






Bienestar psicológico de los sobrevivientes del conflicto armado: una arista de la salud mental

Psychological well-being of the survivors of the armed conflict: an edge of mental health

Wilson Miguel Salas-Picón¹ , Kethy Luz Pérez-Correa² , John Harold Vásquez-Campos³ ,
María Catalina Echeverri-Londoño⁴ , Julio Cesar Moreno-Correa⁵ 

Tipología: Artículo de Investigación científica y tecnológica.

Para citar este artículo: Salas-Picón W, Pérez-Correa K, Vásquez-Campos J, Echeverri-Londoño M, Moreno-Correa J. Bienestar psicológico de los sobrevivientes del conflicto armado: Una arista de la salud mental. Duazary. 2019 mayo; 16(2 número especial): 307 - 318. Doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.2962>

Recibido en marzo 17 de 2019

Aceptado en marzo 29 de 2019

Publicado en línea en agosto 23 de 2019

RESUMEN

El conflicto armado en Colombia ha causado más de 8.746.541 sobrevivientes y efectos psicosociales e incidencia sobre la salud mental en los afectados. Los avances obtenidos en el mejoramiento del bienestar psicológico de los sobrevivientes por parte del Estado no son claros; sin embargo, la literatura evidencia que las condiciones socio-políticas que rodean a los sobrevivientes son poco favorables. Por lo expuesto, el estudio evaluó el bienestar psicológico de la población víctima del conflicto armado de siete municipios de Colombia, beneficiada por alguna medida de atención, asistencia y reparación de la ley 1448 de 2011. Por lo anterior, se utilizó un estudio descriptivo transversal y la escala de Bienestar psicológico de Ryff traducida al español; se obtuvieron los siguientes resultados: las dimensiones con mejor valoración fueron “propósitos en la vida” y “crecimiento personal”; dimensiones con calificaciones más bajas son “relaciones positivas” y “autonomía”. se concluye que el bienestar psicológico es percibido mejor en función de plantearse metas para sí mismo y mostrar una mejora, pero que la autonomía se ve afectada, así como las relaciones positivas (desconfianza, construcción de relaciones nuevas cuando se es desplazado) por asuntos relacionados con el conflicto armado. Los hallazgos permitirán mejorar las acciones de atención.

Palabras clave: planificación en Salud Estatal; conflicto armado; salud mental; atención.

1. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta, Colombia. Correo: wilson.salas@campusucc.edu.co - <https://orcid.org/0000-0003-1458-6770>

2. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta, Colombia. Correo: kethy.perez@ucc.edu.co - <https://orcid.org/0000-0001-8256-7278>

3. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta, Colombia. Correo: john.vasquezca@campusucc.edu.co - <https://orcid.org/0000-0003-3046-5848>

4. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta, Colombia. Correo: maria.echeverril@campusucc.edu.co - <https://orcid.org/0000-0001-6245-5148>

5. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta, Colombia. Correo: julio.moreno@campusucc.edu.co - <https://orcid.org/0000-0002-9222-5586>

ABSTRACT

The armed conflict in Colombia has caused more than 8,746,541 survivors and psychosocial effects and incidence on mental health in those affected. The advances obtained in the improvement of the psychological well-being of the survivors by the State are not clear; however, the literature shows that the socio-political conditions surrounding the survivors are unfavorable. Therefore, the study evaluated the psychological well-being of the population victim of the armed conflict in seven municipalities of Colombia, benefited by some measure of attention, assistance and reparation of law 1448 of 2011. Therefore, a cross-sectional descriptive study was used and *Ryff's* psychological well-being scale translated into Spanish; The following results were obtained: the dimensions with the best evaluation were "purposes in life" and "personal growth"; dimensions with lower ratings are "positive relationships" and "autonomy". It is concluded that psychological well-being is better perceived in terms of setting goals for oneself and showing improvement, but that autonomy is affected, as well as positive relationships (distrust, building new relationships when one is displaced) due to related issues with the armed conflict. The findings will improve the attention actions.

Keywords: Health Planning; armed conflicts; mental health; Attention.

INTRODUCCIÓN

El conflicto armado en Colombia en sus diversas modalidades constituye un problema de salud pública⁵ debido a la magnitud de los efectos psicosociales e incidencia sobre la salud mental^{1,2} no sólo en las víctimas del conflicto armado sino también en todos sus ciudadanos - es de resaltar que la misma denominación jurídica otorgada por el Estado a las personas afectadas por el conflicto armado como "víctima", representa un condicionante que influye en la consolidación de subjetividades en los afectados y produce discursos institucionales que generan identidad y afectan la salud mental de quienes padecen un hecho victimizante derivado de la violencia sociopolítica.

