




# Salud mental y psicosocial en supervivientes a la masacre de Bojayá: estudio narrativo de tópicos

## Mental and psychosocial health in survivors of the Bojayá massacre: a narrative study of topics

Zulma Consuelo Urrego-Mendoza<sup>1\*</sup> ; Angie Carolina Natib-Rosero<sup>1</sup> ; Geraldine Ramírez-Cuervo<sup>1</sup> 

\*zulcurregom@unal.edu.co

**Forma de citar:** Urrego Mendoza ZC, Natib Rosero AC, Ramírez Cuervo G. Salud mental y psicosocial en supervivientes a la masacre de Bojayá: estudio narrativo de tópicos. Salud UIS. 2024; 56: e24015. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.56.e:24015>



### Resumen

**Introducción:** la masacre de Bojayá constituye uno de los eventos más visibles del conflicto armado en Colombia. La muerte de aproximadamente 119 personas y las afectaciones en los sobrevivientes siguen siendo importantes temas de análisis y estudio. **Objetivo:** caracterizar la salud mental y psicosocial de las víctimas de la masacre de Bojayá desde las narrativas de los supervivientes. **Metodología:** estudio cualitativo narrativo de tópicos. Se analizaron registros de 66 personas supervivientes ubicadas en el municipio de Bojayá y en la ciudad de Quibdó. **Resultados:** la salud mental de los sobrevivientes a la masacre se encuentra afectada principalmente por síntomas persistentes de tristeza, miedo y desesperanza. Respecto a la salud psicosocial, la familia es considerada la principal red de apoyo y un recurso fundamental para el bienestar, además de otras redes comunitarias. Las redes familiares y comunitarias se vieron modificadas, relacionando la fragmentación familiar con la migración y desplazamiento forzado. **Discusión:** tanto el perfil de signos y síntomas encontrado, como las estrategias de afrontamiento y formas de resiliencia utilizadas por los supervivientes coinciden con lo reportado en otros estudios realizados con supervivientes de masacres. No obstante, en un marco de exposición continuada a eventos vitales no normativos, las afectaciones de salud mental y psicosocial se han mantenido en el tiempo. **Conclusiones:** las narrativas de los sobrevivientes sobre salud mental muestran síntomas no resueltos que ameritan estudios posteriores. Predominaron las alteraciones del estado de ánimo; también fueron exhibidas múltiples estrategias adaptativas individuales y colectivas, sostenidas especialmente por redes de apoyo primarias.

**Palabras clave:** Salud mental; Servicios de asistencia psicológica; Sobrevivientes; Conflictos armados; Violencia; Exposición a la violencia; Narrativa personal; Investigación cualitativa.

### Abstract

**Introduction:** The Bojayá Massacre is one of the most visible events of the armed conflict in Colombia. The death of approximately 119 people and the effects on survivors remain as important subjects of analysis and study. **Objective:** To characterize the mental and psychosocial health of the victims of the Bojayá massacre based on the

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

narratives provided by the survivors. **Methodology:** Qualitative narrative study of topics. Records of 66 survivors located in the municipality of Bojayá and the city of Quibdó were analyzed. **Results:** The mental health of the massacre's survivors continues to be mainly affected by persistent symptoms of sadness, fear and hopelessness. Regarding to psychosocial health, family is considered the main support network and a fundamental resource for well-being, alongside other community networks. Family and community networks were modified, associating family fragmentation with migration and forced displacement. **Discussion:** The profile of signs and symptoms and the coping strategies and forms of resilience used by the survivors coincide with findings of other studies involving survivors of massacres. However, in a framework of continuous exposure to non-normative life events, the effects on mental and psychosocial health persist over time. **Conclusions:** The narratives of the survivors about mental health show unresolved symptoms that warrant further studies. Mood disorders predominated, and multiple individual and collective adaptive strategies were also exhibited, especially based on primary support networks.

**Keywords:** Mental health; Psychosocial support systems; Survivors; Armed conflicts; Violence; Exposure to violence; Personal narrative; Qualitative research.

### Introducción

El departamento del Chocó está ubicado al noroccidente de Colombia, en la región fronteriza con Panamá. Biogeográficamente se integra con el territorio comprendido entre el océano Pacífico y la cordillera occidental, desde el norte de Ecuador hasta el tapón del Darién<sup>1</sup>. Se trata de un territorio habitado principalmente por comunidades indígenas y afrodescendientes que ha sido fuertemente afectado por el conflicto armado interno colombiano<sup>2</sup>. Según mediciones gubernamentales del año 2018, un 32,7% de los habitantes del Chocó se encuentra en condiciones de pobreza extrema<sup>3</sup>, pese a contar con territorios reconocidos por sus riquezas naturales, las cuales han propiciado la intervención de múltiples empresas extractivistas<sup>2</sup>.

El municipio de Bojayá se ubica en la región del Atrato medio choaco y abarca una extensión de 3693 Km<sup>2</sup> predominantemente rurales. Tiene una población de 11 933 habitantes, de los cuales 43,71% son indígenas y 50,26% afrocolombianos<sup>4</sup>. El 2 de mayo de 2002 se perpetró una masacre en la cabecera municipal de Bojayá, en medio de confrontaciones armadas entre paramilitares y guerrilleros, donde resultaron aproximadamente 119 víctimas civiles fatales. Este suceso impactó la vida y cotidianidad de la comunidad, que se vio afectada de manera física, material, psicológica y espiritual<sup>5</sup>. Según registros de la organización comunitaria Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá, alrededor de 157 personas sobrevivieron y actualmente residen en distintas regiones del país<sup>6</sup>. La masacre produjo el desplazamiento forzado de prácticamente toda la población durante el 2002. Posteriormente algunos retornaron a la cabecera municipal, que fue reconstruida en otra localización denominada Nueva Bellavista, mientras que otros permanecieron en situación de desplazados en diversas regiones colombianas<sup>7</sup>.

En los veinte años transcurridos desde entonces, se han realizado algunos estudios sobre las afectaciones en la salud mental de las víctimas, así como sobre las implicaciones psicosociales de este evento violento en las personas y comunidades afectadas, con predominio de los segundos sobre los primeros. En el primer grupo, se destacan dos investigaciones de Londoño et al.<sup>7,8</sup>, quienes un año después de la masacre efectuaron un estudio de casos y controles con la participación de 40 supervivientes adultos para identificar diagnósticos psiquiátricos, así como un perfil cognitivo asociado a quienes entre ellos tuvieron un trastorno por estrés postraumático (TEPT)<sup>7,8</sup>. En el segundo, un conjunto de trabajos que han descrito las transformaciones culturales, sociales y en las redes de apoyo, no solo como resultado de la masacre, sino por las violencias continuadas de todo tipo a las que la misma población ha continuado expuesta, junto con las estrategias de afrontamiento y resiliencia desplegadas por las personas y el colectivo<sup>9-11</sup>.

