




Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado, Algeciras (Huila), Colombia, 2018

Program of psychosocial care and integral health to victims of the armed conflict, Algeciras (Huila), Colombia, 2018

Nathaly Rozo-Gutiérrez¹ ; Esperanza Durán¹ ; María Antonina Román-Ochoa¹ 
Ana Cecilia Becerra-Pabón¹ ; Maritza Barroso-Niño¹ ; Mancel Martínez-Durán*¹

* jeimy.rozo@juanncorpas.edu.co

Forma de citar: Rozo-Gutiérrez N, Durán E, Román-Ochoa MA, Becerra-Pabón AC, Barroso M, Martínez-Durán M. Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado, Algeciras (Huila), Colombia, 2018. Salud UIS. 2022; e22020. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22020> 

Resumen

Introducción: en Colombia se estima que existen 7 675 032 víctimas del conflicto armado. Uno de los departamentos del país con mayor afectación de personas es Huila. Debido al impacto del conflicto sobre la salud, es necesario realizar la caracterización de la población para identificar las necesidades derivadas de este y orientar las intervenciones.

Objetivo: elaborar un programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado residentes en la cabecera municipal de Algeciras (Huila), Colombia. **Métodos:** diseño cuantitativo cross-sectional con fase descriptiva retrospectiva. Se realizó búsqueda activa en el municipio para el reconocimiento de la población víctima del conflicto. Para el análisis se utilizó Excel 2016 y SPSS versión 24. **Resultados:** la prevalencia para la población víctima del conflicto armado fue del 80,0%. El tipo de violencia al que estuvieron expuestos fue desplazamiento (51,0%) con un periodo de afectación entre diez a veinte años (35,8%). Según grupos de edad predominaron las edades entre los 30 a 34 años con un 11,7%. **Conclusiones:** 1) La prevalencia estimada para la población víctima del conflicto armado puso de manifiesto el reto psicosocial para dar respuesta desde una perspectiva individual, familiar y comunitaria. 2) Las intervenciones planteadas estuvieron orientadas hacia la atención psicosocial y desarrollo de habilidades individuales y sociales, las cuales deben complementarse con acciones interinstitucionales e intersectoriales para el mejoramiento de los determinantes sociales de la salud.

Palabras clave: Conflictos armados; Atención integral de salud; Prevención y mitigación; Enfermería; Impacto psicosocial.

¹ Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, Colombia.

Abstract

Introduction: In Colombia it is estimated that a total of 7,675,032 victims exist due to the armed conflict. Huila is one of the departments in the country with the greatest impact on people. Due to the impact of the conflict on health, it is necessary to characterize the population in order to identify the needs derived from the conflict and to orient the interventions. **Objective:** To design a program of psychosocial attention and integral health to victims of the armed conflict whom are residents of Algeciras (Huila), Colombia. **Methods:** Quantitative-based cross-sectional with a retrospective descriptive phase. An active search was performed in the municipality to identify victims of the conflict amongst the population. Excel 2016 and SPSS version 24 were used for the analysis. **Results:** The prevalence of victims was 80.0%. The type of violence experienced by victims was displacement (51.0%) with an affected period between ten to twenty years (35.8%). Regarding age groups, those aged between 30 to 34 years were predominately affected (11.7%). **Conclusions:** 1) The estimated prevalence of the victim population highlights the psychosocial challenge to provide an individual, family and community response. 2) The proposed practices are oriented towards psychosocial care and the development of individual and social skills, which must be complementary with inter-institutional and intersectoral actions for the improvement of social determinants of health.

Keywords: Armed conflicts; Comprehensive health care; Prevention and mitigation; Nursing; Psychosocial impact.

Introducción

Colombia actualmente transita en el desarrollo de una política encaminada hacia el logro de la paz y la reconciliación como estrategia para la superación de condiciones de vulnerabilidad, las cuales son producto del conflicto social armado que ha perdurado en el territorio por más de cincuenta años^{1,2}. Se estima que existen 7 675 032 víctimas civiles del conflicto³. Huila es considerado uno de los departamentos del país con mayor afectación de personas a causa de este⁴.

Durante más de cincuenta años, el conflicto social armado en el territorio colombiano se ha expresado a través de: “homicidios, masacres, secuestros, desapariciones forzadas, torturas, delitos contra la libertad e integridad sexual en el marco del conflicto, incidentes y accidentes por minas antipersonales (MAP), munición sin explotar (MUSE) y artefacto explosivo improvisado (AEI), amenazas, actos terroristas, combates, enfrentamientos y hostigamientos, reclutamiento y utilización de niños, niñas y adolescentes, desplazamiento forzado y despojo o abandono forzado de tierras”².

Lo anterior ha generado baja productividad económica en las regiones, desintegración social, despojo, daños materiales, emocionales y psicológicos, morales, políticos, socioculturales y en salud de la población⁵. Este último manifestado por medio de ideación suicida, ataques de pánico, desórdenes alimenticios, incremento en el consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas⁶.

La Encuesta Nacional de Salud Mental para el año 2015 reportó la afectación negativa del conflicto en la salud mental de niños entre 12 a 17 años en un 18,3% y entre

un 15,8% a 18,7% en la población adulta. Consecuencias que se ven reflejadas en: los indicadores de pobreza, las necesidades básicas insatisfechas, la disminución de los niveles de calidad de vida, la ruptura de las redes sociales y afectivas, la modificación de los roles familiares; el desarraigo cultural y el aumento de la mortalidad por lesiones de causa externa. Por esto se estima que existe un total de 7 675 032 víctimas civiles del conflicto bélico, entre las que se encuentran 3 808 979 mujeres y 3 807 203 hombres⁶.

Bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia desde el 2017 se estableció el programa de atención psicosocial y de salud integral, que consiste en una línea técnica para “atender los impactos psicosociales y los daños en salud física y mental de las víctimas del conflicto armado. Los ámbitos de intervención fueron planteados desde lo individual, familiar y comunitario, con la finalidad de mitigar el sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en las comunidades”⁷.

Es importante mencionar que en un análisis realizado por un programa de atención psicosocial en el departamento de Bolívar se describieron las barreras que ha manifestado la población en cuanto a la implementación de programas e hicieron énfasis en que no se logra satisfacer los derechos que desde el diseño se pretendían proteger. Por otro lado, persisten problemas de acceso a las rutas en salud, así como barreras administrativas centradas en la desarticulación interinstitucional que limita la realización de los procesos y la priorización de necesidades y recursos. De igual forma, los funcionarios de las instituciones que brindan atención y apoyo a esta

población no se encuentran entrenados, y adquieren su aprendizaje durante el desarrollo del programa⁸.

Lo descrito representa un desafío para los actores del sistema de salud en relación con el diseño de mecanismos que contribuyan a la reparación, atención psicosocial y alivio del sufrimiento de los afectados por el conflicto. Estudios desarrollados en torno a la víctimas del conflicto armado, han mostrado que los programas de atención en salud orientados a las diferentes dimensiones de la problemática, contribuyen a la mitigación de los impactos de la violencia⁹.