Ahora bien, los informes entregados por el Centro de Memoria Histórica evidencian como algunas regiones de Colombia han sido epicentros de un sinnúmero de hechos victimizantes por diversos grupos al margen de la ley y con ello, la generación de víctimas^{1,5-15}. De acuerdo con las cifras presentadas por el Centro de Memoria Histórica desde 1958 al 2012, se ha producido la muerte de 218,094 habitantes mediante acciones bélicas que dejan a su paso no sólo víctimas de primer y segundo nivel sino también efectos psicosociales significativos en todos los grupos poblacionales al igual que una inversión de 230 billones de

pesos para contrarrestarla en la última década^{2,3}. Asimismo, el registro único de víctimas (en adelante RUV) evidencia que existen más de 8 millones de víctimas en el país^{1,3}.

En coherencia con lo abordado y la realidad mundial sobre los conflictos bélicos, se plantea desde la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) en el 2002¹⁶, el primer informe mundial sobre la violencia y la salud, en el cual se manifiesta que el conflicto armado tiene un impacto sobre la salud mental y por ende, se posesiona como un problema de salud pública; La OMS¹⁶ estima que, en las situaciones de conflictos armados en todo el mundo, el 10% de las personas que experimentan acontecimientos traumáticos tendrá graves problemas de salud mental y otro 10% va a desarrollar un comportamiento que disminuye su capacidad para funcionar de manera efectiva, las condiciones más comunes son; depresión, ansiedad y trastornos psicosomáticos (insomnio o dolores de espalda y el estómago)²³. Lo anterior, es reafirmado en la revisión sistemática de los estudios realizados sobre el conflicto armado² cuando confirman que una de las consecuencias de la guerra es su impacto sobre la salud mental de la población. Asimismo, Hewitt-Ramírez *et al*⁸, expresan la situación de la salud mental de las víctimas del conflicto armado:

“El 84,6% de la población presenta síntomas de psicoticismo; el 34% presenta el comportamiento de consumo de alcohol, el 18,2% de la población presenta un síntoma claro de trastorno por estrés postraumático mientras que un 6,8% está en riesgo de presentarlo pues está ubicado en la categoría de indicador clínico. El mayor porcentaje de la población en la categoría de síntoma se ubica en el factor de estado disociativo, con un 22,5%; un 18,5% de la población se ubica en la categoría de síntoma en el factor de estado anímico, lo que indica que hay desesperanza y falta de motivación. Se observa también un 14,9% de la población en la categoría de síntoma en el factor de experimentación del evento traumático que indica que este grupo de población está presentando flashback y re-experimentación del evento traumático. Así mismo, el 17,1% de la población percibe situaciones de amenazas a la vida; en lo referente a estrategias de afrontamiento, se evidencia que la población espera que las cosas se arreglaran solas y el apoyo de la religión: en lo concerniente a la resiliencia, concluyen que el 61% posee un nivel moderado” (pp. 125-140).

Seguidamente, Hewitt-Ramírez *et al*⁸ argumentan que las afectaciones del conflicto armado van desde un deterioro en la salud mental hasta un reordenamiento de los estilos de vida tanto individual como comunitario; asimismo, el estudio realizado por Andrade-Salazar¹⁷ demuestra a través de sus resultados, el estado de salud mental de un grupo poblacional afectado por la violencia en la modalidad de desplazamiento forzado de la siguiente manera:

“Presencia de depresión leve (20%), moderada (60%) «Mayor en las mujeres», y depresión grave (30%), con una relación en cuanto a género de dos mujeres por un hombre. Se encontró que el 100% de la población presenta indicadores de Trastorno por Estrés Postraumático, con una gravedad extrema del 50% y moderada del 40%. Respecto al Trastorno Bipolar el 65% fue un posible caso, el 5% casos

concretos y el 30% no presenta el trastorno. Los datos indican que las secuelas psicológicas del conflicto perduran en las poblaciones «especialmente en las mujeres», constituyéndose en cuadro psicopatológicos comórbidos aun cuando disminuya la inseguridad del entorno” (p.111).

La realidad expuesta sobre la salud mental de los sobrevivientes del conflicto armado, sumado a una serie de acciones ciudadanas que buscaban el reconocimiento de las afectaciones de la violencia sociopolítica y su intervención, la presión de la comunidad internacional sobre el Estado Colombiano para el reconocimiento del conflicto armado interno, conllevó a la promoción de una movilización legislativa desde la corte constitucional en pro del reconocimiento de los sobrevivientes y la generación de lineamientos para la intervención y el restablecimiento de sus derechos; lo expuesto se materializa no sólo a través de la política pública Ley 1448 de 2011⁶ (en adelante ley de víctimas y restitución de tierras) y sus autos sino también a través de sentencias que realzan el valor de la vida digna como derecho fundamental ligada a la salud. Por ello, mediante la sentencia T-760 de 2008¹⁸, se extiende el constructo de salud mental hacia el campo psicosomático, psicológico y esta misma decisión es ratificada por la ley 1616 de 2013¹⁹, bajo el principio de la interdisciplinariedad y la universalidad.