En relación con lo anterior, se ha reportado que un 37% de los participantes cumplían criterios para un TEPT, a menudo en comorbilidad con fobia social, trastornos por angustia y trastornos depresivos mayores. El riesgo suicida fue del 37% en quienes recibieron diagnóstico de TEPT y del 62% en aquellos con otros diagnósticos. Asimismo, se encontró que el perfil cognitivo de las personas diagnosticadas con TEPT se caracterizaba por un patrón frecuente de búsqueda de ayuda profesional ante sus dificultades, poco uso de estrategias de afrontamiento de tipo religioso, pobre autoestima, distanciamiento afectivo respecto a las demás personas y poca expresión de las dificultades de afrontamiento experimentadas. Además, se ha identificado a las mujeres como agentes centrales en la reconstrucción del tejido social fragmentado por la violencia en Bojayá, a través de diversas prácticas

sociales como la herbolaria y las actividades artísticas, entre otras<sup>12-14</sup>.

Para avanzar a partir de esas bases, esta investigación buscó caracterizar las narrativas sobre salud mental y psicosocial evidenciadas en un grupo de supervivientes a la masacre de Bojayá del 2002. Se tomó en cuenta la salud mental, desde los síntomas y problemas experimentados por las personas; y la salud psicosocial, a partir de las redes de apoyo sociales y familiares, así como las formas de afrontamiento implementadas ante la adversidad generada por la masacre. De este modo, se entendió la salud mental desde una perspectiva biomédica como la normalidad resultante de la ausencia de signos, síntomas y trastornos<sup>15</sup>; y la salud psicosocial como el emergente de participar de un tejido relacional que reconoce, apoya y valora al ser humano como sujeto constructor de realidades a través de sus prácticas sociales solidarias<sup>16</sup>.

Valga aclarar que algunos resultados preliminares relacionados con los principales diagnósticos psiquiátricos en este grupo de supervivientes de la masacre<sup>6</sup> y a los correlatos psicológicos asociados con disfunción sexual en algunas de las mujeres de la misma población<sup>17</sup> fueron publicados previamente en artículos de investigación. Sin embargo, estos estudios no se enfocaron en los resultados a presentar en esta investigación.

### Metodología

Se realizó un estudio cualitativo, siguiendo un diseño narrativo de tópicos<sup>18</sup> donde se analizaron los registros de evaluaciones clínicas efectuadas en el año 2018 en 66 personas supervivientes de la masacre de Bojayá. Estas fueron dirigidas por una instancia organizativa comunitaria denominada “Comité por los derechos de las víctimas de Bojayá” hacia un proyecto de extensión solidaria liderado desde la Universidad Nacional de Colombia, con el fin de desarrollar un análisis de su situación de salud. Las personas direccionadas fueron seleccionadas por el mismo comité a partir de sus bases de datos, que incluían un total de 157 personas registradas, de las cuales 141 eran supervivientes directas de la masacre que residían en los municipios de Bojayá y Quibdó a diciembre de 2018. De estas, se invitó a participar a 66 personas que anteriormente no habían recibido valoraciones similares respecto a su salud. Todas las personas invitadas aceptaron participar y se convirtieron en las fuentes primarias de información para los registros que fueron analizados en esta investigación.

El análisis estuvo basado en los registros manuales individuales desarrollados por una profesional en psicología y una profesional en psiquiatría durante las valoraciones clínicas efectuadas en diciembre de 2018. Todos los participantes otorgaron consentimiento informado escrito para su valoración y para que sus resultados pudieran ser utilizados de manera conglomerada en análisis académicos futuros. Además, se les informó el carácter voluntario de su participación y su posibilidad de retirarse en cualquier momento. Se utilizaron códigos alfanuméricos para proteger la identidad y garantizar la confidencialidad a los participantes.

La recolección de la información se llevó a cabo en instalaciones de salud de primer nivel de atención o instalaciones comunitarias acondicionadas para la evaluación clínica, ubicadas en las localidades de Quibdó y Bellavista respectivamente. Estas fueron facilitadas solidariamente mediante gestión interinstitucional, para los fines de las actividades de extensión en las cuales se levantaron los registros clínicos que dieron lugar a esta investigación.

A todas las personas participantes se les ofreció, además de la valoración, una intervención psicoterapéutica de sesión única (ITSU) por parte de las mismas profesionales, quienes estaban entrenadas en esta técnica. Esta intervención terapéutica ha sido empleada en Colombia por organizaciones de ayuda humanitaria en salud en contextos de conflicto armado<sup>19</sup>, y fue diseñada para su uso en escenarios en los que los consultantes no regresarán a una segunda consulta para continuar con una psicoterapia convencional<sup>20</sup>. Cuando se consideró necesario, las personas fueron remitidas a servicios de atención en salud mental para continuar con la atención especializada.

El conjunto de valoración e ITSU tuvo una duración entre 40 y 120 minutos por participante y fue realizado por dos profesionales expertas en el área de salud mental en víctimas de conflicto armado. La información obtenida se registró manualmente utilizando formatos prediseñados con campos cerrados y abiertos para anotar datos puntuales y narrativas literales proporcionadas por los participantes, al igual que notas de campo. Se utilizó la técnica de registro diferido de la información<sup>21</sup>, ya que se decidió no hacer grabación de las interacciones con los participantes. Esto se hizo tanto porque resulta una práctica potencialmente insegura para estos y para el equipo de investigación dentro de contextos de conflicto armado activo, como para evitar posibles detonantes de trastornos mentales o malestares psicológicos<sup>22</sup>.

Para el análisis de la información se partió de una serie de categorías temáticas deductivas en torno a las vivencias en salud mental y psicosocial de las personas participantes. Se mantuvo apertura ante la aparición de subcategorías o nuevas categorías temáticas emergentes inductivas en el marco de lo anterior.