Teniendo en cuenta lo anterior, y con base en la premisa de que los programas en salud pueden contribuir a la restitución de derechos, restauración en salud, reconstitución de vínculos familiares e inclusión social, fue necesario realizar el diagnóstico territorial y la caracterización de la población que permitiera identificar las necesidades particulares de los residentes, para orientar las intervenciones que consolidaran el programa de atención integral en salud.

El objetivo del presente estudio fue elaborar un programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado residentes de la cabecera municipal de Algeciras (Huila), Colombia, para la reconstrucción del tejido social de la población con articulación intersectorial e interinstitucional por medio de: 1) la caracterización de las condiciones sociales, demográficas, económicas y familiares de la población sujeto de investigación, 2) estimar la prevalencia de la población víctima del conflicto armado y 3) la elaboración del programa de atención psicosocial y de salud integral a la población objeto.

Materiales y métodos

Diseño cuantitativo, cross-sectional con una fase descriptiva retrospectiva. La muestra fue probabilística por conglomerados (manzanas del barrio), dado que se desconocía la prevalencia y ubicación de las víctimas. El marco del muestreo fue el total de manzanas (130) identificadas en el mapa de la cabecera municipal (11 130 habitantes)¹⁰. Con una proporción esperada del 50 %, margen de error del 5 %, efecto del diseño 1 % y un nivel de confianza del 95 %, se calculó una muestra de 97 manzanas. A este valor se adicionó el porcentaje de pérdida del 10 % lo que arrojó una muestra de 107 manzanas (aproximadamente 9 160 habitantes). La selección de las manzanas se realizó de manera aleatoria. Los criterios de inclusión del estudio

fueron: tener 18 años o más, residir en Algeciras, Huila (se tomó como tiempo de residencia la postulada por DANE en los censos) un tiempo igual o mayor a seis meses y considerarse víctima del conflicto de acuerdo con lo postulado por la Ley 1448 de 2021 "a aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno"¹¹.

El instrumento de recolección fue ajustado por los autores de este estudio, y tomado de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Instructivo de Caracterización -Primera versión. Subdirección Red Nacional de Información. Bogotá-Colombia¹². El ajuste del instrumento se realizó debido a la necesidad de incluir variables de análisis que se contemplaron en el objetivo del estudio, tales como: aspectos sociodemográficos, el componente de salud, de reunificación familiar y de participación comunitaria. Al finalizar el proceso se definieron nueve componentes con 55 preguntas enmarcadas en los siguientes componentes: aspectos sociodemográficos, educación, alimentación, salud, generación de ingresos, reunificación familiar, vivienda, medidas de rehabilitación y participación comunitaria.

La recolección de información fue dirigida y orientada por el entrevistador para su diligenciamiento.

Se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Se estimó la prevalencia de periodo y de punto, para este estudio la prevalencia de periodo se tomó como la frecuencia durante un periodo de tiempo (a partir del 1º de enero de 1985¹¹ a la exposición a diferentes formas de violencia derivados del conflicto armado. La prevalencia de punto fue el equivalente a la exposición actual al conflicto armado identificada el día de la recolección de la información. Se estimó la prevalencia general (casos actuales y antiguos víctimas del conflicto armado)¹³.

La información cuantitativa fue recolectada en físico, tabulada en el programa Excel y fue analizada en Excel 2016 y SPSS versión 24.

Los resultados identificados fueron priorizados bajo los criterios de magnitud en la población sujeto de investigación, factibilidad, viabilidad y posibilidad de intervenir. Los problemas se organizaron por las líneas

operativas del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas – PAPSIVI²: atención psicosocial y atención integral en salud establecidas en el marco nacional del Ministerio de Salud y Protección Social. Posteriormente, y con base en la revisión de literatura y en las particulares territoriales se definieron las intervenciones individuales, familiares y comunitarios para la atención terapéutica, consejería y apoyo con la descripción de los siguientes componentes: fundamento conceptual, acciones orientadoras, metas, recursos, subgrupo de población beneficiada e indicadores de evaluación.

De acuerdo con la resolución 008430 de 1993, esta investigación se clasifica como riesgo mínimo¹⁴.

Resultados

Se realizó la búsqueda de la población víctima del conflicto armado en las 107 manzanas (9 160 habitantes) seleccionadas como muestra. Se identificaron 573 personas que cumplían los criterios de inclusión (6,2 % de los habitantes de las manzanas).

Prevalencia de la población víctima del conflicto armado: el total de personas entrevistadas fue de 964, de las cuales 573 en algún momento de su vida fueron víctimas individuales o colectivas del conflicto armado que ha existido en el país por más de 50 años, esto corresponde a una prevalencia de periodo del 59,4 %. Las personas que en ese momento refirieron estar expuestas de forma individual o colectiva al conflicto armado correspondió a 206 con una prevalencia de

punto del 21,3 %. La prevalencia general de víctimas del conflicto armado fue de 80,0 % (**Tabla 1**).

Características sociales, demográficas, económicas y familiares de la población víctima del conflicto armado: el tiempo de residencia en el municipio de Algeciras, Huila de la población víctima del conflicto armado, en mayor proporción fue de 20 a 29 años (18,2 %) y de 30 a 39 años (16,2 %). Las víctimas se ubicaron principalmente en los grupos de edad de 30 a 34 años con un 11,7 %, seguido por los de 50 a 54 años con 11,0 % (**Tabla 2**).

Con respecto al sexo de las personas, el 72,3 % fueron mujeres y el 27,7 % correspondieron a hombres. La relación mujer/hombre indicó que por cada 3 mujeres hay 1 hombre. La razón niños/mujer fue de 1,3; el índice de infancia es de 6,1; el de juventud de 6,4 y el de vejez fue de 2,5 (**Tabla 3**).

Con relación al régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud el 80,5 % pertenecían al régimen subsidiado, seguido por el 16,6 % del contributivo.

El 39,6 % de la población víctima del conflicto estaban en unión libre, el 26,2 % eran casados y el 18,7 % eran solteros.

Con respecto al estrato socioeconómico de la población, el 71,2 % pertenecían al estrato 1 y el 27,2 % al estrato 2. De acuerdo con la relación de dependencia se observa que por cada 100 personas en edad de trabajar (15 a 64 años) habían 55,1 personas inactivas.