Por lo anterior, se han generado una serie de acciones entre la que se destaca el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (en adelante PAPSIVI)⁷ que pretende ejecutar un conjunto de actividades de promoción e intervención tanto a nivel individual como colectivo desde una perspectiva interdisciplinaria. Estas acciones son orientadas desde el Ministerio de Protección social de Colombia y buscan el restablecimiento de derechos, tales como: bienestar psicológico y calidad de vida - El bienestar psicológico y la calidad de vida son definidos por la OMS, como un área de la salud mental donde el individuo

goza de un estado completo de satisfacción física, psicológica y social, variables primordiales para el afrontamiento de las tensiones de la vida. Lo expuesto es reafirmado por González *et al*⁹. Lo abordado, evidencia el esfuerzo institucional por atender a la población sobreviviente de la violencia sociopolítica. No obstante, el informe presentado durante el 2013 por el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas a las comisiones primeras de Senado y Cámara, no describe los avances obtenidos en términos de bienestar psicológico, apoyo social percibido y la calidad de vida, se abordan en términos de capacitación empresarial y programas no detallados. De igual manera, la Mesa Psicosocial de víctimas²⁰, manifiesta:

A cinco años de la promulgación de la Ley 1448 de 2011⁶ -Ley de Víctimas y Restitución de Tierras- la respuesta del Estado a la atención psicosocial y salud integral a las víctimas, ha sido una serie de “estrategias” y guías desarticuladas de la Unidad de Víctimas y un Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas -PAPSIVI- ineficaz en su alcance e implementación, deficiente en cuanto a cobertura y calidad del servicio, incapaz de articularse a la exigencia y apuesta nacional de reconocimiento de los daños causados por el conflicto y su consecuente obligación de reparación. En suma, un programa improcedente desde su origen, al pretender funcionar desde la lógica del inoperante sistema de salud vigente.

Sumado a lo anterior, autores⁵, expresan que existe baja producción literaria en investigación sobre la salud mental entendida desde algunos de sus pilares, tales como: el bienestar psicológico, calidad de vida y apoyo social de la población víctima del conflicto armado. Sin embargo, la literatura existente permite evidenciar las condiciones sociopolíticas y de vulnerabilidad en que se encuentran expuestas las víctimas son pocas favorables.

La panorámica expuesta, evidencia que la intervención realizada por el estado colombiano para la atención a sobrevivientes ha tenido grandes avances en su base jurídica. Asimismo, a nivel financiero se realiza una inversión significativa, tal como lo demuestra el informe presentado por el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas durante el 2013^{4,32} a las comisiones primeras de Senado y Cámara en donde se manifiesta que a nivel económico se invirtieron 6,5 billones de pesos para el funcionamiento de la política pública de atención a víctimas. No obstante, los avances obtenidos en términos de bienestar psicológico, apoyo social percibido y la calidad de vida no son claros y los estudios realizados son pocos. Sumado a lo anterior, el impacto de las acciones realizadas desde la Ley 1448 de 2011⁶ y el Decreto 4800 de 2011⁷, no es claro, dado que el estudio realizado por Hewitt-Ramírez *et al*⁸, plantea que la situación de la salud mental de las víctimas del conflicto armado es preocupante debido a que más del 84% de la población posee un deterioro en su estructura psíquica.

Considerando lo abordado, se hace necesario la realización de una radiografía sobre la salud mental -dimensión positiva, es decir, no patologizante- desde la perspectiva del Bienestar psicológico y la relación con las medidas de la Ley 1448 de 2011⁶, otorgadas a los sobrevivientes.

Ahora bien, la construcción de escenarios de paz -perdón y reconciliación son pilares fundamentales- en Colombia, como país que ha vivido un conflicto socio-político por más de 50 años, requiere del conocimiento del bienestar psicológico de la población al igual que el reconocimiento de la efectividad de las acciones emprendidas en el marco de la ley 1448 de 2011⁶.

Por lo expuesto, el objetivo del estudio fue evaluar el bienestar psicológico de la población víctima del conflicto armado de siete municipios de Colombia, beneficiada por alguna medida de atención, asistencia y reparación de la ley 1448 de 2011⁶ (el artículo se deriva de la investigación

titulada “Bienestar psicológico, calidad de vida y apoyo social de población víctima del conflicto armado en Colombia”, financiada por la Universidad Cooperativa de Colombia).