Respecto a las narrativas en salud mental se consideraron los síntomas o problemas manifestados por los participantes y los priorizados para una posible intervención desde la perspectiva de los afectados, así como las repercusiones de esas cuestiones en la vida de las personas desde su punto de vista, junto con su percepción sobre condiciones precipitantes o atenuantes de aquello que les aquejaba.

En cuanto a las narrativas en salud psicosocial, se tomaron en cuenta las estrategias adaptativas adoptadas ante la queja o problema principal; manifestaciones de resiliencia representadas por funcionalidad positiva, recursos personales, o sociales; características de la red de apoyo familiar, incluyendo miembros significativos para la comprensión o solución del problema; y acontecimientos vitales significativos adicionales a la exposición a la masacre y relacionados con las problemáticas expuestas, tales como reexposición a violencias, pérdidas, o condiciones médicas.

Se analizó manualmente la información, según lo especificado por Bolívar<sup>23</sup> para el análisis narrativo. Dos codificadoras independientes que se desempeñaban como jóvenes investigadoras en el proyecto, estudiantes de terapia ocupacional y de maestría en trabajo social, respectivamente, realizaron el proceso de lectura y relectura de los registros de información, y organizaron el material narrativo tomado a partir de cada registro. En matrices analíticas preparadas en Excel, con base en las categorías temáticas deductivas de partida, se fueron añadiendo las categorías y subcategorías inductivas que emergieron. La investigadora principal, médica psiquiatra con maestría en psicología clínica y doctorado en salud pública, verificó la extracción de información mediante contrastación con las fuentes y la codificación; las divergencias fueron dirimidas por consenso.

Se asumieron los criterios de rigor de Guba y Lincoln<sup>24</sup> de la siguiente manera: credibilidad, reflejando todos

los puntos de vista expuestos por los participantes, y empleando triangulación de observadores para ejercer juicio crítico recíproco; transferibilidad, incluyendo desde lo metodológico una descripción amplia del contexto en que emergieron los datos; consistencia, dejando constancia sobre el proceso de recogida y análisis de la información, e incluyendo procedimientos de manejo independiente de los datos por dos de las investigadoras con posterior verificación por la tercera; y confiabilidad, mediante levantamiento de registros de todo el proceso, el apoyo de los resultados con transcripciones textuales y el ejercicio reflexivo constante, explicitando supuestos y puntos de vista de las investigadoras.

## Resultados

### Caracterización de los participantes

Dentro de los 66 registros de entrevistas clínicas analizados, se encontraron 45 mujeres y 21 hombres sobrevivientes directos de la masacre de Bojayá, con un rango de edad entre 16 y 83 años, y una edad promedio de 43 años. Además, se identificó que 31 de ellos residían en Quibdó y 35 en el municipio de Bojayá, Chocó.

### Narrativas sobre salud mental

En cuanto a los síntomas de salud mental identificados, se observó una amplia gama de síndromes (**Tabla 1**). Los síntomas de tristeza, miedo y desesperanza fueron los más mencionados por los participantes.

Algunos de los síntomas referidos, relacionados con alteraciones negativas del estado de ánimo como la tristeza, inseguridad, desesperanza o culpa, entre otros, fueron explicados narrativamente como resultado de problemas con la autoimagen y dificultades para el logro ocupacional debido a las lesiones físicas sufridas durante la masacre. Además, dentro de las narrativas, los problemas relativos a duelos múltiples y persistentes por pérdidas materiales y de seres queridos también ocuparon un lugar importante. Se hizo referencia frecuente a la imposibilidad de recuperación de los restos fatales de los seres queridos, lo cual no permitió efectuar los ritos mortuorios conforme a las tradiciones de la comunidad, obstaculizándose la superación del duelo.

**Tabla 1.** Principales síntomas identificados.

Síntomas	Espectro sindromático relacionado	Frecuencia (NRT <sup>a</sup> )
Tristeza	Depresivo	22
Miedo	Ansioso	11
Desesperanza	Depresivo	11
Sentimientos de ira/rabia	Depresivo	8
Nervios	Ansioso	8
Sentirse inseguro/baja autoestima	Depresivo	8
Preocupación constante por asuntos actuales	Ansioso	6
Angustia	Ansioso	5
Pérdida de interés en las actividades/anhedonia/ Aburrimiento vital	Depresivo	5
Recuerdos desagradables/intrusivos	Postrumático	4
Regresiones del desarrollo	Conductual	4
Preocupación por el futuro	Ansioso	4
Agresividad	Conductual	3
Problemas de sueño	Somático	3
Alteraciones de atención/concentración	Cognitivo	2
Alteraciones de la memoria	Cognitivo	2
Uso y abuso de sustancias psicoactivas y alcohol	Conductual	3
Evitación de lugares	Postrumático	2
Culpa	Depresivo	2
Ideación suicida	Depresivo	1
Pánico	Ansioso	1

Fuente: Elaboración propia.

<sup>a</sup> Número de registros en que se identificó ese tema durante el análisis narrativo. El total excede a los 66 registros analizados pues podían existir varios síntomas de importancia en una misma persona.

*Cuando pasó la masacre del 2 de mayo, perdí a mi mujer y a tres de mis hijos, quedé solo con 5 hijos que criar (...). Perdí mucha gente conocida y querida para mí: vecinos, familiares, primos, tíos, sobrinos (...). Yo quedé herido y aún tengo esquirolas en mi pie derecho. (...) Apesar que volví a tener compañera y tengo 3 hijos mi vida no es igual... mi primera mujer es irremplazable (QUIB04). Soy sobreviviente de la masacre... allá murieron dos hermanitos míos y el marido de mi hermana, ella estaba embarazada (...). Salimos desplazados (...). Después de eso, todavía siento tristeza, se me dificulta mucho concentrarme, me da nostalgia, soy muy desconfiado, ando prevenido, no puedo olvidar. A veces siento culpa y me da impotencia; me da miedo de sitios con mucha gente (...). En ocasiones tomo (QUIB19).*

De otro lado, en algunas ocasiones la sintomatología mental manifestada se enlazó narrativamente con la presencia de molestias físicas como dolor de cabeza, corazón, pecho, o taquicardia, entre otros.

