y considerando a su vez, los procesos que se derivan de la firma de acuerdos de paz con grupos organizados al margen de la ley.

Por último, es necesario que en el marco de esta fase, se preparen equipos de profesionales que puedan abordar el tema de prevención y agotamiento emocional,¹² con los profesionales que desarrollaran las acciones de atención en estas zonas con la población excombatiente y las comunidades receptoras. Lo anterior es de vital importancia, ya que los efectos emocionales de la atención en salud mental, en el marco de escenarios de pos-acuerdos de paz, así como la exigencia social y laboral, pueden generar fatiga o agotamiento en los profesionales, lo cual puede incidir y alterar el trabajo que se quiere realizar.

¹²El agotamiento emocional o síndrome de Burnout, es un concepto diferente al de estrés laboral. Aunque no se considera una enfermedad, es un problema laboral frecuente que puede alterar el trabajo, manifestándose de diferentes formas: sensación de no contar con recursos emocionales para superar el malestar o continuar con el trabajo; distanciamiento del profesional respecto a las personas con quienes trabaja; y despersonalización en la atención, la cual puede expresarse en sentimientos o conductas cínicas respecto a otras personas. Estas conductas pueden estar asociadas a una experiencia emocional de rechazo por parte del profesional hacia las personas a quienes orienta su atención o labor. Los síntomas del síndrome de Burnout pueden ser físicos y psicológicos, entre ellos se encuentran: cansancio físico, hipertensión, dolores de cabeza, insomnio, depresión, ansiedad, bajo rendimiento, incremento de adicciones, culpa, desilusión, auto concepto negativo o actitud negativa hacia el trabajo, entre otros.

5.2. Fase de acogida de excombatientes en Zonas Veredales Transitorias de Normalización

Para el desarrollo de esta etapa se dispondrá de algunas zonas veredales transitorias de normalización, las cuales han sido acordadas entre el gobierno y los miembros de los grupos armados. Estas zonas de ubicación tendrán un tiempo de duración de 6 meses. Teniendo en cuenta que el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) tardará cerca de dos meses, y que al finalizar el mismo, los excombatientes continuarán en las zonas veredales transitorias, es posible que éstas no coincidan con sus municipios de residencia final. Por tanto, se considera en principio no afiliarse a la población inmediatamente se inicien estas zonas, porque es factible que al culminar las mismas, los excombatientes cambien de lugar de residencia.

Podría asumirse que dada la extensión de la estadía en las zonas de ubicación, terminarán por ser el lugar de residencia. No obstante, si el número de guerrilleros concentrados supera el 50% de la población afiliada en el municipio, las EPS locales no estarán en capacidad financiera ni operativa para asumir la atención en salud de este grupo, por lo que los mecanismos habituales resultarían insuficientes. En este caso, idealmente, se mantendría una oferta de servicios especial por fuera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para las zonas veredales transitorias de normalización y tan sólo en los meses finales cuando ya se tenga definido el lugar de residencia de los excombatientes, se procede a la afiliación al sistema en el municipio de residencia¹³. Por ello durante este periodo, la atención en salud para los excombatientes requiere de recursos adicionales de la Nación.

Una de las primeras acciones que debe llevarse a cabo en el momento que se inician las zonas veredales transitorias de normalización, es **la valoración médica integral**, que incluya la esfera física y mental (incluidas las necesidades psicosociales), a fin de identificar los casos que requieran atención especializada y la respectiva remisión a los especialistas. Teniendo en cuenta que es normal que se presenten condiciones de ansiedad y confusión propias del proceso, deben ser canalizados sólo los casos de urgencia psiquiátrica o que requieran medicamentos de forma inmediata.

¹³ Se mantienen las dos opciones: el desmovilizado escoge la EPS a través de la entidad territorial y el MSPS asigna al azar la afiliación.

5.2.1. Actividades Individuales con población excombatiente

En el marco de la ruta de atención en salud, las intervenciones a población excombatiente deben tener en cuenta que:

“Desarmar la mente es, con frecuencia, un reto complejo y a largo plazo. En la medida en que todo conflicto provoca heridas psicológicas que, aunque menos visibles pueden ser incluso más graves que las físicas, es necesario también prestar atención a dichas necesidades. Trabajar la reintegración psicológica de los excombatientes -y de las comunidades de acogida-, de manera culturalmente apropiada, implica intentar superar la mentalidad y el comportamiento desarrollados durante el conflicto, paso fundamental para la consecución de una paz duradera” (Tomado de “Los procesos de desarme, desmovilización y reintegración de excombatientes desde la perspectiva de género”, en

http://publ.hegoa.efaber.net/assets/pdfs/296/Cuaderno_de_trabajo_Hegoa_58.pdf?1378369000)

Las acciones individuales son acciones importantes al iniciar la etapa de acogida en zonas de ubicación. De acuerdo al médico psiquiatra, Carlos Gómez Restrepo (2006), es necesario “atender manifestaciones psíquicas de la violencia que se dan en las personas que sufren situaciones de violencia de manera directa o en las personas que lo acompañan (Quirk y Casco, 1994)” (página 75). Algunas de las manifestaciones que pueden presentarse en la población excombatiente son:

- ▶ Trastornos o síntomas depresivos ansiosos
- ▶ Trastorno de estrés postraumático
- ▶ Afecciones psicosomáticas (cefaleas, lumbagos, trastornos digestivos, entre otros)
- ▶ Ideación y comportamiento suicida
- ▶ Abuso de alcohol y *sustancias psicoactivas*¹⁴

¹⁴ Frente al consumo de sustancias psicoactivas, el artículo: *Las FARC y el campesinado cultivador de plantas ilícitas: dilemas, ideología y decisiones*, señala que este grupo no tolera el consumo de drogas psicoactivas. A sus miembros solo les es permitido el consumo de tabaco y alcohol: “En el pasado ha habido reportes de casos en los que las FARC ejecutaron a algunos de sus miembros por usar cocaína...”. Artículo consultado en <http://www.razonpublica.com/index.php/conflicto-drogas-y-paz-temas-30/7306-las-farc-y-el-campesinado-cultivador-de-plantas-il%C3%ADcitas-dilemas,-ideolog%C3%ADa-y-decisiones.html>

- ▶ Comportamientos antisociales
- ▶ Trastornos del sueño Síntomas disociativos o conversivos
- ▶ Problemas de ansiedad