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Investigación

El presente estudio cuantitativo, de enfoque descriptivo, ex post facto y transeccional¹¹.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 1139 sobrevivientes del conflicto armado, pertenecientes a las unidades de víctimas del Magdalena Medio, Montería, Santa Marta, Cali y Medellín; El muestreo fue no probabilístico por conveniencia¹¹.

Los criterios de inclusión de los participantes fueron: 1) ser víctima del conflicto armado; 2) haber sido beneficiado por alguna medida de atención, asistencia y reparación de la ley 1448 de 2011⁶.

Instrumentos

El estudio se enmarca desde la perspectiva eudaimónica, también entendida como bienestar psicológico positivo (BPP), que contempla el desarrollo de las capacidades y del crecimiento personal, centrándose en los mecanismos asociados con el funcionamiento y el ajuste saludable. Es un constructo relativamente estable y constante en el tiempo que, por su definición, implica la evaluación global de satisfacción a partir del reconocimiento de virtudes y del establecimiento de metas y de propósitos a futuro. En este sentido, captura los aspectos del funcionamiento humano más propensos a conducir hacia la adaptación y las experiencias positivas^{12,13}

Por lo anterior, se empleó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff¹⁴ Con alfa de Cronbach entre .70 y .83 para las 6 dimensiones

(Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, Crecimiento personal, Propósito en la vida). Puntuaciones mayores indican un mejor estado de bienestar¹⁴.

Datos Sociodemográficos: Se utilizó un formato para recoger la información que permitió describir la muestra en términos de edad, sexo, ingresos económicos, nivel de estudios, grupo familiar, hecho victimizante y tipo de medida recibida de la ley de víctimas y restitución de tierras.

Procedimiento

Se realizó el contacto de la población a través de las Unidades de víctimas a nivel territorial y los consultorios psicológicos de la Universidad Cooperativa de Colombia, se socializó el proyecto; seguidamente se procedió a la recolección de los consentimientos informados al igual que la aplicación del instrumento de manera heteroaplicado o autoaplicado; posteriormente, se estableció un formato para la sistematización de los resultados y el análisis estadístico de los mismos a través del Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Declaración sobre aspectos éticos.

El estudio respetó y considero todos los lineamientos brindados sobre la investigación en salud, siguiendo las condiciones planteadas en el código de Núremberg; Informe Belmont (Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación, 2010)²²; Ley 1090 de 2006²¹, la resolución 8430 del Ministerio de Salud, Declaración de Helsinki de 1975.

RESULTADOS

Al realizar una caracterización de los participantes (Tabla 1) se evidencia que: el 71% de los participantes del estudio son del género femenino; el 39% expresa tener una relación en la modalidad de unión marital; el 23% no ha

concluido sus estudios; el 44% vive en arriando; 78% se encuentra en el área urbana; el 46% son desempleados y el 21% trabajan en la modalidad de independiente; el 76% percibe ingresos de menos de un salario; en lo referente a los hechos

victimizantes, el 77% expresa que sufrieron Abandono forzado despojo forzado de tierras o desplazamiento forzado; el 67% manifiestan que recibieron la medida de reparación denominada indemnización.

Tabla 1. Distribución por sexo, ciudades

	B/bermeja		Trujillo		Bello		Montería		Santa Marta		Total	
	F	%	f	%	F	%	F	%	f	%	f	%
Femenino	215	68%	57	70%	76	76%	149	71%	310	72%	807	71%
Masculino	103	32%	24	30%	24	24%	60	29%	121	28%	332	29%
Total	318	100%	81	100%	100	100%	209	100%	431	100%	1139	100%

Fuente: Elaboración propia

Tanto en la muestra total, como en el dato por ciudades, hay mayor participación femenina en la muestra. Esto coincide con el dato que presenta el Registro Único de Víctimas (RUV).

La mayor parte de los participantes (78%) ha cursado algún grado de educación básica o

media. La ciudad de Barrancabermeja presenta el número más alto de personas sin algún nivel educativo. No hay una participación significativa de personas con estudios universitarios concluidos.