Tabla 1. Prevalencia de la población víctima del conflicto armado, municipio de Algeciras-Huila, 2018

Estimaciones	Numerador (sujetos de investigación que cumplieron los criterios para ser víctimas del conflicto armado)	Denominador (Población entrevistada)	Prevalencia	RR	IC 95 %
Prevalencia de periodo: Población víctima del conflicto armado	573	964	59,4 %	2,1	1,8-2,4
Prevalencia de punto: población víctima del conflicto actualmente	206	964	21,3 %	Referente	
Prevalencia	779	964	80,0 %		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Principales características sociodemográficas según grupos de edad, población víctima del conflicto y población residente del municipio de Algeciras, Huila

Grupos de edad	Hombre		Mujer		Total general	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
De 18 a 19 años	3	0,5 %	8	1,4 %	32	5,6 %
De 20 a 24 años	10	1,7 %	29	5,1 %	98	17,1 %
De 25 a 29 años	17	3,0 %	37	6,5 %	110	19,2 %
De 30 a 34 años	17	3,0 %	50	8,7 %	103	18,0 %
De 35 a 39 años	11	1,9 %	34	5,9 %	70	12,2 %
De 40 a 44 años	15	2,6 %	36	6,3 %	74	12,9 %
De 45 a 49 años	7	1,2 %	36	6,3 %	64	11,2 %
De 50 a 54 años	21	3,7 %	42	7,3 %	84	14,7 %
De 55 a 59 años	17	3,0 %	27	4,7 %	70	12,2 %
De 60 a 64 años	11	1,9 %	28	4,9 %	57	9,9 %
De 65 a 69 años	11	1,9 %	31	5,4 %	66	11,5 %
De 70 a 74 años	5	0,9 %	23	4,0 %	50	8,7 %
De 75 a 79 años	7	1,2 %	11	1,9 %	34	5,9 %
80 años y más	6	1,0 %	18	3,1 %	40	7,0 %
Sin información	1	0,2 %	4	0,7 %	5	0,9 %
Total general	159	27,7 %	414	72,3 %	573	100,0 %
Grupos de edad	Soltero(a)		Casado(a)		Separado(a)	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
De 18 a 19 años	6	1,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
De 20 a 24 años	18	3,1 %	3	0,5 %	1	0,2 %
De 25 a 29 años	15	2,6 %	3	0,5 %	1	0,2 %
De 30 a 34 años	11	1,9 %	9	1,6 %	0	0,0 %
De 35 a 39 años	3	0,5 %	11	1,9 %	1	0,2 %
De 40 a 44 años	8	1,4 %	18	3,1 %	1	0,2 %
De 45 a 49 años	16	2,8 %	9	1,6 %	3	0,5 %
De 50 a 54 años	6	1,0 %	24	4,2 %	5	0,9 %
De 55 a 59 años	7	1,2 %	16	2,8 %	5	0,9 %
De 60 a 64 años	4	0,7 %	15	2,6 %	6	1,0 %
De 65 a 69 años	4	0,7 %	18	3,1 %	3	0,5 %
De 70 a 74 años	5	0,9 %	10	1,7 %	2	0,3 %
De 75 a 79 años	3	0,5 %	5	0,9 %	2	0,3 %
80 años y más	1	0,2 %	6	1,0 %	1	0,2 %
Sin información	0	0,0 %	3	0,5 %	0	0,0 %
Total general	107	18,7 %	150	26,2 %	31	5,4 %

Grupos de edad	Estrato 1		Estrato 2		Estrato 3	
	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%
De 18 a 19 años	11	1,9 %	0	0,0 %	0	0,0 %
De 20 a 24 años	26	4,5 %	12	2,1 %	1	0,2 %
De 25 a 29 años	38	6,6 %	14	2,4 %	2	0,3 %
De 30 a 34 años	50	8,7 %	16	2,8 %	1	0,2 %
De 35 a 39 años	33	5,8 %	12	2,1 %	0	0,0 %
De 40 a 44 años	40	7,0 %	11	1,9 %	0	0,0 %
De 45 a 49 años	30	5,2 %	12	2,1 %	1	0,2 %
De 50 a 54 años	40	7,0 %	22	3,8 %	0	0,0 %
De 55 a 59 años	28	4,9 %	16	2,8 %	0	0,0 %
De 60 a 64 años	27	4,7 %	12	2,1 %	0	0,0 %
De 65 a 69 años	32	5,6 %	10	1,7 %	0	0,0 %
De 70 a 74 años	15	2,6 %	12	2,1 %	0	0,0 %
De 75 a 79 años	14	2,4 %	2	0,3 %	1	0,2 %
80 años y más	19	3,3 %	5	0,9 %	0	0,0 %
Sin información	5	0,9 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Total general	408	71,2 %	156	27,2 %	6	1,0 %

Tabla 3. Indicadores demográficos población víctima del conflicto y población residente del municipio de Algeciras, Huila

Indicadores demográficos	Población víctima del conflicto objeto del estudio	Población general Algeciras, Huila
Relación mujer/hombre	2,6	0,9
Razón niños/mujer	1,3	0,6
Índice de infancia	6,1	27,1
Índice de juventud	6,4	25,3
Índice de vejez	2,5	9,5

Fuente: elaboración propia

En los últimos seis meses 62,8% de las familias víctimas del conflicto armado manifestaron que no recibieron ayuda económica de ninguna institución pública, privada, ONG, ni de parientes, familiares, amigos o vecinos para su sostenimiento. El 34,6% que afirmaron recibir apoyo económico reportaron un valor inferior a \$100 000 pesos mensuales.

Con respecto a la regularidad de uso de los servicios de salud se observó que el 58,8% de los sujetos solo acudieron cuando se sintieron enfermos o tuvieron un accidente. Se indagó por las barreras de acceso a los servicios de salud consultados y esto permitió identificar que las principales razones del no acceso estuvieron relacionadas con la demora para la asignación de la cita (6,6%), cambio de residencia para cobertura de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

(EAPB) (2,4%), tiempo de espera prolongado (1,9%), entre otros.

Con relación a la participación en algún grupo comunitario se observó que el 73,3% no participó en ninguno. Al indagar sobre los programas municipales a los cuales están vinculados se observó que el 26,5% hacían parte de familias en acción, el 11,4% pertenecían a otro programa y el 3,3% estaban en Red Juntos.

En las viviendas donde reside la población víctima del conflicto armado el 95,8% contaba con disponibilidad de electricidad, el 91,4% con recolección de basura y el 90,6% con acueducto; el 1,4% de los casos refrieron no contar con ninguno de los servicios públicos mencionados.

Características e impacto de las diferentes formas de violencia ocurridas en el conflicto armado: el tipo de violencia al que estuvieron expuestos las víctimas fueron en mayor proporción: desplazamiento (51,0%), amenazas (46,9%), pérdidas materiales (26,4%), hostigamiento (25,0%), masacres (18,0%) (Tabla 4). Al realizar el análisis bivariado entre el tipo de violencia y el tiempo de exposición a situaciones del conflicto armado de cada sujeto de investigación, se identificó que la mayor proporción se ubicó en amenazas entre 10 y 20 años con el 14,7%, seguido del desplazamiento para el mismo periodo de tiempo con el 16,4%. Para

las categorías que integran el tiempo de exposición al conflicto en el último año, la proporción más alta se ubicó en el tipo de violencia de desplazamiento con el 5,6% y amenazas con el 4,7% (Tabla 5).