Los resultados priorizados por los participantes para una posible intervención se expresaron como:

*Quisiera ser más segura, creer más en mí. No sentirme tan triste (QUIB01); Poder conseguir un rancho mejor para vivir más tranquila (QUIB35); Que no me vuelva a quedar nerviosa como estaba al principio en 2002 (QUIB38); Mejorar mis recuerdos, en vez de tristes, verlo como Dios lo quiso a mí para algo (QUIB30); Quisiera poder volver a confiar y tener una pareja, quitarme la desconfianza (BOJ45); Que mejore mi calidad de vida y la de mis vecinos (BOJ21).*

Ahora bien, desde la perspectiva de los afectados, la masacre les generó una serie de problemáticas, con repercusiones que continúan afectando su vida y cotidianidad. Se identificaron cinco grandes núcleos problemáticos: sufrimiento psicológico, vida social y comunitaria, dinámicas familiares, corporalidad que afecta la funcionalidad y revictimización por violencia continuada (**Tabla 2**).

**Tabla 2.** Núcleos problemáticos y repercusiones en la vida de los supervivientes.

Núcleo problemático	Aspectos mencionados	Frecuencia (NRT <sup>b</sup> )
Sufrimiento psicológico	Ausencia de ayuda psicológica	53
	Molestias psicológicas persistentes	
Vida social y comunitaria	Desplazamiento forzado	36
	Estigmatización	
	Pérdida de vínculos o redes de apoyo	
	Afectación cultural	
Dinámicas familiares	Otros	29
	Duelos familiares irresueltos	
	Relaciones y vínculos alterados	
Corporalidad que afecta la funcionalidad	Estructura y organización familiar modificada	22
	Laboral	
	Personal	
	Social	
Revictimización por violencia continuada	Familiar	8
	Conflicto armado	
	Intrafamiliar	
	De género	

Fuente: Elaboración propia.

<sup>b</sup> Número de registros en que se identificó ese tema durante el análisis narrativo. El total excede a los 66 registros analizados pues en una misma persona podían existir varias situaciones o repercusiones problemáticas mencionadas como aspectos relativos a núcleos problemáticos evidenciados.

En cuanto a las condiciones que se identificaron como precipitantes de la sintomatología en salud mental, se encuentra principalmente el haber experimentado la masacre de Bojayá junto con las secuelas físicas y psicológicas derivadas de este hecho. Igualmente, el conflicto armado en sus múltiples expresiones, la estigmatización, violencia física, sexual, basada en género e intrafamiliar, y la poca reparación integral recibida. Por otra parte, se observó que las redes familiares, sociales y comunitarias, prácticas y creencias religiosas, cualidades individuales y los saberes ancestrales son los atenuantes más comúnmente señalados por los participantes ante sus síntomas y problemas.

Fue especialmente relevante el apoyo familiar como condición atenuante de síntomas y problemas, mediante el cuidado:

*Murió el año pasado (padre), él era el que me cuidaba, aunque no se quería venir de Bojayá, me cuidaba (...). Son ahora los que me apoyan (los hermanos) (QUIB35).*

De igual forma, los conflictos y la violencia continuada actúan como condiciones precipitantes de síntomas:

*“Esta mañana mataron a un muchacho en el patio de mi casa (...). Un enfrentamiento de bandas y policías. Yo desde la masacre tengo miedo a las armas, a los tiros y me tiro desde la cama, hasta he ido al médico, tomado remedios y he mejorado, pero en el último año he empezado por las bandas (...). Hoy volví a tirarme al piso a refugiarme, desde hace 18 años no lo hacía” (QUIB38).*

### Narrativas sobre salud psicosocial

Para sobrellevar las diferentes situaciones y problemáticas derivadas tras la masacre, las personas supervivientes relacionan algunas estrategias adaptativas positivas, no obstante, también manifestaron estrategias desadaptativas para sobrellevar el trauma, dimensionadas respectivamente en la **Tabla 3**.

Por otra parte, las manifestaciones de resiliencia identificadas por los participantes se ubicaron en cuatro componentes principales, sintetizados en la **Tabla 4**, así: 1. Funcionalidad positiva; 2. Recursos personales; 3. Recursos sociales y; 4. Recursos espirituales o morales.



**Tabla 3.** Estrategias adaptativas y desadaptativas generadas por los supervivientes de la masacre de Bojayá.

Estrategias adaptativas	Frecuencia (NRT <sup>c</sup> )	Estrategias desadaptativas	Frecuencia (NRT <sup>c</sup> )
Espiritualidad o acudir a prácticas religiosas	26	Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol o cigarrillo)	5
Acudir a las redes familiares	13	Episodios de violencia intrafamiliar	2
Evitación de reviviscencias traumáticas	12	Intención suicida	1
Estudiar o trabajar	8	Pobre interacción verbal con otras personas	1
Sobreponerse y encontrar sentido al hecho de haber sobrevivido a la masacre	8		
Apoyo social de amigos y vecinos	8		
Resiliencia	8		
Participación de actividades artísticas (danza, canto, composición, escritura)	8		
Buscar y acudir a los servicios de salud mental para tratamiento	6		
Apoyo comunitario desde el liderazgo	4		
Uso de medicina y conocimientos ancestrales	3		

Fuente: Elaboración propia.

<sup>c</sup>Número de registros en que se identificó ese tema, durante el análisis narrativo efectuado. El total excede a los 66 registros analizados pues podían existir varias estrategias mencionadas en una misma persona.

**Tabla 4.** Manifestaciones de resiliencia.

Componente	Tipo de recurso	Frecuencia (NRT <sup>d</sup> )
Funcionalidad positiva	Relaciones familiares y sociales	53
	Actividades productivas	21
	Relaciones comunitarias	9
	Vida religiosa	4
Recursos personales	Características subjetivas	56
	Creencias protectoras	3
Recursos sociales	Familiares y sociales	60
Recursos espirituales	Prácticas religiosas	47

Fuente: Elaboración propia.

<sup>d</sup>Número de registros en que se identificó ese tema durante el análisis narrativo. El total excede a los 66 registros analizados pues podían existir varias manifestaciones en una misma persona.

Los participantes resaltaron como redes de apoyo significativas, aquellas construidas a partir de relaciones de amistad, así como grupos de mujeres organizados con posterioridad a la masacre con el fin de promover liderazgos y brindarse apoyo mutuo:

*Como me conocen que soy líder, muchos me han apoyado (amigos) (QUIB35).*

La familia, tal como se ha podido observar, constituyó una de las principales redes de apoyo reconocidas por los participantes. Al respecto, 15 personas la identificaron como el recurso central que les ha permitido superar los hechos de la masacre. Esto debido a que pese a la pérdida de muchos parientes en tal evento, en la supervivencia también se han tejido nuevas redes de

apoyo familiares y dinámicas de cohesión desplegadas en ellas como mecanismos de protección mutua.