Tabla 2. Hechos victimizantes declarados, ciudades

Hecho victimizante	B/bermeja		Trujillo		Bello		Montería		Santa Marta		Total	
	F	%	f	%	F	%	F	%	f	%	f	%
Abandono forzado despojo forzado de tierras o desplazamiento forzado	255	80%	53	65%	89	89%	182	87%	302	70%	881	77%
Acto terrorista	1	0%	6	7%	1	1%	3	1%	10	2%	21	2%
Atentados	3	1%	4	5%	4	4%	5	2%	6	1%	22	2%
Combates	7	2%	6	7%	2	2%	6	3%	11	3%	32	3%
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en el marco del conflicto	4	1%	3	4%	3	3%	0	0%	7	2%	17	2%
Desaparición forzada	31	10%	14	17%	10	10%	17	8%	50	12%	122	11%
Enfrentamientos y hostigamientos	6	2%	11	14%	8	8%	5	2%	26	6%	56	5%
Homicidio o víctima de Masacres	61	19%	32	40%	26	26%	37	18%	86	20%	242	21%
Minas antipersonales	1	0%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	2	0%
Munición sin explotar y artefacto explosivo improvisado	0	0%	1	1%	2	2%	0	0%	2	1%	5	0%
Secuestro	1	0%	4	5%	1	1%	2	1%	22	5%	30	3%
Tortura	4	1%	8	10%	3	3%	0	0%	6	1%	21	2%
Vinculación de niños/niñas/adolescentes a actividades del conflicto	2	1%	5	6%	1	1%	1	1%	3	1%	12	1%

Fuente: Elaboración propia

El hecho victimizante (Tabla 2) con mayor frecuencia declarado fue “Abandono forzado despojo forzado de tierras o desplazamiento forzado”: poco más de las $\frac{3}{4}$ partes de los participantes solicitaron declararon haber vivido al menos un episodio de este tipo. El segundo

hecho en frecuencia de aparición fue “Homicidio o víctima de Masacres”, presente en uno de cada cinco participantes, y luego se ubica “desaparición forzada”, presente en uno de cada diez.

Tabla 3. Promedio ponderado en las dimensiones de bienestar psicológico

Dimensión	B/bermeja	Trujillo	Medellín	Montería	Santa Marta	Total
Autoaceptación	3,62	3,52	3,62	3,61	3,52	3,57
Relaciones positivas	2,93	3,02	3,35	3,03	3,08	3,05
Autonomía	2,99	2,86	3,11	2,94	3,03	3,00
Dominio del Entorno	3,71	3,58	3,76	3,54	3,47	3,58
Crecimiento Personal	3,55	3,72	4,03	3,66	3,60	3,64
Propósitos en la vida	3,69	3,89	3,85	3,82	3,69	3,74
General	3,40	3,41	3,60	3,42	3,39	3,42

Fuente: Elaboración propia

El promedio ponderado de las dimensiones que componen el bienestar psicológico, consideradas en la Escala de Ryff¹⁴ (Tabla 3), indicó que la dimensión “propósitos en la vida” es la de mejor valoración, seguida por “crecimiento personal”. Las dimensiones con calificaciones más bajas se apreciaron en “relaciones positivas” y “autonomía”. Al considerar la composición de las muestras por ciudades participantes, se aprecia que la muestra de Medellín tiene mejor promedio general que las demás, y en cada una de las dimensiones ocurre lo mismo, excepto en “propósitos en la vida”, en la que el valor más alto lo obtiene la muestra de Cali. Así mismo se aprecia que el orden de las dos mayores y dos menores dimensiones se mantiene en cada ciudad.

DISCUSIÓN

Los conflictos prolongados suelen afectar la infraestructura física, la economía, las instituciones, a las personas a nivel psicológico y a la sociedad en general y durante los post conflicto suelen manifestarse las consecuencias de tal destrucción requiriéndose recursos para reconstruir lo destruido. A nivel de tejido social y psicológico, la reconstrucción es más compleja

y requiere además inversiones a lo largo del tiempo, para investigar las consecuencias psicológicas y sociales que ha dejado el conflicto como es el caso de Colombia²⁴

Por lo anterior, el estudio tuvo como objetivo evaluar el bienestar psicológico de la población víctima del conflicto armado de siete municipios de Colombia, beneficiada por alguna medida de atención, asistencia y reparación de la ley 1448 de 2011⁶; se estudió, por lo tanto, el estado de las dimensiones que conforman el bienestar psicológico en la población participante.

En coherencia con lo expuesto, se encontró que las puntuaciones obtenidas por los participantes en las 6 dimensiones que evalúa el instrumento (Tabla 3), no presentan diferencias significativas a nivel territorial, lo cual se relaciona con los planteamientos realizados por 1,5-15⁵, al indicar que el conflicto armado ha estado presente en todo el territorio colombiano -Sin embargo, es importante resaltar que los efectos producidos por el conflicto armado y la violencia sociopolítica en el país tanto a nivel psicosocial como en la salud mental, es distinto a nivel regional dado que su intensidad se encuentra determinada por la presencia de grupos armados

al margen de la ley que evidencian en las particularidades geográficas y sociopolíticas que presenta cada territorio una oportunidad para su supervivencia, la presencia de organismos internacionales, la recepción de ayudas y atención a la población afectada por el conflicto armado-. No obstante, se evidencia una mejor percepción en las siguientes dimensiones por territorio: Autoaceptación, Barrancabermeja, Medellín y Montería; en el área de relaciones positivas, Medellín y Santa Marta; en autonomía, Medellín y Santa Marta; en relación a dominio del entorno, Medellín y Barrancabermeja; Crecimiento personal y Propósitos en la vida, Medellín y Trujillo.