Reconociendo que es necesario atender las necesidades en salud mental de la población excombatiente y preparar al individuo para iniciar una nueva etapa (reinserción), esta propuesta considera actividades individuales como:

| ACCIONES | TALENTO HUMANO | RESPONSABLES | MARCO NORMATIVO |
|---|---|---------------------------|---|
| Caracterización psicosocial con el objetivo de orientar el desarrollo de sus proyectos de vida en el posible lugar de residencia, según las características propias y la oferta institucional. ¹⁵ | Médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, auxiliares en salud | Entidad Territorial, EAPB | Ley 715 de 2001, Resolución 518 de 2015, Resolución 1536 de 2015. Resolución 6408 de 2016. |
| Evaluación médica general , que incluya la esfera mental. | Médicos | | Resolución 6408 de 2016. |
| Evaluación psicológica (Tres meses después de iniciadas las zonas veredales transitorias de normalización). | Psicólogos clínicos | | |
| Remitir o derivar a psiquiatría , con base en los resultados de la evaluación específica en salud | | | |

¹⁵ Es importante que la *caracterización psicosocial* contemple aspectos como: historia familiar, historia dentro del grupo armado, redes o tipo de apoyo familiar y social que pueda tener el excombatiente, actividad económica antes de entrar al grupo, si vivía en un entorno rural o urbano, necesidades educativas, afecciones psicosomáticas, enfermedades crónicas, pertenencia a comunidad étnica, religiosa y expectativas sobre el proceso.

| | | | |
|---|-------------------|------------|---------------------------------|
| <p>mental, derivar a evaluación por médico MHGAP o especialista (Si aún no se ha realizado la afiliación al sistema de salud, deberá garantizarse la disposición de psicólogos clínicos en zonas de ubicación, con este fin).</p> | <p>Médicos</p> | <p>EPS</p> | <p>Resolución 6408 de 2016.</p> |
| <p>Atención psicológica individual por demanda y consejería grupal para quienes deseen profundizar algunos temas o soliciten el apoyo.</p> | <p>Psicólogos</p> | | |

Recomendaciones:

- ✚ Dentro de la caracterización psicosocial, es recomendable indagar por los rangos y roles dentro de la organización armada¹⁶, los motivos para ingresar al grupo (motivaciones materiales o psicológicas) y el tiempo de permanencia en el grupo.
- ✚ Una de las recomendaciones en el marco de este proceso, realizada por la Fundación Ideas para la Paz (2014), y que vale la pena considerar, es que “los factores psicológicos tienen importantes efectos sobre la reincidencia.(...) Enfocarse directamente en el estrés postraumático, la depresión, la entrada al grupo armado por motivaciones psicológicas y la

¹⁶ Los rangos y roles dentro de la organización podrían ayudar a determinar el grado de exposición al combate directo, así como las conductas de censura (faltas y delitos dentro del grupo) que fueron controladas bajo el cuerpo normativo del grupo, entre ellas: el consumo de cocaína, castigos y restricciones. Por otra parte, la investigación *La reintegración social y económica de los grupos armados ilegales en Colombia: reflexiones a partir de la trayectoria de nueve excombatientes*, señala que “en el caso colombiano, las variables como la organización armada de la cual proviene el desmovilizado, -FARC, ELN, AUC-, el tipo de desmovilización y otros elementos característicos de las historias de vida de los excombatientes en el marco del conflicto armado, no son contempladas en la planificación de procesos de desmovilización”.

alta exposición a la violencia puede ayudar a mejorar la atención psicológica, y en ese sentido disminuir la probabilidad de reincidencia de los excombatientes” (página 11)

- ✚ Teniendo en cuenta que la Agencia para la Reintegración (ACR) ha desarrollado algunos instrumentos con base en su experiencia, podría hacerse una revisión de dichos instrumentos con el propósito de aplicarlos o adaptarlos para este nuevo proceso. Lo anterior, considerando que estos instrumentos ya se encuentran validados y recogen la experiencia de la ACR en torno a procesos de inserción de desmovilizados.
- ✚ Para llevar a cabo sesiones de consejería individual y grupal, se requiere un espacio más pequeño que genere privacidad, tranquilidad y permita la escucha activa. A su vez, los profesionales que acompañan el proceso deben identificar necesidades de acercamiento con las personas permitir y estimular la libre expresión de sentimientos. En este sentido, es necesario que el profesional posea alto nivel ético y de confidencialidad, disposición para trabajar en este espacio, apertura al diálogo y habilidades de comunicación como la empatía, la calidez humana y la escucha activa y reflexiva.
- ✚ Es aconsejable que los profesionales que estén en las zonas veredales transitorias de normalización, hayan sido previamente formados o conozcan sobre temas relacionados con conflicto armado y vida militar dentro de un grupo alzado en armas.

5.2.2. *Actividades grupales¹⁷ con población excombatiente*

Estas actividades buscan facilitar la expresión libre de emociones y sentimientos, destinada a **iniciar procesos de:**

- ▶ Identificación y abordaje de temores y expectativas frente al proceso de desmovilización y posterior reintegración a la vida civil.
- ▶ Manejo de las emociones (recuerdos recurrentes que generan angustia, miedo, tristeza, rabia, dolor, culpa).
- ▶ Resignificación de pérdidas y ganancias con relación a la dejación de las armas.

¹⁷ En este marco de acciones se sugiere el uso de metodologías grupales, artísticas, lúdicas reflexivas y participativas que faciliten la construcción de conocimiento y favorezcan la integración de los excombatientes.

- ▶ Resignificación de su rol político (su desarrollo en la legalidad como miembros de una comunidad).
- ▶ Reflexión frente a los significados de la reconciliación (¿Cuáles son los aportes que puede hacer la población desmovilizada en el marco de la reconciliación?).
- ▶ Reconstrucción de la identidad como individuos y como ciudadanos.
Reconstrucción del proyecto de vida con énfasis en el corto y mediano plazo.
Identificación de posibles líderes para posteriores procesos de formación como “gestores de salud mental”.

Por otra parte, estos procesos pretenden:



Teniendo en cuenta el perfil de ilegalidad de la población excombatiente, que ha transgredido las normas, “existe la necesidad de complementar la política de atención de esta población, desde una respuesta psicosocial que esté centrada en el desarrollo de competencias sociales efectivas, para facilitarles la comprensión de la relación entre sus comportamientos y las consecuencias que éstos tienen para sí mismos y para otros. Por esto, es recomendable que los programas de respuesta psicosocial a la población en situación de reintegración: 1) Promuevan el fortalecimiento de las competencias sociales efectivas, 2) Fortalezcan las capacidades de ajuste al contexto social y la civildad y 3) Desarrollen estrategias que disminuyan las probabilidades de reincidencia”. (Organización Internacional para las Migraciones, 2012, 28).