*Me apoyan para los nervios, me recomiendan tomarme los remedios (nieto e hija) (QUIB38).*

Así, la masacre generó cambios en las formas de composición familiar, específicamente, 28 familias relacionaron pérdidas familiares que propiciaron importantes transformaciones en ellas. Las familias tuvieron que reorganizarse de acuerdo con los sucesos y según las nuevas dinámicas, como el desplazamiento forzado:

*La familia quedó desperdigados después de esa masacre (...). Yo no quise volver por allá... y entonces cada uno se fue buscando vida y se desperdigaron (QUIB39).*

La masacre propició no solo transformaciones de índole estructural en las familias, sino consecuencias en los vínculos familiares y en las pautas de relacionamiento; aspectos que son influidos por los nuevos contextos territoriales y las dinámicas culturales que allí se desarrollan. En las narrativas de los sobrevivientes se identifica como principal tipo de relación familiar actual la cercanía, seguida por la conflictividad, unión, violencia, distancia, el rompimiento y la fusión. Desde lo estructural, predominaron las familias nucleares o extensas, pero también hubo lugar para las monoparentales, unipersonales y reconstituidas; estas últimas, en buena medida, como consecuencia de nuevas configuraciones adoptadas luego de la masacre.

Las narrativas evidenciaron la revictimización como una constante frecuente en poblaciones que residen en zonas afectadas por el conflicto armado aún abierto. Además de las afectaciones por la masacre, el conflicto armado también cobró la vida de algunos de los familiares de los sobrevivientes en otros eventos de guerra. Así mismo, se evidenció un caso de violencia sexual posterior a la masacre, el cual tuvo a una mujer como víctima y a actores armados como victimarios.

Finalmente, en la **Tabla 5** se presentan los principales eventos vitales significativos, no normativos, expresados en las narrativas de los sobrevivientes, adicionales a

su exposición a la masacre, los cuales se presentan en orden decreciente de frecuencia de mención.

## Discusión

Cuando hablamos de la afectación en salud mental y psicosocial en la población de Bojayá, es importante resaltar sus componentes tanto individuales como colectivos. Además de los impactos agudos de la violencia sufrida en la masacre y sus consecuencias inmediatas, los supervivientes vienen lidiando con repercusiones ampliadas en el tiempo. Estas incluyen los efectos transgeneracionales del trauma<sup>25</sup>, el desplazamiento forzado continuo, la revictimización y marginalización social resultante, así como múltiples modificaciones de formas de vida tradicionales, precarización del empleo, dificultad para acceder a la satisfacción de las necesidades básicas y el aumento de la pobreza<sup>26</sup>. Todo ello ha contribuido a perpetuar en el tiempo un conjunto de signos y síntomas en la salud mental que afectan el bienestar de estas personas, con especial frecuencia de aquellos relacionados con la tristeza, desesperanza y el miedo en el marco del espectro sindrómico de lo depresivo y ansioso. Además, no se puede descartar la presencia de síntomas representativos de síndromes postraumáticos, somáticos, cognitivos y conductuales en las personas.

**Tabla 5.** Eventos vitales significativos adicionales a exposición a la masacre.

Tipología	Descripción	Frecuencia (NRT <sup>o</sup> )
Violencia	Sexual en la familia	57
	Sexual fuera de la familia	
	Experiencia de combate	
	Intrafamiliar no sexual	
	Otras por conflicto armado	
Separación o pérdida	Familiares muertos en la masacre	48
	Amigos y vecinos muertos en la masacre	
	De vínculos familiares y comunitarios	
Desastre o catástrofe	Materiales	40
Condiciones médicas	Afectaciones físicas derivadas de la masacre	5
	Adicción a sustancias psicoactivas y alcohol	

Fuente: Elaboración propia.

<sup>o</sup>Número de registros en que se identificó ese tema durante el análisis narrativo. El total excede a los 66 registros analizados pues podían existir varios eventos vitales no normativos en una misma persona.



Ante esta situación, las personas y la colectividad no han permanecido inmóviles, quedaron en evidencia múltiples estrategias de afrontamiento adaptativas usadas por los supervivientes. Entre estas se destacan la espiritualidad y las prácticas religiosas, las redes familiares, el apoyo social extrafamiliar, apoyo profesional y la resiliencia, manifestada en la capacidad de salir adelante, sobreponerse a los malos recuerdos y encontrar sentido al hecho de haber sobrevivido a la masacre. Lo anterior coincide con otros estudios realizados en periodos más cercanos a la masacre de Bojayá del 2002<sup>7</sup>, donde también se evidenció que estas víctimas del conflicto recurrían en mayor medida tales estrategias. La evitación continuó siendo una manifestación relevante empleada ante situaciones, conversaciones, lugares, actividades y personas que reviven recuerdos asociados a la masacre, lo cual influyó de manera significativa en la vida de los supervivientes. Esto coincide con lo encontrado por otros investigadores<sup>27</sup>, quienes también mencionan esta estrategia, la cual, aunque adaptativa, al volverse recurrente ha de ser abordada a profundidad en poblaciones como la de Bojayá.

Tras la masacre, las redes familiares y comunitarias se vieron modificadas luego de la muerte de familiares, amigos y vecinos. No obstante, aunque el desplazamiento forzado implicó una forma de rompimiento de lazos, también permitió la construcción de otros nuevos en medio de retos significativos para lograr la integración dentro del nuevo contexto. La migración de gran parte de los supervivientes a la ciudad de Quibdó coincide con las dificultades espaciales, culturales, económicas y sociales de adaptación en los nuevos territorios planteadas por Palacio y Madariaga<sup>28</sup>. Además, concuerda con lo concluido por Vásquez et al.<sup>27</sup> sobre el asentamiento de un alto número de población sobreviviente a eventos del conflicto armado en ámbitos urbanos. En este sentido, lo que denominamos como “desplazamiento forzado” constituye por sí mismo otro hecho victimizante, en el marco de múltiples eventos vitales significativos y no normativos, derivados de las dinámicas de violencia que se acumulan sobre las personas y colectividades. Estos eventos se agregan a los que generaron la migración inicial con el fin de proteger la vida.