A nivel general, los participantes de Medellín presentan un índice de percepción más favorable en relación a su nivel de bienestar psicológico, mientras que la población de Santa Marta, obtuvo la calificación más baja. Lo anterior se encuentra relacionada con las características sociopolíticas de los territorios y los epicentros del desarrollo histórico del conflicto armado^{1,5-15}.

En lo concerniente a la caracterización de los participantes del estudio se encuentra similitudes con los resultados encontrados por parte de Castañeda-Polanco y Camargo-Barreto²⁴, el cual describe como principal hecho victimizante, el desplazamiento forzado y las características psicosociales de la población.

Las características psicosociales de los individuos y del contexto, se convierten en predictores importantes para determinar el nivel de bienestar psicológico^{25,26}. En coherencia con lo anterior, los resultados del estudio evidencian características psicosociales poco favorables que podrían constituirse en un factor de riesgo que afectaría el bienestar psicológico de los participantes del estudio. No obstante, las puntuaciones obtenidas de la variable objeto de estudio muestran otra realidad dado que se presenta una diferencia entre el nivel de bienestar psicológico y: la caracterización de la población, los hallazgos propuestos por Hewitt-Ramírez *et al*⁸ -los cuales manifiestan la

situación de salud mental de los sobrevivientes e indican que la falta de atención psicosocial e intervención es muy alta en la población sobreviviente del conflicto armado-, el informe brindado tanto por la OMS, la Mesa Psicosocial de víctimas y el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas sobre el componente psicosocial al igual que el planteamiento de Andrade-Salazar¹⁷ y de un marco literario robusto que evidencia las secuelas producidas por el conflicto armado. Lo abordado, ratifica los hallazgos de Abello-Llanos *et al*²⁷, los cuales indican que el bienestar subjetivo de los sobrevivientes por el fenómeno del desplazamiento evidencia un incremento con la satisfacción de su vida dado que realizan una evaluación positiva de su realidad a partir de los logros alcanzados, es decir, que el componente cognitivo juega un papel fundamental para la valoración de las condiciones de vida y con ello, determinar la percepción sobre el bienestar psicológico.

Uno de los escenarios que permitiría explicar la diferencia establecida entre el estado de bienestar psicológico alcanzando y la realidad de los sobrevivientes -las características psicosociales, crisis de la salud- es la denominada teoría del capital social.

El capital social se podría entender como un factor protector -cohesión social, asociacionismo, compromiso y adherencia a un colectivo por el nivel de identificación- y de sostenimiento (Holding, perspectiva psicodinámica) que facilita la realización de acciones colectivas y de colaboración para el reconocimiento, protección, recuperación emocional y reconciliación²⁸.

Para la OMS el capital social representa un factor importante para el restablecimiento de la salud mental, la generación de estrategias y capacidades de afrontamiento para enfrentar situaciones de riesgo y de estrés en escenarios como el social, cultural contextual e histórico²⁹. Lo expuesto es reafirmado en el estudio realizado por Muñoz, Poblete y Jiménez³⁰ dado que concluye la relevancia que tienen las redes

de apoyo y el nivel de interacción en el nivel de bienestar subjetivo y la calidad de vida. Por su parte, Durkheim³¹ plantea la relevancia que tiene la estructura de la sociedad sobre la salud mental.

Ahora bien, la operacionalización de la teoría capital social en Colombia puede evidenciarse a través de una lectura histórica sobre el conflicto armado en Colombia y la extensión de tiempo por parte del Estado colombiano para reconocer la realidad de los sobrevivientes. El inicio del reconocimiento de la situación de los sobrevivientes se identifica a partir de la sentencia T 025/04, la cual reconoce la situación de desplazamiento como hecho victimizante y los efectos que trae consigo, esta secuela del conflicto armado.

El Estado Colombiano desde el año 2004 reconoce la existencia del desplazamiento forzado como producto de acciones bélicas por parte de grupos armados—sentencia T 025/04— y con ello, se inicia un despliegue normativo que alcanza el punto más alto en el año 2011, cuando se manifiesta la existencia de un conflicto armado interno y se instituye todo un sistema de atención y reparación a víctimas a través de la política pública Ley 1448 de 2011⁶ y sus autos; es de resaltar que el conflicto armado en Colombia tiene más de 50 años y sólo hasta el 2004 se inicia el camino para su reconocimiento y el diseño de estrategias de intervención; por lo anterior, la población sobreviviente tuvo que generar estrategias socio-comunitarias —creación de colectivos, asociaciones, marchas, demandas— para su reconocimiento, atención, sostenimiento y contención desde los orígenes del conflicto armado hasta su reconocimiento — lo descrito aún se mantiene dado que en la actualidad el sistema de atención y reparación a víctimas se encuentra en crisis tal como lo expresa la Mesa de psicosocial de víctimas—.