La población víctima del conflicto reportó que los episodios experimentados posterior al tipo de violencia están relacionados con miedo excesivo/fobia/sentimiento de amenaza/preocupación con un 44,5%; estrés con 41,7%; depresión con 40,5% y ansiedad con 35,8%.

Tabla 4. Tipos de violencia vivida y tiempo de exposición, víctimas del conflicto armado, municipio de Algeciras-Huila, 2018

Tipo de violencia y tiempo de exposición a los diferentes tipos de violencia derivados del conflicto armado	Entre diez y veinte años	Más de veinte años	Entre cinco años y menos de diez años	Más dos años y menos de cinco años	Entre un mes a doce meses	No sabe/No responde	Igual o menor a 24 horas	Entre 15 días a un mes	Entre 8 a 15 días	Más de un año y dos años	Entre 1 a 7 días	20 años	Total
Amenazas	14,7 %	10,6 %	9,1 %	6,1 %	3,3 %	1,4 %	0,2 %	0,7 %	0,5 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	46,9 %
Desplazamiento	16,4 %	9,4 %	9,9 %	7,2 %	3,8 %	1,9 %	0,3 %	0,5 %	0,7 %	0,5 %	0,2 %	0,0 %	51,0 %
Hostigamiento	9,2 %	7,9 %	3,7 %	3,1 %	0,3 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	25,0 %
Pérdidas materiales	9,2 %	5,9 %	5,2 %	3,5 %	1,2 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,2 %	0,0 %	26,4 %
Masacres	6,1 %	5,6 %	3,0 %	1,9 %	0,5 %	0,5 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	18,0 %
Homicidio colectivo	6,5 %	5,1 %	3,0 %	0,5 %	0,5 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	15,7 %
Víctimas de actos terroristas	7,2 %	4,7 %	2,4 %	1,7 %	0,3 %	0,3 %	0,5 %	0,3 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	18,0 %
Extorsión	3,1 %	4,5 %	2,8 %	0,9 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %	12,6 %
Desaparición forzada	5,6 %	4,0 %	1,9 %	1,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	13,1 %
Torturas: física, psicológica y sexual	3,1 %	3,3 %	0,5 %	1,2 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	9,2 %
Testigo colectivo	2,8 %	1,7 %	0,7 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	5,9 %
Heridas por minas	1,2 %	1,6 %	1,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,0 %
Violencia de género	1,4 %	1,4 %	0,7 %	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,0 %
Violencia contra la mujer	2,1 %	1,2 %	0,7 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,5 %
Toma de rehenes	0,9 %	1,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,1 %
Violación sexual	0,7 %	0,9 %	0,2 %	0,5 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,8 %
Reclutamiento forzado	2,3 %	0,9 %	0,3 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,4 %

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Episodios experimentados posterior al tipo de violencia y tiempo de exposición, víctimas del conflicto armado, municipio de Alegeiras-Huila, 2018

Episodios experimentados posterior al tipo de violencia y tiempo de exposición	Entre diez y veinte años	Más de veinte años	Entre cinco años y menos de diez años	Más dos años y menos de cinco años	Entre un mes a doce meses	No sabe/No responde	Igual o menor a 24 horas	Entre 15 días a un mes	Entre 8 a 15 días	Más de un año y dos años	Entre 1 a 7 días	20 años	Total general
Miedo excesivo/ fobia/ sentimiento de amenaza/ preocupación	14,7 %	11,5 %	7,2 %	5,2 %	3,0 %	1,2 %	0,2 %	0,5 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %	44,5 %
Estrés	15,4 %	10,5 %	7,2 %	4,9 %	2,1 %	0,7 %	0,5 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	41,7 %
Depresión	15,7 %	7,0 %	7,0 %	5,9 %	2,1 %	1,2 %	0,3 %	0,7 %	0,2 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	40,5 %
Ansiedad	13,1 %	8,7 %	6,1 %	4,5 %	2,1 %	0,9 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	35,8 %
Trastorno del sueño	11,0 %	8,0 %	7,0 %	3,7 %	2,1 %	0,5 %	0,0 %	0,3 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	33,0 %
Desesperanza	5,9 %	5,4 %	3,3 %	1,7 %	1,4 %	1,2 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	19,9 %
Tensión postraumática	5,4 %	5,9 %	2,3 %	1,0 %	0,9 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	16,4 %
Irritabilidad/ Ira	4,7 %	3,0 %	2,1 %	1,9 %	1,2 %	0,7 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	14,3 %
Alteraciones del humor	3,5 %	3,3 %	1,6 %	1,6 %	0,5 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	11,2 %
Dolor corporal generalizado	3,5 %	2,6 %	2,1 %	2,1 %	0,2 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	11,2 %
Problemas de apetito	3,3 %	3,7 %	1,2 %	1,7 %	0,7 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	11,0 %
Pérdida del interés	3,3 %	3,3 %	0,3 %	1,2 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	9,2 %
Aislamiento social / interpersonal	1,9 %	3,0 %	1,2 %	1,0 %	0,2 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	7,9 %
Problemas cognitivos (falta de concentración, de memoria, problemas de razonamiento)	1,0 %	1,4 %	0,9 %	0,7 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	4,7 %
Ideación suicida	1,4 %	1,2 %	0,9 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,4 %
Culpa/ Odio a si mismo/ Sentimiento de inutilidad/ Baja autoestima	1,2 %	1,4 %	0,7 %	0,7 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,2 %
Consumo de sustancias psicoactivas	1,0 %	1,0 %	0,5 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,8 %
Agresión	1,2 %	0,3 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,4 %
Impulsividad	0,5 %	0,7 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,1 %
Alucinaciones	0,5 %	0,5 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,9 %
Problemas sexuales	0,5 %	0,3 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %
Comportamiento delictivo	0,5 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
Autolesión	0,2 %	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %
Ninguno	7,5 %	3,5 %	2,4 %	1,7 %	1,2 %	1,2 %	0,9 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	19,2 %

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Afectación física y/o psicosocial y tiempo de exposición, población víctima del conflicto armado, municipio de Algeciras, Huila, 2018

Actualmente padece alguna afectación física y/o psicosocial y tiempo de exposición	Entre diez y veinte años	Más de veinte años	Entre cinco años y menos de diez años	Más dos años y menos de cinco años	Entre un mes a doce meses	No sabe/No responde	Igual o menor a 24 horas	Entre 15 días a un mes	Entre 8 a 15 días	Más de un año y dos años	Entre 1 a 7 días	20 años	Total general
Ninguna	21,1 %	11,9 %	10,3 %	7,7 %	3,5 %	2,3 %	0,9 %	1,0 %	0,3 %	0,5 %	0,2 %	0,0 %	59,7 %
Psicológico	12,2 %	7,0 %	5,4 %	3,7 %	2,4 %	1,4 %	0,5 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	33,5 %
No sabe/No responde	0,5 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	1,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,4 %
Psicológico y motoras	0,7 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %
Económica	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %
Psicológico, de lenguaje y comunicación	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %
Psicológico, sensorial	0,2 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %
Sensorial	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %
Motoras	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
Psicológico y económica	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %
Psicológico, sensorial y motoras	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %

Fuente: Elaboración propia

Al realizar el análisis bivariado entre los episodios experimentados posterior al tipo de violencia y el tiempo de exposición se observó que, con mayor proporción manifestó miedo excesivo el 14,7%, depresión el 15,7% y estrés el 15,4% con tiempos entre diez y veinte años. De los sujetos de investigación que manifestaron un tiempo de exposición al conflicto en el último año, el 4,1% reportaron miedo excesivo, el 3,3% depresión y el 3,0% estrés (Tabla 6).