Ahora bien, las familias como referentes básicos de sociabilidad reciben directamente los impactos de la guerra<sup>29</sup>; por lo tanto, las familias sobrevivientes a la masacre de Bojayá se vieron afectadas en su estructura, organización y dinámica, tal como fue evidenciado en la sección de resultados. De igual forma, Palacio y Madariaga<sup>28</sup> sostienen en su estudio sobre los lazos y redes sociales en personas desplazadas y asentadas en

Pinar del Río, Barranquilla, que las familias que migran y se establecen en centros urbanos suelen llegar con la carga de la fragmentación familiar por muerte de algún miembro en hechos del conflicto armado. Es por ello que se concluye que la victimización de las personas por el conflicto armado afecta tanto a nivel individual como familiar y comunitario<sup>29</sup>, aspecto que concuerda con lo narrado por los sobrevivientes de la masacre de Bojayá en esta investigación.

Los hechos de violencia o guerra afectan las formas de relacionamiento, ya que introducen dinámicas de poder y dominación que se perciben en las relaciones comunitarias y calan en las familias<sup>29</sup>. Así, en las narrativas de los sobrevivientes a la masacre se identificó la exposición a múltiples eventos vitales significativos de tipo no normativo que dejan un lugar importante para vivencias violentas adicionales a las de la masacre. Esto pudo haberse reflejado en la evidencia de relaciones conflictivas, violentas, distantes o rompimiento de vínculos, existentes en las narrativas de algunas familias; aunque también hubo testimonio de apoyo y sostén social a partir de la familia en muchos casos, lo que resultó significativo para la adaptación al trauma. De esta forma, las familias sometidas a los rigores de los conflictos armados suelen verse obligadas a reorganizarse, reestructurarse, definir nuevos roles y a buscar nuevas herramientas que les permitan sobrellevar las situaciones vulnerables<sup>30</sup>.

En suma, fue posible caracterizar en la población abordada un conjunto de narrativas sobre salud mental en las que predominaron los relatos sobre afectaciones actuales por síntomas del espectro de lo depresivo y ansioso. Esto se complementa con las narrativas relacionadas con la salud psicosocial, donde se evidencia el papel central que ocupó la familia y las redes de apoyo comunitario en la constitución del tejido social que ha apoyado de manera fundamental los procesos de adaptación e incorporación de los supervivientes en las nuevas realidades trazadas por la supervivencia a una masacre. Es importante tener en cuenta que las familias también pueden experimentar problemáticas relacionadas con reproducción de violencias en su interior, en el marco de un contexto violento expulsor del sitio de origen, con violencia que, en muchas ocasiones, se perpetúa dentro de los sitios de acogida para las personas desplazadas. Todos los asuntos antes mencionados pueden abrir nuevas rutas para la investigación futura con poblaciones de personas supervivientes a masacres en el marco de los conflictos armados, que permitan ejercicios comparativos, en busca de explicaciones para los fenómenos comunes y diferentes en las evoluciones en salud observadas entre

supervivientes de distintas masacres y así ampliar las bases teóricas en torno al tema.

En cuanto a la población de Bojayá, resulta especialmente importante continuar con las indagaciones alrededor de la persistencia de síntomas ansiosos, depresivos y postraumáticos luego de más de veinte años transcurridos desde esa masacre, aunque han sido reportados múltiples proyectos de intervención dirigida a esa población<sup>31,32</sup>. Incluso se diseñó y ejecutó una versión particular del programa de atención psicosocial y salud integral (PAPSIVI), a cargo del Estado Colombiano, en coincidencia con la temporalidad en que se recolectó la información que fue presentada en este artículo<sup>6</sup>. Algunos estudios hablan de barreras de acceso a los servicios de salud en general y de salud mental en particular, lo cual podría incidir en la persistencia de los síntomas evidenciados<sup>33</sup>. Valdría la pena continuar explorando en torno a las características, accesibilidad y pertinencia de las intervenciones en salud mental y psicosocial que han venido recibiendo hasta el momento estas personas, a la luz de las necesidades de alivio que continúan instauradas en las víctimas.

De otro lado, la evidencia empírica publicada ha mostrado que la persistencia de problemas y trastornos mentales luego de una exposición a violencia armada varía en relación con el tipo de exposición, su intensidad, el tiempo transcurrido, así como la proximidad y persistencia de otros eventos del conflicto armado<sup>34</sup>. Asimismo, la polivictimización incrementa el sufrimiento emocional<sup>35</sup> y se asocia con mayor estigmatización hacia los supervivientes de desplazamiento forzado, lo cual dificulta su recuperación mental y psicosocial<sup>36</sup>. La continuada repetición de eventos vitales no normativos de tipo violento que siguen rodeando a las personas de Bojayá, junto con la magnitud y tipo de la victimización índice sufrida durante la masacre, podría explicar la persistencia de sus síntomas hasta la fecha; este asunto amerita ser profundizado en estudios posteriores.

Ahora bien, desde lo teórico, se habla de la resiliencia como la capacidad de retomar el rumbo de la vida después del horror del trauma<sup>37</sup>; autores como Cyrulnik<sup>38,39</sup> explican que la configuración de resiliencia en las víctimas de violencia se hace posible si confluyen cuatro prerequisites que son: seguridad, entendida como garantía de no repetición relativa a cualquier tipo de violencia afectando a las mismas personas; recuperación, mediante la provisión de interacciones interpersonales que la posibiliten; una cultura de la

resiliencia en el contexto, que promueva sobrepasar el trauma; y un conjunto de relaciones humanas rodeando a las víctimas, con cualidades que permitan la emergencia de resiliencia. Así se posibilita la reconstrucción del recuerdo traumático hacia otro que permita avanzar más allá de los efectos de la violencia. Las víctimas con quienes se interactuó en este trabajo hicieron referencia en algunos momentos a su capacidad de resiliencia y tal categoría fue empleada como referente analítico por el equipo de investigación, siguiendo una larga línea de trabajo que se viene implementando en nuestro país en referencia a la superación de los efectos del conflicto armado interno sobre la salud humana.