Finalmente, los hallazgos del estudio no indican que se deje de trabajar por el mejoramiento del bienestar psicológico y la atención en Salud Mental de los sobrevivientes, sino que se

direccionen acciones que permitan la generación de estrategias a nivel regional —enfoque territorial— para la mitigación de los factores de riesgos que atentan contra la salud mental.

CONCLUSIÓN

La caracterización de la población permite reconocer las diferencias existentes entre sus condiciones de vida —aspectos psicosociales— y el nivel de bienestar psicológico; lo expuesto podría comprenderse desde la teoría del capital social y el apoyo de organismos internacionales en el territorio. Por lo anterior, el capital social debe ser un factor que debe seguir fortaleciéndose dado que representa un pilar para cualquier sistema de atención. En este punto podría postularse que los sobrevivientes establecieron un sistema de atención comunitario que les permite sobrellevar la situación de victimización y generar una homeostasis en su salud mental.

Por otro lado, el hecho victimizante de abandono forzado, despojo forzado de tierras o desplazamiento forzado es el común denominador en las regiones donde se llevó a cabo el estudio y el principal flagelo de la guerra.

En lo referente a los datos generales se indica que el bienestar psicológico es percibido mejor en función de plantearse metas para sí mismo y mostrar una mejora, pero que la autonomía se ve afectada dado que aún no se cuenta con garantías de protección que eviten la vivencia de nuevo hecho victimizantes (no se cumple la medida de garantías de no repetición) así como las relaciones positivas (desconfianza, construcción de relaciones nuevas cuando se es desplazado, la poca solidaridad) por asuntos relacionados con el conflicto armado.

Por otro lado, los resultados permiten realizar una radiografía psicosocial desde la dimensión del bienestar psicológico en la que se expone la

necesidad de desarrollar acciones que permitan fortalecer el bienestar psicológico de la población en áreas como “relaciones positivas” y “autonomía” y revisar el nivel de asociación con las medidas recibidas desde un enfoque territorial.

Finalmente, los resultados constituyen un aporte significativo para la reformulación de la ley 1448 de 2011 desde un modelo de salud mental positivo al igual que una radiografía psicosocial desde la variable de estudio.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos a las entidades financiadoras de este proyecto: Universidad Cooperativa de Colombia. Así también agradecimientos por el apoyo en el trabajo de campo de la investigación a los profesores Robert Ferrel y Lucia Ferrel, Unidades de Víctimas y al Centro de Estudios Regionales del Magdalena Medio –CER- por su apoyo en el proceso estadístico.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GMH. ¡BASTA YA! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Bogotá: Imprenta Nacional; 2013. [internet]. [Consultado 2018 Sept 18]. Disponible en <http://www.centrodehistoria.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-colombia-memorias-de-guerra-y-dignidad-2016.pdf>
2. Murthy S, Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*. 2006 Feb;5(1):25–30. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/P>
3. Nación. ¿Cuánto cuesta la guerra en Colombia? *Revista Semana*; 2014. [internet]. [Consultado 2018 Sept 15]. Disponible en <http://www.semana.com/nacion/articulo/cuanto-cuesta-la-guerra-en-colombia/403122-3>
4. SNARIV. Informe del sistema nacional de atención y reparación integral a las víctimas a las comisiones primeras de senado y cámara; 2013. [internet]. [Consultado 2018 Sept 13]. Disponible en https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentos_biblioteca/Informe%20al%20Congreso%20Final.pdf
5. 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. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2014 Oct;43(4):177-185. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502014000400002&lng=en&tlng=es.
6. Colombia. Presidencia de la República. Ley 1448 de 2011 por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. 48096 (Jun. 10 2011)
7. Colombia. Ministerio de la protección social. Decreto 4800 de 2011 por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. 48280 (Dic. 10 2011)
8. Hewitt Ramírez N, Juárez F, Parada Baños AJ, Guerrero Luzardo J, Romero Chávez YM, Salgado Castilla AM, et al. Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*. 2016