Con relación a las condiciones de vulnerabilidad a las cuales estaban expuestos los miembros de la familia se identificó que las mayores proporciones se concentraron en ningún tipo de violencia con un 62,3%, seguido por hostigamientos con un 15,0% y desplazamiento por amenaza con un 13,8%.

Al realizar el análisis de la posible relación entre el tiempo de vivencia del conflicto armado y la presencia de alguna o algunas enfermedades en los sujetos de investigación expuestos, se observó que los porcentajes

más altos se concentraron en tiempos de vivencia del conflicto entre diez a veinte años con el 36,0%, donde se identificó en mayor proporción la presencia de más de cuatro enfermedades. Dentro de las enfermedades manifestadas por los entrevistados estuvieron la hipertensión con el 20,1% y la diabetes con el 11,0%. Lo anterior se complementó con el perfil de morbilidad del municipio contenido en los registros individuales de prestación de servicios-RIPS del Hospital, donde se reportó que para el 2016 el 30,5% de los casos se concentraron en las enfermedades cardiovasculares para los mayores de 65 años, seguido por el 22,7% para el grupo de 45 a 64 años. De igual forma, para el mismo año se registraron 24 374 casos y para el 2017, 5564 casos relacionados con enfermedades transmisibles. La mayor proporción para ambos años se concentró en chikunguña (20,3% y 17,9%), dengue (19,5% y 19,1%), zika (13,1% y 13,7%), leishmaniasis visceral (9,5% y 7,6%), leptospirosis (9,4% y 7,5%), malaria (9,3% y 7,4%) y ESI-IRAG (8,9% y 13,9%).

Adicionalmente se exploró si padeció alguna afectación física y/o psicosocial a causa del hecho victimizante y se identificó que el 59,7% no reportó ningún impacto en la salud, mientras que el 33,5% afirmó tener un impacto psicológico. Al observar la afectación física o psicosocial y el tiempo de exposición al conflicto armado se observó que el 12,2% de los sujetos manifestaron tener afectación psicológica con un tiempo de exposición entre diez y veinte años. Igualmente, los que reportaron exposición al conflicto en el último año, el 3,5% manifestó tener afectación psicológica. Teniendo en cuenta esta afectación, el 13,4% recibió terapia psicológica y el 3,0% tratamiento farmacológico.

Con base en los resultados descritos se diseñó el programa de atención psicosocial y de salud integral con el objetivo de desarrollar intervenciones psicosociales y de salud integral para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la gestión integral del riesgo individual, familiar y comunitario en la población víctima del conflicto armado residente en la cabecera municipal de Algeciras, Huila. Las intervenciones propuestas se describen de acuerdo con las dimensiones del PAPSIVI: Atención Terapéutica, Consejería y Apoyo (**Tabla 7**).

Tabla 7. Programa de atención psicosocial y de salud integral dirigido a población víctima del conflicto armado

Atención terapéutica					
Subcategoría 1. Individual y familiar					
Fundamento conceptual	Acciones orientadoras	Metas	Recursos	Subgrupo poblacional beneficiado	Indicadores de evaluación
El conflicto armado ha generado afectaciones materiales e inmateriales lo que hace necesario el desarrollo de este tipo de intervenciones que posibiliten la reconstrucción de la confianza y de reparación integral ¹¹ .	Generación de espacios para el manejo de emociones por medio de la empatía, la escucha activa y la comunicación asertiva, cuidado seguro y consistente, rituales tradicionales como el dolor o el perdón ^{11,12} .	Desarrollar técnicas y recursos para prevenir y manejar el estrés.	Profesionales de atención psicosocial y de salud.	Personas y familias víctimas del conflicto armado.	Nº de personas intervenidas e informadas.
	Estrategias de psicoeducación y psicoterapia centradas en la resiliencia y resolución de conflictos ¹³ .	Desarrollar técnicas y recursos para desarrollar la resiliencia y la resolución de conflictos	Profesionales de atención psicosocial y de salud	Personas y familias víctimas del conflicto armado	Nº de personas intervenidas e informadas
Permite comprender la dimensión del conflicto armado en su propia vida en aras de garantizar el acceso a los derechos y a la reparación ¹¹ .	Rehabilitación física y mental	Mitigación de los daños Identificación de personas que requieren atención especializada	Profesionales de atención psicosocial y de salud	Personas víctimas del conflicto armado	Nº de personas intervenidas Nº personas con diagnóstico de trastorno mental
Subcategoría 2. Comunitario					
Fundamento conceptual	Acciones orientadoras	Metas	Recursos	Subgrupo poblacional beneficiado	Indicadores de evaluación

Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado, Algeciras (Huila), Colombia, 2018

Se reconocer el impacto psicosocial del conflicto armado hacia la comunidad, lo que implica entender y atender las afectaciones favoreciendo la reconstrucción del tejido social ¹¹ .	Rehabilitación psicosocial: técnicas específicas de desarrollo de habilidades sociales o de estimulación cognitiva, o de psicoeducación familiar, acompañamiento terapéutico, o el seguimiento comunitario ¹⁴	Mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos.	Equipo de la alcaldía municipio (secretaría de cultura y seguridad) Líderes o autoridades comunitarias	Comunidad del municipio de Algeciras	Nº sesiones realizadas Nº personas intervenidas
El dialogar sobre las memorias del conflicto permite identificar y sensibilizar sobre la prevención de nuevos daños, contribuir a su mitigación y recuperación ¹¹ .	Generación de redes de apoyo y de espacios comunitarios	Reconstrucción de las Memorias. Reconocimiento Social.	Equipo de la alcaldía municipio (secretaría de cultura y seguridad) Líderes o autoridades comunitarias	Comunidad del municipio de Algeciras	Centro de Memoria Histórica
Se ha descrito que favorecer la autonomía y la inclusión permite recomponer la autoestima y el tejido social ^{11,13} .		Encuentros deportivos, lúdicos, culturales y artísticos (teatro, música, danza, manualidades, entre otros) ^{15,16} .	Equipo de la alcaldía municipio (secretaría de cultura y seguridad) Líderes o autoridades comunitarias	Comunidad del municipio de Algeciras	Cronogramas semestrales de encuentros deportivos, lúdicos, culturales y artísticos