No obstante, a la luz de lo expuesto por Cyrulnik<sup>37-39</sup>, surgen tensiones respecto a la posibilidad de su ocurrencia entre víctimas rodeadas por un contexto como el colombiano, habida cuenta de la imposibilidad de garantizarles los prerequisites antes mencionados para su configuración, tal como ha quedado en evidencia mediante las investigaciones citadas que hablan de persistente exposición a violencias, estigmatización, dificultades de acceso a servicios de salud, entre otros<sup>33-36</sup>. Este contraste que se plantea entre el frecuente uso empírico de la categoría resiliencia para la investigación con víctimas del conflicto armado colombiano y los atributos necesarios dentro del concepto teórico valorado por un autor central en los estudios sobre resiliencia traza otra ruta de indagación sumamente interesante. Se cuestiona sobre la posibilidad de hablar de resiliencia como categoría válida para poblaciones víctimas de conflictos armados aún abiertos, la cual amerita profundización mediante futuras investigaciones. La ausencia de garantía de los prerequisites necesarios para poder superar efectivamente la adversidad podría también contribuir en la explicación de la persistencia de síntomas y sufrimientos a lo largo del tiempo en las personas supervivientes de la masacre de Bojayá.

Finalmente, en el marco de la discreción necesaria a la hora de generalizar resultados de investigaciones cualitativas hacia otras poblaciones, consideramos que la principal fortaleza de este estudio consiste en que proporciona información útil para la planificación de intervenciones de salud mental y psicosociales en poblaciones supervivientes de masacres. Se deben tener en cuenta tanto las áreas de necesidad de intervención desde agentes externos, como las fortalezas y recursos propios que los individuos y sus colectividades han desarrollado para hacer frente a la adversidad.

### Contribución de autores

**ZCUM:** concepción y diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de datos, redacción, revisión crítica del artículo y aprobación de la versión final.

**ACNR y GRC:** análisis e interpretación de datos, redacción, revisión crítica del artículo y aprobación de la versión final.

### Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia según Acta No. 016-137 del 25 de agosto de 2021. Cada persona otorgó previamente su consentimiento libre e informado para que los registros resultantes de sus entrevistas clínicas fueran utilizados con fines académicos de investigación.

### Conflicto de interés

Las autoras manifiestan no tener ningún conflicto de interés

### Financiación

Convocatoria 891 de 2020 para fortalecimiento de vocaciones y formación en CTel para la reactivación económica en el marco de la pospandemia, Ministerio de Ciencia y Tecnología de Colombia, Universidad Nacional de Colombia.

### Apoyo tecnológico de IA

Los autores informan que no usaron inteligencia artificial, modelo de lenguaje, aprendizaje automático o tecnologías similares para crear o ayudar con la elaboración o edición de cualquiera de los contenidos de este documento.

### Referencias

1. Rangel JO, Poveda IC, Rojas CA, Rudas A, Urrego LE, Berrío JC, et al. El Chocó biogeográfico: ambiente físico. En: Rangel JO, editor. Colombia diversidad biótica IV El Chocó biográfico/Costa Pacífica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Ciencias Naturales, Conservación Internacional; 2004. p. 1-21. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/80776>
2. López AC, Mayo AL. Comunidades étnicas y conflicto armado: algunas dificultades para la gobernabilidad en territorios de comunidades negras e indígenas en Riosucio-Chocó-Colombia. Rev Col Cienc Soc [Internet]. 2021; 12(2): 1-12. doi: [10.21501/22161201.3537](https://doi.org/10.21501/22161201.3537)
3. Lara J, Tosi-Furtado A, Altamiras-Martín A. Minería del platino y el oro en Chocó: pobreza, riqueza natural e informalidad. Rev Econo Inst [Internet]. 2019; 22(42): 241-268. doi: [10.18601/01245996.v22n42.10](https://doi.org/10.18601/01245996.v22n42.10)
4. Klinger WK, Guerra JM, Ramírez G, Vargas L, Valoyes Z, Carabalí F, et al. Ecorregión Atrato. Una estrategia de planificación integral y conjunta para el manejo sostenible del territorio [Internet]. Quibdó: Alcaldía Municipal; 2014. Disponible en: [https://siatpc.co/wp-content/uploads/ecorregion\\_atrato.pdf](https://siatpc.co/wp-content/uploads/ecorregion_atrato.pdf)
5. Grupo de Memoria Histórica. Bojayá: la guerra sin límites. Bogotá: Centro Nacional de Memoria Histórica [Internet]. Primera edición. Bogotá D.C: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, S. A & Santillana Ediciones Generales, S.A; 2010. Disponible en: <https://centrodememoriahistorica.gov.co/wp-content/uploads/2020/01/Bojay%C3%A1-La-guerra-sin-l%C3%ADmites.pdf>
6. Urrego ZC, Piñeros G, Moreno N, Hernández ME, Calderón MC, Moreno DM, et al. Situación de salud en una comunidad afrocolombiana sobreviviente a la masacre de Bojayá, Chocó. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2021; 39(1): 1-8. doi: [10.17533/udea.rfnsp.e340623](https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e340623)
7. Londoño N, Muñiz O, Correa J, Patiño C, Jaramillo G, Raigoza J, et al. Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). Rev Colomb. Psiquiatr. [Internet]. 2005; 34(4): 493-505.
8. Londoño N, Patiño C, Restrepo D, Correa J, Raigoza J, Toro L, et al. Perfil cognitivo asociado al trastorno por estrés postraumático en víctimas de violencia armada. Inf Psicolog [Internet]. 2008; 10: 11–27.
9. Quiceno N, Orjuela C. Bojayá: memoria y horizontes de paz. Rev Colomb Soc [Internet]. 2017; 40(suppl 1): 103-127. doi: [10.15446/rcs.v40n1Supl.65909](https://doi.org/10.15446/rcs.v40n1Supl.65909)
10. Hewitt N, Juárez F, Parada AJ, Guerrero J, Romero YM, Salgado AM, et al. Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. Rev Colomb Psicol [Internet]. 2016; 25(1): 125-140. doi: [10.15446/rcp.v25n1.49966](https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.49966)
11. Quiceno N. Embarcados por la vida: luchas y movimientos afroatrateños en medio de la guerra en Colombia. En: Cuellar A, Rueda E, Agudelo E, Quiceno N, editores. Proceso de paz y perspectivas democráticas en Colombia. Buenos Aires: CLACSO; 2015. p. 195–227. Disponible en: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/becas/20150713033325/ProcesoDePaz.pdf>