- Ene;25(1):125-140. doi: 10.15446/rcp.v25n1.49966
9. González R, Montoya I, Casullo M, Bernabéu J. Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*. 2002 Abr;14(2):363-368. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714227>
10. Bernardo J, Caldero JF. Investigación cuantitativa; Métodos no experimentales. En: J. Bernardo, y J.F. Caldero. *Aprendo a investigar en educación*. Madrid: RIALP, S.A; 2000. p. 77- 93
11. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. *Metodología de la Investigación* (5 ed). México: McGraw Hill; 2010.
12. Pineda-Roa C, Castro-Muñoz J, Chaparro-Clavijo R. Estudio psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos. *Pensamiento Psicológico*. 2018 Agos;16(1): 45-55. doi: 10.11144/Javerianacali.PPSI16-1.epeb
13. Romero-Carrasco A, García-Mas A, Brustad R. Estado del arte, y perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en psicología del deporte. *rev.latinoam.psicol.* [internet]; 2009;41(2): 335-347. Disponible en Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511496011>
14. Véliz A. Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico y estructura factorial en universitarios chilenos. *Psicoperspectivas*. 2012;11(2): 143-163. Disponible en https://www.redalyc.org/pdf/1710/Resumenes/Resumen_171023938008_1.pdf
15. CNMH. Comunicar en medio del conflicto: El asesinato de Eduardo Estrada y el silenciamiento de la comunicación comunitaria y del periodismo regional en Colombia. Bogotá; 2014. [internet]. [Consultado 2018 Agost. 15]. Disponible en <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2015/EduardoEstrada/INFORME-EDUARDO-ESTRADA.pdf>
16. Organización Mundial de la Salud. Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 2002 Agost;37:74-105. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13035694>
17. Andrade-Salazar J. Efectos psicopatológicos del conflicto armado colombiano en familias en situación de desplazamiento forzado reasentadas en el municipio del Cairo en el año 2008. *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*. 2011 Sept;7(20):111-114. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70922149005>
18. Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008 acciones de tutela instauradas. Relatoría (Jul. 31 2008).
19. Colombia. Ministerio de Salud y protección Social. Ley 1616 de 2013 Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, 48680 (Ene. 21 2013)
20. Mesa Nacional de Víctimas conformada por organizaciones sociales. *Avances Y Retrocesos: Ley De Víctimas Y Restitución De Tierras* [internet]. [Consultado 2017 Dic 13]. Disponible en <http://kavilando.org/index.php/2013-10-13-19-52-10/conflicto-social-ypaz/3650-avances-y-retrocesos-ley-de-victimas-y-restitucion-de-tierras>

21. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1090 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Diario Oficial 46383 (Sept.6 2006).
22. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud [internet]. [Consultado 2017 Jun 12]. Disponible en https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
23. World Health Organization. World health report 2001 - Mental health: new understanding, new hope. Geneva: Switzerland [internet]. [Consultado 2017 Jun 12]. Disponible en <https://www.who.int/whr/2001/en/>
24. Castañeda J, Camargo J. Salud mental en población víctima del conflicto armado en Colombia; I+D Revista de Investigaciones. 2018 feb;12(2):19-26. Disponible en <http://www.udi.edu.co/revistainvestigaciones/index.php/ID/article/view/175/180>
25. Blanco A, Valera S. Los fundamentos de la intervención psicosocial. En: A. Blanco & J. Rodríguez (Eds.) Intervención psicosocial (Cap. 1), Madrid: Mac Graw Hill; 2007. p. 3-44.
26. Cardozo A, Amaris M, Blanco A. Modelo analítico de las relaciones funcionales entre el capital social, la salud mental y las cogniciones postraumáticas en víctimas del desplazamiento forzado asociado al conflicto armado [Tesis Doctoral no publicada]. Barranquilla: Universidad del Norte; 2015
27. Abello-Llanos R, Amaris-Macías M, Blanco-Abarca A, Madariaga-Orozco C, Manrique-Palacio K, Martínez-González M, et al. Bienestar y trauma en personas adultas desplazadas por la violencia política. Univ. Psychol. 2009 feb;8(2):455-470. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n2/v8n2a13.pdf>
28. Urteaga E. La teoría del capital social de Robert Putnam: Originalidad y carencias. Reflexión Política. 2013;15(20):44-60. Disponible en <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=11028415005>.
29. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica: Informe compendiado. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con la Fundación Victoriana para la Promoción de la Salud y la Universidad de Melbourne, Australia: OMS; 2004. [internet]. [Consultado 2018 Ene 25]. Disponible en https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
30. Muñoz Y, Poblete Y, Jiménez A. Calidad de vida familiar y bienestar subjetivo en jóvenes con discapacidad intelectual de un establecimiento con educación especial y laboral de la ciudad de Talca. Interdisciplinaria. 2012, 29(2): 207-221. Disponible en <https://doi.org/10.16888/interd.2012.29.2.1>
31. Durkheim E. El suicidio. Madrid: Ediciones AKAL S.A; 2012.
32. SNARIV. Informe general de gestión en el periodo 2016-2017; 2017. [internet]. [Consultado 2018 Sept 13]. Disponible en <https://drive.google.com/file/d/14L1pMrdocD2hp0JbRLPQEzlrqkHhOQ-1/view>