A continuación se proponen algunas actividades grupales para desarrollar en la Fase de Acogida de excombatientes en las Zonas Veredales Transitorias de Normalización:

| <i>ACCIONES</i> | <i>TALENTO HUMANO</i> | <i>RESPONSABLES</i> | <i>MARCO NORMATIVO</i> |
|---|--|----------------------------|--|
| <p>Generación de capacidades para identificar e intervenir situaciones de salud mental en los excombatientes: Supone un proceso previo de actividades grupales de sensibilización en salud mental e identificación de líderes para formarse como gestores en salud mental, con competencias para identificar casos, hacer intervenciones breves, primeros auxilios emocionales, actividades grupales de consejería, liderar grupos de ayuda mutua, entre otros.</p> | <p>Psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros</p> | <p>ENTIDAD TERRITORIAL</p> | <p>Resolución 518 DE 2015: Plan de Salud Pública de Intervenciones colectivas (PIC), con especial énfasis en los componentes de la tecnología Rehabilitación Basada en</p> |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--|
| <p>Conformación de grupos de apoyo y de ayuda mutua. A partir del desarrollo de las actividades grupales y la evaluación psicológica, promover la conformación de grupos de ayuda mutua, inicialmente dirigidos por un psicólogo o trabajador social entrenado para esto. El profesional irá formando a los miembros que se destaquen por su motivación y sensibilidad para asumir el liderazgo de estos grupos, según temas de interés.</p> | <p>Psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, gestores en salud mental</p> | <p>ENTIDAD TERRITORIAL</p> | <p>Comunidad (RBC) en Salud Mental ¹⁸</p> |
| <p>Metodologías grupales. A través de metodologías grupales y participativas se busca apoyar a los excombatientes en su preparación para asimilar la transformación, los cambios de vida y la incorporación a la vida civil. Se sugiere desarrollar en el marco de estos espacios acciones relacionadas con la visión retrospectiva y prospectiva. En el primer caso (retrospectiva), se sugiere trabajarlo en grupos</p> | <p>Trabajadores sociales, enfermeros, promotores de salud (Pedagogos, sociólogos, antropólogos, artistas, psicopedagogos)</p> | <p>ENTIDAD TERRITORIAL</p> | |

¹⁸ Consultar Lineamientos Nacionales para la implementación Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en Salud Mental y su ABCÉ

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>pequeños para que cada persona pueda expresarse frente a recuerdos alegres y dolorosos del pasado. Esta experiencia puede recogerse a través de la construcción de objetos, realización de dibujos, esculturas, entre otros. La visión prospectiva puede ser trabajada a través de dinámicas en grupos grandes con el objetivo de trabajar la visión de futuro y proyecto de vida de los excombatientes. Por otra parte, es importante trabajar la despedida y separación del grupo, así como de la vida al interior del mismo.</p> | | | |
|--|--|--|--|

Las actividades grupales se realizan en grupos de máximo 30 personas con una duración mínima de dos (2) horas cada una y requieren de un espacio cómodo que no necesariamente debe ser cerrado, pero si debe contar con condiciones que permitan el diálogo y la confianza entre los participantes. Es importante tener en cuenta que las actividades grupales pueden activar una *demanda individual* de atención, que requiera una actividad de consejería u orientación. Por lo tanto, para quienes deseen profundizar algunos temas o soliciten el apoyo de manera individual, después de haber desarrollado alguna de las actividades grupales, es necesario disponer de un espacio con cierta privacidad. Así mismo, los profesionales entrenados (psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, psicopedagogos, antropólogos, entre otros) y los gestores en salud mental, identificarán en el marco de estas actividades a quienes puedan requerir una atención especializada o una consejería individual.

Recomendaciones:

- ✚ Trabajar técnicas de expresión de emociones y sentimientos desde el arte, puede facilitar el afloramiento de los mismos. A su vez, estas técnicas pueden ayudar a trabajar y resignificar las pérdidas en cuanto a la dejación de armas y la vida cotidiana dentro del grupo armado. Estas acciones deben contar con profesionales formados y con experiencia en este tipo de trabajo y manejo de grupos.
- ✚ Los procesos de reconciliación y perdón pueden generar impacto en la población víctima y en la sociedad en general. Es importante que los excombatientes puedan reflexionar en torno a sus acciones con el objetivo de que los actos de perdón que se realicen durante o después de la fase de acogida, no generen revictimización en las víctimas del conflicto o discursos justificatorios de los hechos victimizantes es perpetuados por los diferentes actores que han hecho parte del conflicto armado en el país.
- ✚ Teniendo en cuenta el estudio realizado por Vallejo y Zamudio (2009) sobre *Estrés Postraumático y Psicoterapia de Grupo en Militares*, se considera que trabajar la expresión de sentimientos y emociones a través de la reconstrucción y elaboración de la historia traumática puede ayudar a desarrollar nuevas formas de relación en los excombatientes. Así mismo, mantener presente que si el proceso psicológico termina, esta no es razón para que se dejen de aplicar a la vida las recomendaciones realizadas por el profesional durante el proceso.
- ✚ Es recomendable al iniciar la fase de acogida, llevar a cabo acciones que marquen el inicio de una nueva etapa. La Corporación VINCULOS, organización no gubernamental que ha trabajado con niños y jóvenes desvinculados de grupos armados, sugiere la realización de *rituales terapéuticos*, los cuales se consideran como “actos de producción de significado que marcan el cambio de un estado a otro. (...) Los rituales son momentos donde son posibles las paradojas, porque la emotividad está inscrita en un símbolo y porque el individuo se fortalece en un “saber colectivo” que les provee sentido; a su vez, “son una oportunidad para resignificar experiencias de vida y desde allí comenzar una versión distinta de la identidad”. De acuerdo a esta organización, “es necesario recordar que algunos de los/as jóvenes que se han desvinculado de los grupos armados han participado en algunos actos rituales de adhesión a grupos armados, (...) los grupos armados han desplegado una serie de símbolos para ratificar el poder y la adhesión de sus miembros. En este sentido, podemos decir que los rituales terapéuticos podrían ser muy útiles para

realizar cierres sobre aspectos desplegados en la vida armada, como la culpa y el cambio del nombre” (Galindo Riveros y otros, 2004, 40).