Consejería y apoyo

Fundamento conceptual	Acciones orientadoras	Metas	Recursos	Subgrupo poblacional beneficiado	Indicadores de evaluación
El dialogar sobre las memorias del conflicto permite identificar y sensibilizar sobre la prevención de nuevos daños, contribuir a su mitigación y recuperación ¹¹ .	Estrategias de información, educación y comunicación que promuevan procesos de movilización social, sensibilización y los valores ¹¹ .	Promoción de la salud Prevención de la enfermedad Reducción del estigma	Profesionales de atención psicosocial y de salud Líderes o autoridades comunitarias	Población general	Folleto Cñas radiales Posters en redes sociales
Esta intervención es fundamental para fortalecer la atención clínica y psicosocial individual y basadas en la comunidad ^{11,15} .	Fortalecimiento del talento humano en salud disponible en el Hospital Municipal de Algeciras sobre los siguientes contenidos: intervenciones de baja, moderada y alta intensidad con enfoque psicosocial, primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis, residencia, estrategias de afrontamiento, atención integral a víctimas del conflicto armado, reducción del estigma y la acción sin daño.	Desarrollo de competencias en los equipos de salud, líderes y autoridades comunitarias	Equipo especializado en atención psicosocial	Equipo de salud del hospital Líderes o autoridades comunitarias	Nº técnicos y profesionales en salud entrenados

Discusión

La literatura ha reportado que el conflicto armado en Colombia contiene efectos políticos, económicos, socioculturales, ambientales, sobre la infraestructura, los servicios públicos y de salud. De forma adicional, el impacto sobre las personas y comunidades se visibiliza a través de las precarias condiciones de vida, la mortalidad directa (homicidio) o indirecta (mortalidad infantil o por desnutrición), las enfermedades transmisibles (enfermedades transmitidas por vectores), no transmisibles (enfermedades cardiovasculares), de salud mental (trastornos de ansiedad) o discapacidad (física, cognitivo o sensorial)¹⁵.

En términos cuantitativos, según el Observatorio Nacional de Salud de los años 1998 a 2015 se han registrado cerca de 362 856 homicidios y alrededor de 195 908 mortalidades infantiles en los territorios con los mayores gradientes de violencia derivada del conflicto armado¹⁵.

De esta forma, los informes de la Organización Mundial de la Salud en torno a la violencia y la salud han reportado que las víctimas a mediano y largo plazo tienen mayor probabilidad de desarrollar problemas psiquiátricos y comportamentales, tales como depresión, ansiedad, abuso del alcohol o comportamiento suicida^{16,17}. Lo que coincide con lo reportado en este estudio.

Adicionalmente, la población víctima del conflicto reportó que los episodios experimentados posterior al tipo de violencia están relacionados con miedo excesivo/fobia/sentimiento de amenaza/preocupación con un 44,5 %, estrés con 41,7 %, depresión con 40,5 % y ansiedad con 35,8 %. Proporciones que superan las postulaciones descritas en un estudio donde reportaron que el 10,8 % de la población tenía cualquier trastorno del afecto o ansiedad en la vida y su relación se aumentaba cuando el conflicto era permanente¹⁸. Así mismo en otro estudio se describió que “la prevalencia de ansiedad oscila entre el 25,7 % y el 32,5 %, el trastorno de somatización entre el 61,0 % y el 73,8 %, el abuso de alcohol entre 23,8 % y el 38,1 % y los trastornos de alimentación entre el 4,7 % y el 11,9 %”¹⁹.

Lo anterior permite postular la hipótesis de que a mayor tiempo sea la exposición al conflicto armado, mayores episodios o factores de riesgo experimentan los individuos. La evidencia disponible describe que los países con el mayor número de conflictos internos reportan las mayores tasas de prevalencia de trastornos psiquiátricos, como lo son el trastorno de

estrés posttraumático (TEPT), depresión y ansiedad²⁰. Asimismo, otro estudio realizado en Buenaventura (Colombia) describe que el sufrimiento emocional derivado de las vivencias y experiencias del conflicto armado genera una huella imborrable con molestias profundas, destrucción de los sistemas de creencias, miedo a hablar y expresar las ideas propias, a reunirse o a manifestarse²¹; impactos negativos en los componentes familiares, culturales, sociales, culturales, económicos, que limitan la posibilidad de continuar con un proyecto de vida²².

Del 33,5 % que reportó compromiso psicológico después de la exposición al evento violento, solo el 10,8 % recibió terapia psicológica. Lo que no solo pone de manifiesto la carencia de una respuesta efectiva por parte de las instituciones sanitarias para la garantía de la atención integral²³, sino que también refleja un panorama que exige el desarrollo de intervenciones orientadas a la prevención de la enfermedad, ocasionada por los diferentes tipos de violencia a los que estuvieron expuestos, entre los cuales, se identifica la situación de desplazamiento¹⁸. De esta forma, los efectos psicosociales y de salud mental deben ser una prioridad para el país, teniendo en cuenta que permitirá comprender los efectos de dichas experiencias vividas por los individuos y colectivos desde su contexto cultural, social, familiar, individual y político; sumado a lo anterior sería insumo para el desarrollo de programas de intervención y evaluación de estos^{22,24}.

Para este estudio se reporta que el sexo predominante en las víctimas del conflicto armado fueron mujeres, lo que difiere de lo reportado en la literatura, por ejemplo, en el informe de Medicina Legal y Ciencias Forenses se describe que las principales víctimas son los hombres adultos jóvenes²⁵. Lo anterior puede estar explicado a que las formas de violencia que se utilizan en los hombres ocasionan en su mayoría la muerte o el desplazamiento forzado. La prevalencia calculada para la población víctima del conflicto armado fue del 80,0 %, cifra similar a otros estudios que reportan alrededor del 81,5 %²⁶.

La caracterización de la violencia en el país relacionada con el conflicto armado se ha descrito como un comportamiento endémico con estrategias de ocultamiento manifestadas a través del anonimato, que son generados principalmente por el control territorial de zonas específicas y estratégicas con recursos económicos, tales como: petróleo, café, amapola, coca, banano, oro y esmeraldas; sumado a la dinámica

del mercado y del empleo formal e informal. Lo anterior refleja la posible relación que existe entre los determinantes sociales de la salud y el conflicto armado, desde la perspectiva de su origen y sostenibilidad en los territorios. Por tanto, la reflexión anterior es un llamado para que los actores gubernamentales municipales y departamentales realicen intervenciones intersectoriales que permita mejorar las condiciones de vida con un impacto hacia la reducción de grupos ilegales al margen de la ley²⁵.