12. Henríquez B. Sembrar el futuro, recordar el pasado: plantas y reconfiguración del territorio en Bellavista, Bojayá. *Rev Colomb Antropol.* [Internet]. 2020; 56(2): 139–168. doi: <http://doi.org/10.22380/2539472X.790>
13. Quiceno N, Villamizar A. Mujeres atrateñas, oficios reparadores y espacios de vida. *Rev Colomb Antropol.* [Internet]. 2020; 56(2): 111–137. doi: <https://doi.org/10.22380/2539472X.702>
14. Riaño-Alcalá P, Chaparro R. Cantando el sufrimiento del río. Memoria, poética y acción política de las cantadoras del Medio Atrato chochoano. *Rev Colomb Antropol.* [Internet]. 2020; 56(2): 79–110. doi: <https://doi.org/10.22380/2539472X.793>
15. Hernández DH. Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia. *Rev. Ciênc. saúde coletiva* [Internet] 2020 ; 25(3): 929-942. doi: [10.1590/1413-81232020253.01322018](https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.01322018)
16. Villa J. La acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales: ¿podemos pasar de la moda a la precisión teórica, epistemológica y metodológica?. *Rev Ago USB* [Internet]. 2012; 12(2): 349-365.
17. Peralta JA, Urrego ZC. Salud sexual y reproductiva de mujeres afrocolombianas víctimas del conflicto armado en Bojayá, Chocó, Colombia, 2019. Estudio de métodos mixtos. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* [Internet]. 2022; 73(1): 11-27. doi: <https://doi.org/10.18597/rcog.3763>
18. Salgado AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liber.* [Internet]. 2007; 13(13): 71-78.
19. Médicos sin Fronteras . Tres veces víctimas: víctimas de la violencia, el silencio y el abandono. Conflicto armado y salud mental en el departamento de Caquetá, Colombia [Internet]. Bogotá: MSF; 2010. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2010/7372.pdf>
20. Talmon M. Single session therapy. Maximizing the effect of the first therapeutic encounter. San Francisco: Jossey-Bass; 1990.
21. Manley M. Diagnosis and psychiatry: Examination of psychiatric patient. En: Sadock B, Sadock V, editores. *Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry.* Philadelphia. Lippincott, Williams and Wilkins; 2000. p. 652-665.
22. Tejedo A. Reflexiones clínicas sobre la grabación de entrevistas de atención psicológica. ¿Qué podemos pensar sobre la situación en que el paciente pide grabar su entrevista psicológica? *Rev Clin Contemp.* [Internet]. 2021; 12(1): 1-15. doi: [10.5093/cc2021a2](https://doi.org/10.5093/cc2021a2)
23. Bolívar, A. Metodología de la investigación biográfico-narrativa: recogida y análisis de datos. En: Passeggi M, Abrahao M, coordinadores. *Dimensões epistemológicas e metodológicas da investigação (auto)biográfica.* Tomo II . Porto Alegre: Editoria da PUCRS; 2012. p. 79-109.
24. Rodríguez C, Lorenzo O, Herrera L. Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Rev Inter Cienc. Soc Humanid.* [Internet]. 2005; 15(2): 133-154.
25. Charry L. Impactos psicológicos y psicosociales en víctimas sobrevivientes de masacre selectiva en el marco del conflicto Suroccidente Colombiano en el año 2011. *Colomb. Forense* [Internet]. 2016; 3(2):53–62. doi: <https://doi.org/10.16925/cf.v3i2.1756>
26. Agudelo DM. Presentación. Impacto del conflicto y la violencia sobre la salud mental: del diagnóstico a la intervención. *Rev Est Soc* [Internet]. 2018; 1(66), p.2-8. doi: <https://doi.org/10.7440/res66.2018.01>
27. Cerquera AM, Matajira YJ, Peña AJ. Estrategias de Afrontamiento y nivel de resiliencia presentes en Adultos Jóvenes Víctimas del Conflicto Armado Colombiano: Un Estudio Correlacional. *Psykhé* [Internet]. 2020; 29(2): 1-14. doi: <https://doi.org/10.7764/psykhe.29.2.1513>
28. Palacio J, Maldariaga C. Lazos predominantes en las redes sociales personales de desplazados por violencia política. *Invest. & Desarro.* [Internet]. 2006;14(1):86-119.
29. Vásquez JH, Echeverri MC, Moreno JC, Carrasco NE, Ferrel FR, Ferrel LF. El apoyo social percibido por las víctimas del conflicto armado en Colombia. *Rev Ago USB* [Internet]. 2018; 18(2): 362-373. doi: <https://doi.org/10.21500/16578031.3387>
30. Cifuentes MR. Familia y conflicto armado. *Rev Trab Soc.* [Internet]. 2009; (11): 87-106.
31. Bolívar IJ, Nieto L. Transformaciones sociales y procesos de intervención. “Comunidades”, “agentes externos” y “conflicto armado” en el caso de Bojayá. *Palimpsestus* [Internet]. 2003; 3: 68-73.
32. Collazos, M. Cooperación internacional y desarrollo. Una mirada al índice de desarrollo humano: caso Bojayá 2008-2012 [Tesis de maestría]. Medellín: Universidad EAFIT; 2014. Disponible en: <https://repository.eafit.edu.co/handle/10784/12274>
33. Numpaque-Arcila GA, Rojas M, Ardila Y, Urrego-Mendoza Z, Hernández-Álvarez M, Dotta-Ibáñez N. La salud en el conflicto colombiano. Impactos en la salud en la población víctima del conflicto en los territorios de la cuenca del Atrato Medio (Bojayá, Chocó), área de manejo especial de La Macarena

- (Meta) y resguardos del pueblo Awá (Ricaurte y Tumaco, Nariño) [Internet]. Bogotá: Médicos del Mundo; 2021.
34. Cudris-Torres L, Barrios-Núñez A. Malestar psicológico en víctimas del conflicto armado. *Rev. CS* [Internet]. 2018; (26): 75-80. doi: <https://doi.org/10.18046/recs.i25.2654>
35. Campo-Arias A, Sanabria AR, Ospino A, Guerra VM, Caamaño BH. Polivictimización por el conflicto armado y sufrimiento emocional en el Departamento del Magdalena, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2017; 46(3), 147–153. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.06.005>
36. Campo-Arias A, Herazo E. Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2014; 43(4): 212-217. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.004>
37. Cyrulnik, B. Los patitos feos. La resiliencia, una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa; 2002.
38. Cyrulnik, B. Escribí soles de noche. Resiliencia y literatura. Barcelona: Gedisa; 2020.
39. Sánchez A, Gutiérrez L. Criterios de resiliencia. Entrevista a Boris Cyrulnik. Barcelona: Gedisa; 2016.