Es importante que la propuesta de intervención y acompañamiento a esta población “parta del reconocimiento de las necesidades y características principales de los excombatientes; dicho de otro modo, es determinante partir de la comprensión de los perfiles de quienes serán los principales beneficiarios de la Política Pública de Reintegración, tal y como es referido en parte de la literatura, en donde se enfatizan aspectos como la importancia de realizar un balance previo del perfil de los beneficiarios (origen socio-económico, formación escolar y aspiraciones laborales) es requerido por la reinserción para formular y poner en práctica programas apropiados que constan de ayudas pecuniarias, profesionales y psico-médicas, entre otras dimensiones” (Mejía Gómez, 2014, 12).

Para complementar las actividades antes descritas, desarrollar otras actividades grupales destinadas al fortalecimiento de capacidades de afrontamiento, las cuales buscan generar **competencias personales y sociales** para enfrentar los retos de la vida diaria y mantener interacciones saludables con las demás personas en diferentes contextos y entornos. Estas actividades están relacionadas básicamente con los siguientes aspectos:



Al finalizar el periodo en las Zonas de Ubicación, es necesario llevar a cabo una **evaluación psicológica** a cargo de psicólogos clínicos. Con base en los resultados, si es el caso, derivar a evaluación por psiquiatría o psicología clínica a cargo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) seleccionada y construir los planes de seguimiento y atención psicosocial en los lugares de residencia permanente.

5.3. Fase de Estabilización de población excombatiente

5.3.1 Actividades a desarrollar con las comunidades en lugares de residencia permanente de los excombatientes

Es importante tener en cuenta que “además del daño físico, los conflictos dejan profundas huellas en las relaciones sociales y en los individuos. A pesar de que la violencia política termine, la violencia interpersonal puede continuar e incluso empeorar como ha ocurrido en El Salvador, Guatemala y Sudáfrica. Los odios, resentimientos acumulados, deseos de venganza y la desconfianza generalizada pueden obrar en contravía de la construcción de los lazos sociales necesarios. Por otro lado, los traumas psicosociales, si no son trabajados, pueden afectar el funcionamiento normal, las relaciones e inclusive el sentido de vida de las personas. Por esta razón, en un período post-conflicto es fundamental trabajar por sanar las heridas y fomentar una cultura del perdón y la reconciliación a través de procesos terapéuticos, artísticos, educativos y comunitarios” (Rettberg, 2002, 30).

| ACCIONES | TALENTO HUMANO | RESPONSABLES | MARCO NORMATIVO |
|---|--|--|--------------------------------|
| <p>Facilitar espacios grupales y comunitarios para trabajar temas relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación y deconstrucción de imaginarios y expectativas frente a la llegada de la población excombatiente dentro de la comunidad | <p>Psicólogos comunitarios, trabajadores sociales, antropólogos, sociólogos,</p> | <p>Entidad Territorial en coordinación con Unidad de</p> | <p>Resolución 518 DE 2015:</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de casos que puedan requerir una ayuda especializada. • Trabajo con grupos de reflexión y apoyo. • Manejo de herramientas y estrategias para el cuidado emocional de los gestores en salud mental (autocuidado). | | | |
| Estrategias y proyectos artísticos encaminados a generar formas de expresión orientadas a fortalecer los procesos de reconciliación y reducción del estigma hacia la población excombatiente. | Trabajadores sociales, psicólogos, artistas psicopedagogos. | | |

Recomendaciones:

-  Respecto a los espacios grupales, comunitarios y las acciones tendientes a trabajar temas como reconciliación y resolución de conflictos, podrían desarrollarse mediante **prácticas restaurativas**, cuyo objetivo es “desarrollar una comunidad y manejar el conflicto y las tensiones reparando el daño y forjando relaciones. Este enunciado identifica dos tipos de enfoques, uno proactivo (forjar relaciones y desarrollar una comunidad) y otro reactivo (reparar el daño y restaurar las relaciones)” (Watchel, 2013, 5). Según el Instituto Internacional de Practicas Restaurativas (IIRP), los procesos (formales e informales) que puede desarrollarse desde estas prácticas promueven lazos emocionales y expresiones de afecto que permiten restaurar y forjar relaciones.
-  La Terapia Comunitaria Integrativa, es una técnica que puede facilitar el desarrollo de algunos de los temas sugeridos en el marco de espacios grupales y comunitarios. Esta técnica fue desarrollada por el psiquiatra brasileiro Adalberto de Paula Barreto y se

encuentra avalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Periódico El Espectador, 23 de abril de 2013). Se fundamenta en la promoción de encuentros comunitarios en los cuales se comparten experiencias de vida. Tiene como objetivo “valorizar las historias de vida de los participantes, el rescate de la identidad, la recuperación de la autoestima y de confianza en sí mismo, la ampliación de la percepción de los problemas y las posibilidades de resolución a partir de las competencias locales entendidas como saberes populares histórico-socialmente construidos. Tiene como base de sustentación el estímulo hacia la construcción de vínculos solidarios y la promoción de la vida. (...) Éste dispositivo psicosocial es propuesto para ser desarrollado tanto por profesionales como por no profesionales (promotores de salud, líderes comunitarios, docentes, etc.) ya que solo son abordadas las diferentes formas de sufrimiento psíquico y no se trabaja sobre situaciones patológicas, las cuales en caso de aparecer se orientarían a una derivación a profesionales de la salud mental” (Beines, Galliani y Pana, 2013, 6-7).

- ✚ Es necesario que los profesionales que faciliten espacios grupales y comunitarios así como los que promuevan estrategias o proyectos artísticos, tengan entrenamiento, formación y experiencia en las metodologías para desarrollar este tipo de trabajo.

5.3.2. Actividades sugeridas a las entidades territoriales para desarrollar con excombatientes en los lugares de retorno o residencia permanente, una vez finalicen las zonas de ubicación

La atención en salud mental para la población excombatiente, una vez finalizadas las zonas de ubicación, se darán en el marco del Sistema General Seguridad Social en Salud (SGSSS). La atención se brindará principalmente a través prestadores primarios en centros de salud ubicados en zonas rurales bajo un modelo operativo enmarcado en el gerenciamiento del riesgo. Lo anterior, busca la prevención de complicaciones, el tratamiento oportuno, la rehabilitación, así como garantizar resultados clínicos, la satisfacción del usuario y la reducción de costos.