Por otro lado, Jordans M, *et al.* describen en su estudio que el conflicto armado afecta de manera directa a la población, no solo por la exposición a diversas formas de violencia, daños para la salud mental sino también por el aumento de la pobreza y del desempleo, pérdida de medios de subsistencia, barreras para el acceso a servicios básicos, como lo son: atención en salud, educación, vivienda, agua potable y saneamiento^{26,27,28,29}. De manera complementaria, se ha identificado bajos niveles de calidad de vida, ruptura de redes sociales y afectivas, modificación de roles familiares y el desarraigo cultural^{30,31}. Lo que coincide con lo reportado en este estudio en cuanto a la relación de dependencia, por cada 100 personas en edad de trabajar (15 a 64 años) hay 55,1 personas inactivas, hallazgo que puede estar relacionado con que la mayor proporción de la población víctima del conflicto tiene básica primaria incompleta (24,1 %).

Los resultados descritos anteriormente son concordantes con los reportes de país sobre las condiciones de empleo de las víctimas, donde se estima que cerca del 93,6 % se encuentra en condiciones de informalidad³² y alrededor del 80,3 % de la población entre los 19 a 26 años son desempleados³³.

En relación con la participación en algún grupo comunitario se observa que el 73,3 % no participa en ninguno, lo que podría ser una consecuencia del conflicto armado, el cual impacta negativamente en el tejido social y genera que las familias se aislen¹⁶. Lo anterior podría considerarse un factor de riesgo que limita la posibilidad de reducir las consecuencias negativas en la salud del individuo y la familia expuestos al conflicto. Es importante reflexionar acerca de la finalidad terapéutica que podría aportar un grupo comunitario relacionado con el alivio del sufrimiento y el fortalecimiento de vínculos familiares y sociales⁹. La generación de redes de apoyo es parte de la atención y reparación integral a población víctima del conflicto armado, la cual está relacionada con la construcción de nuevos lazos y vínculos con grupos familiares,

sociales, grupos de pares, asociaciones comunitarias e institucionales. Se ha descrito que estos grupos o redes permiten compartir las prácticas que utilizan para afrontar los sentimientos, los conocimientos y las dificultades derivados de sus vivencias y experiencias, lo que podría favorecer la reconstrucción de la identidad colectiva, se apoyan, sueñan, se comprometen y crecen de manera individual y colectivamente⁹.

Con relación a lo anterior, y según lo planteado por Moreno A y Díaz M. en su estudio las estrategias de acompañamiento psicosocial contempladas dentro de la vinculación con grupos comunitarios o de apoyo se describe que la más destacada está relacionada con los trabajos que se han realizado en torno a la construcción de la memoria colectiva, a través de la cual se ha fortalecido la identidad cultural de los colectivos. Por ende, los ejercicios de memoria colectiva son intervenciones sugeridas para superar las experiencias de victimización para lograr la reconstrucción de la historia⁹.

Las estrategias de intervención planteadas en este documento al compararlas con otros estudios han reportado beneficios positivos en la población en cuanto a la promoción, prevención o tratamiento. Las intervenciones durante su planeación y ejecución deben estar adaptadas al contexto cultural del territorio, lo que hace necesario que durante su implementación los líderes y autoridades comunitarias participen²⁷. Adicionalmente las intervenciones psicosociales y de salud integral deben estar acompañadas de estrategias para el mejoramiento de las condiciones de vida y mecanismos de protección y seguridad hacia la población^{16,20}. Es fundamental reconocer que los mecanismos de afrontamiento sugeridos en las intervenciones psicosociales están relacionados con la construcción y fomento de la resiliencia, el componente intrapsíquico, el desarrollo de habilidades individuales y colectivas a partir de la autonomía; la reconstrucción de la identidad⁹, generación de ambientes familiares y escolares favorables y medidas de rehabilitación como las establecidas en el Programa de Atención Psicosocial y de Salud Integral a Víctimas-PAPSIVI, sin perder de vista la necesidad de incluir de manera transversal el enfoque diferencial^{2,9,29}.

Por último, es importante mencionar que este estudio de manera implícita muestra las limitaciones y dificultades que tienen las entidades gubernamentales nacionales, departamentales y municipales, las autoridades locales y el trabajo intersectorial, incluyendo el sector salud, para prevenir, atender, mitigar y paliar las afectaciones

en salud asociadas a la violencia por el conflicto armado. Por otro lado, las limitaciones propias de este estudio están relacionadas con la no indagación del tiempo del diagnóstico de la enfermedad, que permitiera diferencias entre estadios agudos de los crónicos.

Conclusiones

1. La prevalencia del conflicto armado de este estudio fue del 80,0%, evidenció el reto psicosocial del municipio para responder a las dimensiones del daño, desde la esfera individual, familiar, comunitaria a través de múltiples estrategias de intervención con equipos multidisciplinares².
2. El tipo de violencia a la que estuvieron expuestos, el tiempo de exposición y los episodios experimentados posteriores al tipo de violencia son hallazgos que permitieron postular la hipótesis de que a mayor tiempo sea la exposición al conflicto armado, mayores episodios o factores de riesgo experimentan los individuos.
3. Las intervenciones planteadas están orientadas hacia la atención psicosocial a nivel individual, familiar y comunitario con espacios de liberación de emociones y desarrollo de habilidades individuales y sociales, las cuales deben complementarse con acciones interinstitucionales e intersectoriales para el mejoramiento de los determinantes sociales de la salud de acuerdo con los lineamientos nacionales establecidos¹⁶.

Agradecimientos

A la Fundación Juan N. Corpas, al Departamento de Iniciativas Globales, Eastern Washington University, estudiantes de medicina Fundación Universitaria UNINAVARRA, a los estudiantes de enfermería y medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, a las autoridades locales y residentes del municipio de Algeciras (Huila, Colombia). Al Proyecto 100K: convenio entre Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Departamento de Iniciativas Globales y Eastern Washington University por la financiación del presente estudio.

Conflicto de interés

Los autores no declaran conflicto de interés.

Referencias

1. Cartagena, C. Los estudios de violencia en Colombia antes de la violentología. *Diálogos Rev*

Elec Historia. 2016; 17(1): 63-88.

2. Colombia. Política de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno. Departamento de Planeación Nacional. 2016. Bogotá-Colombia <https://dnp.gov.co/politicas-de-estado/politica-de-atencion-a-victimas>.
3. López W, Pérez C, Pineda-Marín C. Relación entre el perdón, la reconciliación y la salud mental de las víctimas de la violencia sociopolítica. *Rev Victimol*. 2016; 1(1): 141-159.
4. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Huila: análisis de la conflictividad. 2010. Neiva-Huila. https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/COL/00058220_Analisis%20de%20conflictividad%20Huila%20PDF.pdf.
5. Hewitt N, Juárez F, Parada A, Guerrero J, Romero Y, Salgado A, et al. Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Rev Col Psicol*. 2016; 25(1): 125-140, doi: <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.49966>
6. Villa JD. Perdón y reconciliación: una perspectiva psicosocial desde la noviolencia. *Revista Latinoamericana Polis*. 2016; 43(1): 1-23. URL: <http://journals.openedition.org/polis/11553>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Programa de atención psicosocial y salud integral- PAPSIVI 2016. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Victimas/Paginas/papsivi.aspx>
8. Benitez D. Análisis del programa de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en el corregimiento del salado en el departamento de Bolívar. Universidad Nacional Abierta y a Distancia: Especialización de gestión pública. Cartagena. 2018. <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/17953/1047370257.pdf?sequence=>
9. Moreno M, Díaz ME. Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. *Ágo USB*. 2016; 16(1): 1-21. doi: <https://doi.org/10.21500/16578031.2172>
10. DANE. Proyecciones de población municipal por área. Periodo 2024-2035 Bogotá, Colombia: DANE; 2018 [Fecha de consulta: 25/07/2018]. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
11. Colombia. Ley 1448 de 2011. Atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno (Congreso de la República de Colombia, 10 de Junio de 2011) [Internet] Bogotá, Colombia: Congreso de la República; Disponible en: <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-1448-de-2011>.