A continuación se sugieren algunas acciones para desarrollar con la población excombatiente en zonas de residencia permanente:

| ACCIONES | TALENTO HUMANO | RESPONSABLES | MARCO NORMATIVO |
|---|---|----------------------------|---|
| <p>Facilitar espacios grupales y comunitarios para fortalecer las capacidades de afrontamiento (habilidades para la vida) promover los estilos de vida saludables, educación sexual, eliminación de la violencia de género, enfoque diferencial, entre otros.¹⁹</p> | <p>Psicólogos comunitarios, trabajadores sociales, enfermeros, auxiliares en salud.</p> | <p>Entidad Territorial</p> | <p>Resolución 518 DE 2015: Plan de Salud Pública de Intervenciones colectivas (PIC), con especial énfasis en los componentes de</p> |
| <p>Promoción de grupos de apoyo emocional²⁰ y ayuda mutua para ofrecer apoyo emocional a fin de afrontar los nuevos retos que implica la vida sin armas y facilitar su reintegración. Es importante que en estos</p> | | | |

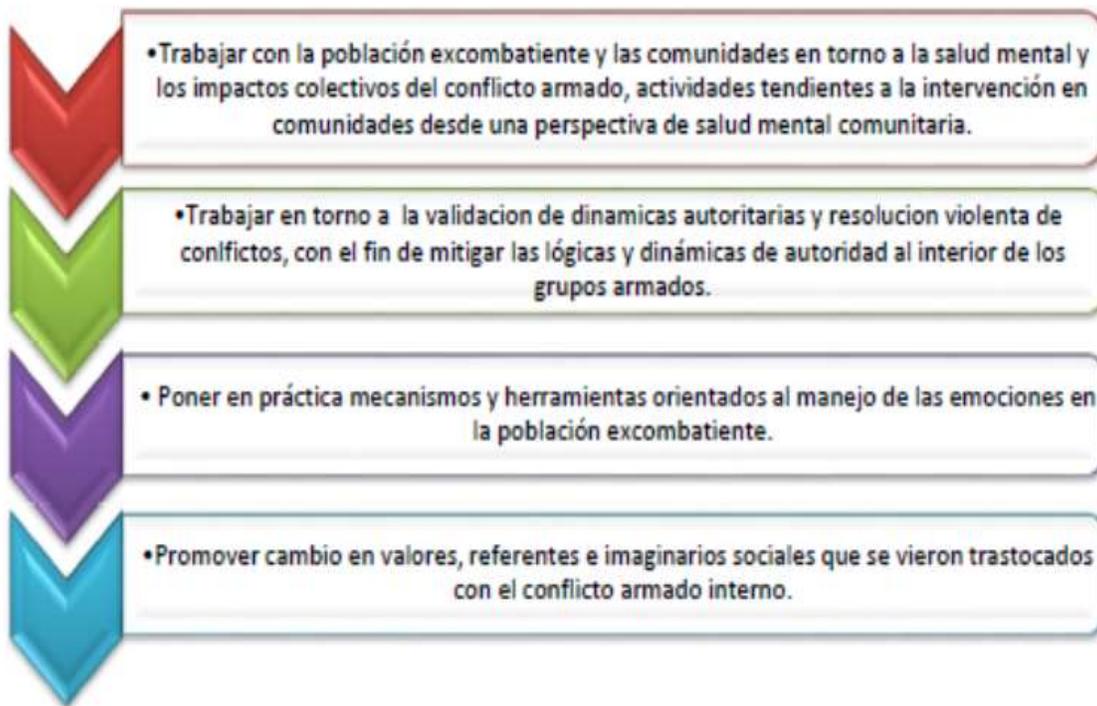
¹⁹ Otros autores destacan la importancia de fortalecer las **habilidades socio emocionales**. De acuerdo al documento: El rol de la educación en el posconflicto: Parte 1. La reincorporación de los desmovilizados, “las evidencias sobre la importancia de las habilidades socio-emocionales en la determinación de las competencias y logros laborales (mejor empleabilidad y mayores ingresos) son contundentes (Bassi, Busso, Urzúa, y Vargas, 2012), y por ello deben ser explícitamente incorporados en las estrategias para alcanzar una reintegración exitosa de los desmovilizados. De otro lado, también hay evidencias de que la población que ha estado expuesta a ambientes de violencia tiende a demostrar bajos niveles de empatía, definida ésta como “la capacidad para sentir algo similar o compatible con lo que otros sienten” (Chaux, 2015). Es claro que la deslegitimación de la violencia y la construcción de una sociedad en paz depende crucialmente de la formación de personas con empatía, como una de las competencias ciudadanas centrales para la convivencia pacífica” (Consultado en http://www.compartirpalabramaestra.org/documentos/fedesarrollo_compartir/el-rol-de-la-educacion-en-el-posconflicto.pdf)

²⁰ La *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*, de la Organización Panamericana de la Salud, refiere en cuanto aspectos metodológicos, que “los grupos de apoyo emocional pueden beneficiarse de diversas técnicas que dependen de los conocimientos y las destrezas del facilitador, por ejemplo, relajación, uso de la música, etc. El criterio de inclusión es amplio; se pueden sumar procedimientos y recursos didácticos o terapéuticos en un marco ordenado y sistemático en el que se conserven los objetivos primarios del grupo y las líneas generales de trabajo”. Consultada en http://www.who.int/mental_health/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>procesos se tengan en cuenta los proyectos de vida planteados por los excombatientes en la primera fase y la evaluación psicológica realizada al finalizar las zonas veredales transitorias e normalización.</p> | | | <p>la tecnología Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en Salud Mental</p> |
| <p>Promoción de la salud mental en proyectos productivos²¹. Las actividades productivas pueden ayudar a la rehabilitación de las personas y la estabilización social. Por otra parte, favorecen el fortalecimiento de la capacidad creativa y asociativa.</p> | <p>Psicólogos comunitarios, trabajadores sociales, enfermeros, auxiliares en salud.</p> | <p>Entidad Territorial. Supone el trabajo articulado con el sector productivo (UMATAS, educación para el trabajo, SENA, secretarías de Gobierno, entre otros)</p> | |

Las acciones que se adelanten con población excombatiente facilitarán la integración social con las comunidades en lugares de retorno o residencia permanente. Por otra parte, estarán encaminadas a:

²¹ De acuerdo al artículo *La salud mental en situaciones de conflicto armado*, “los proyectos productivos son una estrategia de recuperación psicosocial. Las actividades productivas generan autonomía y opciones de retorno, reubicación o asentamiento; pero, fundamentalmente, conducen a la rehabilitación de las personas y la estabilización social. La organización comunitaria se articula con las actividades productivas y éstas, a su vez, fortalecen la estructura social. No sólo tienen una función económica, sino que fortalecen la capacidad creativa y asociativa y establecen un entramado de relaciones con el entorno inmediato” Consultado en <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/download/1183/1298>



El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la política de atención integral en salud (PAIS) y su Modelo Operativo (MIAS), ha desarrollado la Ruta Integral de Atención en salud mental (RIA-SM), la cual integra los siguientes procesos:

- Promoción de la Salud Mental:** actividades e promoción de la salud mental destinadas a fortalecer capacidades de afrontamiento a nivel individual, familiar, comunitarias y colectivas
- Identificación temprana y caracterización de la vulnerabilidad individual y familiar en salud mental.** En el caso de los excombatientes y de las víctimas la identificación se realiza principalmente a través de las actividades de evaluación psicológica y tamizajes por parte de los equipos psicosociales (PAPSIVI y los creados para desmovilizados). También puede realizarse para ellos y la comunidad general, a través de las actividades que involucren tamizajes en salud mental, por parte de los equipos de salud y agentes comunitarios entrenados para esto. en los entornos familiar/hogar, educativo, laboral, comunitario e institucional.

c) Garantía del acceso oportuno y efectivo a servicios integrales de atención en salud mental. Esto implica establecer la condición clínica real del usuario, por parte del equipo multidisciplinario del prestador. Para ello se aplicará la Guía de diagnóstico e intervención MhGAP (del Plan Mundial para reducir las brechas de la atención en salud mental promovido por la OMS) como herramienta estandarizada para facilitar el abordaje de los usuarios, lo cual permite reconocer de manera integral la situación de salud mental y definir el plan básico de manejo en función de las necesidades. La implementación de este plan requiere la programación inmediata de las actividades iniciales de atención con el equipo multidisciplinario, por lo que la institución prestadora debe disponer los recursos necesarios para ello, de modo inmediato y garantizando el acceso oportuno y expedito a los servicios.

d) Plan básico de manejo orientado a:

- ▶ Fortalecer capacidades de afrontamiento del individuo y la familia ante estresores vitales (Actividades individuales y grupales desarrolladas por psicólogos, aunque no necesariamente psicoterapéuticas, con objetivos específicos que responden a necesidades particulares dentro de grupos y perfiles de riesgo previamente definidos).
- ▶ Garantizar el manejo oportuno, integral e integrado de problemas y trastornos mentales (Aplicación de protocolos y guías de práctica clínica, por parte de personal médico general y especializado).
- ▶ Mejorar la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y la funcionalidad de las personas con problemas y trastornos mentales y sus familias (Actividades de psicoeducación, seguimiento y articulación con otros sectores para garantizar la rehabilitación integral y los procesos de inclusión social. Básicamente orientadas por trabajadores sociales con la participación de auxiliares, agentes comunitarios y cuidadores).

El plan se compone del siguiente grupo de actividades:

- ▶ Actividades Asistenciales Directas. Aquellas destinadas al abordaje de los problemas específicos identificados en la Guía MhGAP. Adelantadas por parte

de profesionales, especializados o no. Contempla como mínimo los servicios médicos y de psicología.

- ▶ **Actividades Asistenciales de Apoyo.** Permiten un abordaje integral del individuo, limitando el avance de la enfermedad y mejorando la calidad de vida. En ellas participan otras disciplinas del equipo de salud como enfermería, trabajo social, nutrición, odontología, terapia física u ocupacional y química farmacéutica, no necesariamente dedicados exclusivamente a la atención en salud mental.
- ▶ **Actividades Complementarias de Atención.** Orientadas a impactar en los hábitos de vida de los usuarios y sus familias. Dirigidas por los profesionales, técnicos, tecnólogos o auxiliares. Se incorporan agentes comunitarios y cuidadores como parte del equipo multidisciplinario requerido para su ejecución.
- ▶ **Acceso a los prestadores complementarios.** Corresponde a los servicios para atender eventos que requieran equipos y personal especializado y subespecializado y/u hospitalario. Tienen una escala departamental, regional o metropolitana de apoyo (virtual o directo) a los servicios básicos. En este caso, telepsiquiatría, psiquiatría itinerante y hospitalización.

e) Monitoreo y seguimiento a la implementación de la Ruta

La Ruta Integral de Atención para problemas mentales, trastornos mentales y epilepsia en el marco de la Política de Atención Integral en Salud, articula las anteriores actividades asistenciales, individuales y familiares, con las intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales (en el Marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas), las cuales pueden ser operadas por los prestadores primarios y complementar así, el Modelo de Servicios Ambulatorios de Salud Mental descrito anteriormente. En este marco, las actividades de salud mental se desarrollan a través de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad en dos de sus componentes (Salud y Empoderamiento) y bajo los términos de la Resolución 518 de 2015 y sus ABECÉ aclaratorios, así como los lineamientos y el manual operativo existentes para esta estrategia, específicamente en salud mental.

Por último, dentro del modelo operativo corresponde al prestador primario garantizar el acceso oportuno a los especialistas y sub especialistas requeridos para el cumplimiento del plan básico

de manejo de los pacientes, de acuerdo con la condición clínica, la evolución y los parámetros establecidos en las guías de práctica clínica y protocolos vigentes. Para ello deberá hacer los arreglos institucionales requeridos y aplicar las herramientas tecnológicas necesarias y disponibles a fin de eliminar barreras de cualquier tipo para el acceso de los pacientes.

REFERENCIAS

- Alderdice, J. (19 de marzo de 2016). “Lo que se les viene es durísimo”. *Revista Semana*. Recuperado de <http://www.semana.com/nacion/articulo/posconflicto-en-colombia-johnalderdice-habla-de-los-desafios/465967>
- Álvarez V Eduardo y Pardo C Daniel (2016). Primeros pasos para la transición. Apuntes para la estabilización provisional de las FARC. *Serie Fin del Conflicto No. 2*. Recuperado de <http://cdn.ideaspaz.org/media/website/document/56e00dfdce7d5.pdf>
- Arenas S. E. y Custodio E. “Experiencia de Colores: Estrategias de Intervención Comunitaria en Contextos de Conflicto Armado Interno en Perú”. En *Revista Científica de Psicología Eureka* pp.151-164. Número Monográfico: “Psicología Social Comunitaria en Nuestra América. ISSN 2218-0559 (CD R), E-ISSN2220-9026. Recuperado de <http://psicoeureka.com.py/sites/default/files/publicaciones/eureka-12-M.pdf>
- Arias López, B. E. (2013). Salud mental y violencia política. Atender al enfermo psiquiátrico o reconocer al sujeto de la micropolítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(3), 276- 282. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v42n3/v42n3a06.pdf>
- Baró, M. I. (1984). Guerra y Salud Mental, “I Jornada de Profesionales de la Salud Mental”, conferencia publicada en “*Estudios Centroamericanos*”, No. 429/430, pp. 503-514. Recuperado de <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/fundamentos-y-teoria-de-una-psicologia-liberadora/psicologia-y-violencia-politica/148-guerra-y-salud-mental/file>

- Baró, M. I., Punamäki, R. L., Rozitchner, L., y otros (1990). *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. San Salvador: UCA Editores. Recuperado de <http://www.bivipas.unal.edu.co/handle/10720/358>
- Beines, F., Galliani, R., & Pana, A. (2013). *Caja de Herramientas para la prevención y promoción en salud mental comunitaria*. Documento de trabajo para la coordinación de encuentros comunitarios. Ministerio de salud de Argentina. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000185cnt-Documentos-trabajo-coordinacion-encuentros-comunitarios.pdf>
- Buergenthal, T. (1995). *La Comisión de la verdad para el Salvador, ECA: Estudios Centroamericanos*, No. 563. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2061/6.pdf>
- Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003). *Informe final. Capítulo 1. Los períodos de la violencia*. Recuperado de <http://www.cverdad.org.pe/ifinal/pdf/TOMO%20I/Primera%20Parte%20EI%20Proceso-Los%20hechos-Las%20v%EDctimas/Seccion%20Primera-Panorama%20General/1.%20PERIODIZACION.pdf>
- Cortez-Lobão Sineiro, Francisco (2014). El papel de los diarios en el proceso de paz norirlandés. *Revista Científica de Información y Comunicación*. ene-dic2 014, Issue 11, p 211-227. Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/33230/EI%20papel%20de%20los%20diarios.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cruz, J. M. (1997). Los factores posibilitadores y las expresiones de la violencia en los noventa. *Revista de Estudios Centroamericanos*, No. 588. Recuperado de <http://www.uca.edu.sv/publica/eca/588art4.html>
- De la Espriella, Ricardo y Falla, Josué Vladimir (2009). Reflexiones sobre la atención en salud mental de desmovilizados de grupos armados en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 230-247. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000200002&lng=en&tlng=es

- De La Torre, Alejandro; Rodríguez, Jorge; Miranda, Claudio T. (2002). La salud mental en situaciones de conflicto armado. *Revista Biomédica*, diciembre, 337-346. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/843/84309603/>
- Díaz Peral, D., Fernández Liria, A., González Aguado, F., Ibáñez Rojo, V., Massip Amorós, I., (2002). *Los programas de salud mental de Médicos del Mundo en los conflictos balcánicos*. En Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria; Vol. 2, N°. 1. Los programas de salud mental de médicos del mundo en los conflictos Balcánicos. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, 2(1), 18-26.
- Fundación Ideas para la paz (2014). Retorno a la legalidad o reincidencia de excombatientes en Colombia: Dimensiones del fenómeno y factores de riesgo. *Serie Informes No. 22*. Recuperado de <http://www.reintegracion.gov.co/es/la-reintegracion/centro-de-documentacion/Documentos/Retorno%20a%20la%20legalidad%20o%20reincidencia%20de%20excombatientes%20en%20Colombia.pdf>
- Furtos, J. (2007). Sufrir sin desaparecer. En: Rodríguez A, compilador. *Psiquiatría y sociedad. La salud mental frente al cambio social*. Bogotá: Kimpres.
- Galindo R. O., Naranjo A. L., Serrato, L., Martínez, E., y Molina M. P. (2005). Módulo 5: “Pincelar el acompañamiento” Recuperado de <http://corporacionvinculos.org/files/MODULO%205.pdf>
- Gallagher, E., Hamber, B., y Joy, E. (2012). *Perspectives and Possibilities: Mental Health in post-Agreement Northern Ireland. Shared Space: A research journal on peace, conflict and community relations in Northern Ireland*, 13 (March), pp. 63-78. Recuperado de <http://cain.ulst.ac.uk/citations.htm>
- Garmendia F. (2014). Reseña de la contribución de San Fernando a la lucha contra la violencia. En An. Fac. Med. vol.75, n.1, pp. 57-63. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832014000100010&lng=es&nrm=iso. ISSN 1025-5583
- Garzón V. J. C. (2003). Las limitaciones de la paz. En *Revista de estudios sociales*, ISSN-e 0123-885X, N°. 15, 2003, págs. 125-132. Recuperado de <http://res.uniandes.edu.co/view.php/479/index.php?id=479>

- Gómez, Restrepo, C. (2003). El posconflicto en Colombia: desafío para la psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32 (2), 130-132. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502003000200001&script=sci_arttext&tlng=es
- Gómez, Restrepo C. (2006). Prioridades en Salud Mental en situaciones de Violencia. En *Un camino hacia la Paz, Paz y Salud Mental en Colombia*. Academia Nacional de Medicina, Colombia.
- Guarín, S., Meza M. C., Tovar, P., Torres J. M., y Duque J. (2015). *Capacidades locales para la paz Resultados y recomendaciones nacionales*. Fundación Ideas para la Paz. Recuperado de http://www.ideaspaz.org/especiales/capacidades-locales-para-la-paz/descargas/FIP_CartillasRegiones_01DocNacional.pdf
- Grupo Memoria Histórica (2013). *¡Basta Ya! Colombia: Memorias de Guerra y Dignidad*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (2006). *Salud mental comunitaria en el Perú: Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Lima: PROYECTO AMARES PERÚ. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/08_Salud_Mental_Co_munitaria_Per%C3%BA.pdf
- Herrera D. y González P. (2013). “Estado del arte del DDR en Colombia frente a los estándares internacionales en DDR (IDDRS)”. En *Colombia Internacional* 77, enero a abril de 2013, pp. 272-302. Recuperado de http://dx.doi.org/10.7440/colombiaint77.2013.10_p.286.287.
- Instituto Universitario de Opinión Pública (1998). *La violencia en El Salvador en los años noventa. Magnitud, costos y factores posibilitadores*. Documento de Trabajo R-338 de la Red de Centros de Investigación (Banco Interamericano de Desarrollo). Recuperado de <http://www.iadb.org/res/laresnetwork/files/pr38finaldraft.pdf>
- Jaramillo M. J. (2015). Perspectivas comparadas de la presencia de la policía durante el conflicto y el posconflicto: Los casos de Guatemala, El Salvador, Irlanda del Norte, Afganistán y República del sur de Sudán. *Revista de Relaciones Internacionales, Estrategia y Seguridad*, 10(1), 181-202. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1909-30632015000100009&lng=es&tlng=es.