- pdf2011. [Fecha de consulta: 25/07/2018].
12. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Instructivo de Caracterización -Primera versión. Subdirección Red Nacional de Información. Bogotá-Colombia. 2013. p 21-35.
 13. Blanco J, Maya J, Torres Y. Epidemiología básica y principios de investigación. 3ra edición. CIB Fondo Editorial. Medellín, Colombia; 2017, 21 p.
 14. Colombia. Resolución 008439 de 1993. Ministerio de Salud. Bogotá-Colombia. 1993
 15. Instituto Nacional de Salud. Consecuencias del conflicto armado en la salud de Colombia Bogotá, Colombia: Observatorio Nacional de Salud; 2018 [Fecha de consulta: 25/07/2019]. [https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Resumenes %20Ejecutivos/Resumen %20ejecutivo %20informe %209 %20Consecuencias %20del %20Conflicto %20Armado %20en %20Salud %20en %20Colombia.pdf](https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Resumenes%20Ejecutivos/Resumen%20ejecutivo%20informe%209%20Consecuencias%20del%20Conflicto%20Armado%20en%20Salud%20en%20Colombia.pdf)
 16. Hassan G, Ventevogel P, Jefee-Bahloul H, Barkil-Ote A, Kirmayer LJ. Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016; 25(2): 129-141. doi: <https://doi.org/10.1017/S2045796016000044>
 17. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C: Organización Mundial de la Salud; 2012 [Fecha de consulta: 25/07/2019]. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
 18. Campo-Arias A, Oviedo H, Herazo E. Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Rev Colomb Psiquiat*. 2014; 43(4): 177-185. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.003>
 19. Londoño A, Romero P, Casas G. The association between armed conflict, violence, and mental health: A cross sectional study comparing two populations in Cundinamarca department, Colombia. *Confl Health*. 2012; 6(1): 12. doi: <https://doi.org/10.1186/1752-1505-6-12>
 20. Bosqui T, Marshoud B. Mechanisms of change for interventions aimed at improving the wellbeing, mental health and resilience of children and adolescents affected by war and armed conflict: a systematic review of reviews. *Conflict Health*. 2018; 12: 15. doi: <https://doi.org/10.1186/s13031-018-0153-1>
 21. Charry-Lozano L. Impactos psicológicos y psicosociales en víctimas sobrevivientes de masacre selectiva en el marco del conflicto en el suroccidente colombiano en el año 2011. *Colomb Forense*. 2016; (2): 51-60. doi: <http://dx.doi.org/10.16925/cf.v3i2.1756>
 22. Arroyo J. Impacto psicosocial del conflicto armado en familias víctimas de Buenaventura. Universidad del Valle: Escuela de trabajo social y desarrollo humano. 2013. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/10620/CB-0503492.pdf;jsessionid=BFFF786987EB6DBA3EC00526054C2F9F?sequence=1>
 23. Médicos sin fronteras. Las heridas menos visibles: Salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia. Médicos sin fronteras, 2013 Colombia. https://www.msf.es/sites/default/files/legacy/adjuntos/Informe-Colombia_Junio-2013.pdf
 24. Mogollón A, Vásquez ML, García M. Necesidades en salud de la población desplazada por el conflicto armado en Bogotá. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77(2): 257-266.
 25. Medicina Legal. Lesiones infligidas por otros Bogotá, Colombia: Medicina Legal; 2014 [Fecha de consulta: 25/07/2019]. <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49222/Homicidio.pdf/1a5d4e4d-9a14-2b05-0f16-d68e6615268b?version=1.0>
 26. Gómez-Restrepo C, Tamayo-Martínez N, Buitrago G, Guarnizo-Herreno C, Garzón-Orjuelae N, Eslava-Schmalbachf J, et al. Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. *Rev Colomb Psiquiat*. 2016; 45(S1): 147-153.
 27. Jordans M, Piggot H, Tol W. Interventions for children affected by armed conflict: A systematic review of mental health and psychosocial support in low- and middle-income countries. *Curr Psychiatry Rep*. 2016; 18(1): 9. doi: <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0648-z>
 28. Departamento Nacional de Planeación. Índice de incidencia del conflicto armado Bogotá, Colombia: Departamento Nacional de Planeación; 2016. [Fecha de consulta: 25/07/2019]. [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Politica %20de %20Vctimas/Construcci %C3 %B3n %20de %20Paz/ Documento %20 %C3 %ADndice %20de %20 incidencia %20del %20conflicto %20armado.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Politica%20de%20Vctimas/Construcci%C3%B3n%20de%20Paz/Documento%20%C3%ADndice%20de%20incidencia%20del%20conflicto%20armado.pdf)
 29. Morales J. Consecuencias psicosociales en los adolescentes en situación de desplazamiento. Universidad colegio mayor de nuestra señora del rosario: departamento de psiquiatría. 2009. <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/1665/23474878.pdf?sequence=1>
 30. Castrillón D, Centro Nacional de Memoria Histórica. ¡Basta ya! Colombia: memorias

- de guerra y dignidad. Bogotá: Imprenta Nacional; 2013. Disponible en: <https://www.centrodehistoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-colombia-memorias-de-guerra-y-dignidad-2016.pdf> [Fecha de consulta: 15/05/2017].
31. Alejo EG, Rueda G, Ortega M, Orozco LC. Estudio epidemiológico del tept en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Universitas Psychol.* 2007; 6(3): 623-635.
 32. Dinero. Más del 93% del empleo de las víctimas del conflicto es informal [Internet] 2016. Disponible en: <https://www.semana.com/pais/articulo/situacion-laboral-de-las-victimas-del-conflicto-armado-en-colombia/234799/>
 33. Orjuela JF. Situación de salud de las personas víctimas del conflicto armado residentes en la localidad de Tunjuelito, Bogotá, 2013-2014. Tesis para optar el título de magister en salud pública. Universidad Santo Tomás 2017. [http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10379/Orjuelajos %C3 %A92018.pdf?sequence=1](http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10379/Orjuelajos%C3%A92018.pdf?sequence=1)