- Mejía Gómez, L. F. (2014). *La reintegración social y económica de los grupos armados ilegales en Colombia: reflexiones a partir de la trayectoria de nueve excombatientes*. (Tesis de Maestría Estudios Políticos e Internacionales). Facultad de Ciencia Política y Gobierno y Relaciones Internacionales. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/5034/24552428-2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Política de Atención Integral en Salud. "Un sistema de Política Integral al servicio de la gente"* Bogotá. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- (2015). ABC Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/abcencuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>
- (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Tomo I. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=encuesta%20salud%20mental%202015#k=encuesta%20salud%20mental%202015
- (2016). Situación de la salud mental en Colombia, *Análisis epidemiológico*. Documento Interno.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Programa Nacional de Salud Mental (2008). *Política Nacional de Salud Mental 2007-2015*. Recuperado de http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Guatemala/politica_salud_mental.pdf
- Ministerio de Justicia y del Derecho, Corporación AVRE (2012). *Programa de Formación en estrategias de autocuidado*. Proyecto "Fortalecimiento Institucional para la atención a las víctimas". Convenio No. DCI-ALA/2008/019-588, financiado por la Unión Europea. Bogotá.
- Montealegre. D.M. (2011). *Derechos humanos, Democracia y Acción sin Daño (Módulo de la Especialización en Acción Sin Daño y Construcción de Paz)*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Programa de Iniciativas Universitarias para la Paz y la Convivencia (PIUPC), Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (Cosude), Cooperación Alemana al Desarrollo, GIZ- Programa Cercapaz.

- Negrete. B. V (2006). *Las desmovilizaciones de grupos armados y la atención psicosocial en Un camino hacia la Paz*. Paz y Salud Mental en Colombia, Memorias del Segundo Foro sobre Paz y Salud Mental en Colombia. Montería, 18 y 19 de Noviembre de 2005, Bogotá: Academia Nacional de Medicina
- OIM, (2012). Pautas para mejorar el bienestar psicosocial de las poblaciones migrantes y en situación de vulnerabilidad, p 28. Recuperado de https://publications.iom.int/system/files/pdf/pautas_para_mejorar.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2006). Guía Práctica de salud mental en situaciones de desastres. Washington, D.C.
- Organización de las Naciones Unidas, Comité Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación General No. 14. *El derecho al más alto nivel posible de salud*. Recuperado de <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>
- Paladini, A. B. (2011). *Construcción de paz, transformación de conflictos y enfoques de sensibilidad a los contextos conflictivos (Módulo de la Especialización en Acción Sin Daño y Construcción de Paz)*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Programa de Iniciativas Universitarias para la Paz y la Convivencia (PIUPC), Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (Cosude), Cooperación Alemana al Desarrollo, GIZ- Programa Cercapaz.
- Paz A. G, Kestel D., Urbina L, Filgueira Lois J. (2002). *Proyecto de Salud Mental de la OMS en Kosovo*. En Cuadernos de Psiquiatría comunitaria. 2(1), 18-26.
- Rettberg A, Camacho A, Chaux E, García A, Iturralde M, Sánchez F, Sanz de Santamaría A, Wills L. (2002). Preparar el futuro: conflicto y post-conflicto en Colombia. Bogotá: Universidad de los Andes, Fundación Ideas para la Paz y Alfaomega. Recuperado de http://archive.ideaspaz.org/images/preparar_el_futuro.pdf
- Rodríguez, A. (comp.) (2007). Sufrir sin desaparecer en Psiquiatría y Sociedad. *La Salud Mental frente al cambio social*. Compilador Alfonso Rodríguez. Universidad del Bosque.
- Rodríguez, J., Barrett, T., Narváez, S., Caldas, J. M, Levav, I., & Saxena, S. (2007). Sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua: resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(5), 348-357. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007001000008>

- Rodríguez, A. L. (2011). El enfoque ético de la Acción sin daño (Módulo de la Especialización en Acción Sin Daño y Construcción de Paz). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Programa de Iniciativas Universitarias para la Paz y la Convivencia (PIUPC), Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (Cosude), Cooperación Alemana al Desarrollo, GIZ- Programa Cercapaz.
- Theidon K, (2004). "Entre prójimos. El conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú"- (Estudios la Sociedad Rural, 24). Lima, Perú. IEP Ediciones.
- Thoumi., F. (27 de enero de 2014). *Las FARC y el campesinado cultivador de plantas ilícitas: dilemas, ideología y decisiones*. Recuperado de <http://www.razonpublica.com/index.php/conflicto-drogas-y-paz-temas-30/7306-las-farc-y-el-campesinado-cultivador-de-plantas-il%C3%ADcitas-dilemas,-ideolog%C3%ADa-y-decisiones.html>
- Torre, A D L; Miranda, C T; Rodríguez, J; (2002). La salud mental en situaciones de conflicto armado. *Biomédica*, 22() 337-346. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84309603>
- Universidad Nacional de Colombia Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Trabajo Social Programa de Iniciativas Universitarias para la Paz y la Convivencia (PIUPC). *Acción sin Daño en el proceso de restitución de tierras. Módulo de formación*.
- Vanegas Medina CR y de la Espriella Guerrero RA (2015). La institución psiquiátrica en Colombia en el año 2025. Investigación con método Delphi. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2015; 14(29), pp 114-135. Recuperada de <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys14-29.ipci>
- Vallejo Samudio, Álvaro Roberto, y Terranova Zapata, Lina María (2009). Estrés Postraumático y Psicoterapia de Grupo en Militares. *Revista Terapia psicológica*, 27(1), 103-112. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100010&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-48082009000100010
- Velázquez, T. (2007). Salud mental en el Perú: dolor y propuesta. La experiencia en Huancavelica. Lima: CIES. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1057_CIES-IB28.pdf

- Velázquez, T. E. y Valdez, R. (2013). Una propuesta de salud mental comunitaria frente a la violencia social. En *Revista de ciencias sociales*, (25), pp. 130-144. Recuperado de [http://rcsdigital.homestead.com/files/Nueva epoca no 25 verano invierno2012/velazquez.pdf](http://rcsdigital.homestead.com/files/Nueva%20epoca%20no%2025%20verano%20invierno2012/velazquez.pdf). P 137-138
- Vincenc F. (2015). *Anuario de procesos de paz*. Escola de Cultura de Pau. Icaria Editorial. Recuperado de <http://escolapau.uab.es/img/programas/procesos/15anuarie.pdf>
- Wachtel, T.(2013). *Definiendo Qué es Restaurativo*. 2013. Recuperado de <http://la.iirp.edu/wp-content/uploads/sites/11/2012/01/Definiendo-Qu%C3%A9-es-Restaurativo.pdf>