



Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
Sede Académica de México
Maestría en Población y Desarrollo
XIV Promoción
2020-2022

Impactos del conflicto armado colombiano en la salud mental y bienestar emocional de hombres y mujeres adultos: estudio de los reportes de la Encuesta Nacional de Salud Mental-2015.

Tesis para obtener el grado de Maestra en Población y Desarrollo

Presenta:

Laura Melisa Rodríguez Rodríguez

Director de tesis:

Dr. Claudio Alberto Dávila Cervantes

Lectoras:

Mtra. Diana Patricia Saldarriga

Dra. Luz Angela Cardona

Seminario de tesis: Población y salud

Línea de investigación: Condiciones de vida y dinámica de la población

*Esta maestría fue realizada gracias a una beca otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT, México)
Ciudad de México, septiembre 2022*

Resumen

La presente investigación estudia el impacto del conflicto armado colombiano en la salud mental y bienestar emocional de hombres y mujeres adultos en Colombia, utilizando como fuente la Encuesta Nacional de Salud Mental-2015. Para cumplir con este propósito se utilizan tres herramientas estadísticas: Análisis de Componentes Principales; Modelos de Regresión Lineal Múltiple; y Análisis de Correspondencias Múltiples. Recurriendo a los planteamientos teóricos de la psicología social, los problemas de salud mental según el DSMVI, y algunos estudios de género, se realiza un análisis de los resultados arrojados, reafirmando que, el conflicto armado y el sexo son determinantes sociales de la salud en Colombia. Se concluye que el hecho de ser víctima del conflicto armado y ser mujer en Colombia constituye un factor de riesgo adicional para la salud mental y bienestar emocional, sumado a la discriminación y el no estar ocupado. Mientras que, tener ocupación, tener redes de apoyo y vivir en las zonas Atlántica y Oriental del país constituyen factores protectores para la salud mental y el bienestar emocional. Finalmente, se encuentra evidencia a favor de que los hombres, en especial los hombres víctimas del conflicto armado, podrían estar en mayor riesgo de conductas asociadas al consumo de alcohol, y a comportamientos agresivos.

Palabras clave: Conflicto armado, salud mental, bienestar emocional, género, problemas de salud mental, malestares emocionales, factores protectores, factores de riesgo.

Abstract

This research studies the impact of the Colombian armed conflict on the mental health and emotional well-being of adult men and women in Colombia, using the National Mental Health Survey-2015 as a source. To accomplish this purpose, three statistical tools are used: Principal Component Analysis; Multiple Linear Regression Models; and Multiple Correspondences Analysis. Using the theoretical approaches of social psychology, mental health problems according to the DSMVI, and some gender studies, an analysis of the results is made, reaffirming that armed conflict and sex are social determinants of health in Colombia. It is concluded that being a victim of the armed conflict and being a woman in Colombia constitutes an additional risk factor for mental health and emotional well-being, along with discrimination and not being busy. While, having occupation, having support networks and living in the Atlantic and Eastern areas of the

country are protective factors for mental health and emotional well-being. Finally, there is evidence in favor that men, especially men victims of armed conflict, could be at greater risk of behaviors associated with alcohol consumption, and aggressive behaviors.

Keywords: Armed conflict, mental health, emotional well-being, gender, mental health problems, emotional discomforts, protective factors, risk factors.

Dedicado al amor y la solidaridad del pueblo colombiano, como acto de resistencia contra la crueldad y la devastación de esta guerra impuesta. A la capacidad de sanación de las víctimas del conflicto y su inmenso potencial para la paz. A la memoria de quienes no están con nosotras porque en su memoria haremos un país justo y digno.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por respaldarme en este viaje que ha sido tan maravillosamente enriquecedor y satisfactorio. Agradezco al pueblo mexicano y sus instituciones por acogerme en su país y brindarme la oportunidad de dedicarme al intercambio de conocimientos. A la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-FLACSO por abrirme la puerta en su propuesta de una Latinoamérica unida en torno a la construcción de unas Ciencias Sociales que respondan a las necesidades y retos de nuestros pueblos.

Agradezco a las y los docentes que amablemente acompañaron mi paso por la maestría. Un agradecimiento especial al Dr. Claudio Ávila por ser fuente de inspiración, ejemplo y confianza, no solo como director de tesis, sino como apoyo a cada una de las reflexiones y dificultades que se nos presentaron en medio del proceso de estudiar en pandemia. Agradezco a la Dra. Cecilia Gayet por su apoyo certero y su gran capacidad de brindar el aporte justo y directo en el momento adecuado. A las clases de las y los doctores Paloma Villareal, Chloé Constant, y José del Tronco, porque fueron muy enriquecedoras e innovadoras en medio de un ambiente tan desolador como fue estudiar en casa. Agradezco a la Dra. Luz Angela Cardona por su tiempo y disposición al brindarme comentarios reflexivos y retadores.

Agradezco a mi madre y mis hermanos por su apoyo incondicional, por recordarme todos los días quien soy y qué puedo hacer, los admiro y los amo. Agradezco a mi compañero de vida por el cuidado, porque a su lado aprendo, me cuestiono y crezco permanentemente. A Katia Rodríguez por ser mi familia en México, por el camino que hemos recorrido juntas siendo hermanas y sororas. A las mujeres de mi maestría porque en medio de las difíciles circunstancias nos encontramos para construir el sueño de vivir libres de violencias. A Naryi Vargas porque de ella aprendo todos los días.

Finalmente, un agradecimiento a las personas que me enseñaron a acompañar y aportar a la sanación de nuestro pueblo herido por la guerra, en especial a Diana Saldarriaga, Catalina Martínez y Erika Ramos.

Tabla de contenido

Resumen.....	II
Lista de siglas.....	XII
Introducción.....	1
Justificación.....	8
Capítulo I. Conflicto Armado, Salud Mental y Bienestar Emocional en Colombia.....	11
1.1. Aproximación al Conflicto Armado en Colombia.....	11
1.2. Salud Mental y Bienestar Emocional en el Contexto del Conflicto Armado Colombiano.....	16
Capítulo II. Revisión de Estudios Previos sobre el Impacto de los Conflictos Armados en la Salud Mental y Bienestar Emocional.....	22
2.1. Enfermedades de Salud Mental, Malestares Emocionales y Psicosociales.....	22
2.2. Riesgos y Prevalencias en Salud Mental y Bienestar Emocional en Hombres y Mujeres.....	24
2.3. Factores Asociados a la Salud Mental y Bienestar Emocional de la Población Expuesta al Conflicto Armado Colombiano.....	28
2.4. Retos en el campo de la salud mental, el bienestar emocional y el conflicto armado colombiano.....	31
Capítulo III. Marco Conceptual y Teórico.....	33
3.1. Conceptos.....	33
3.2. Acercamiento a la Salud Mental y el Bienestar Emocional.....	36
3.2.1. <i>Salud Mental</i>	36
3.2.2. <i>Bienestar y Malestar Emocional</i>	41
3.3. La Psicología de la Violencia y el Enfoque Psicosocial: un Marco Complementario para Comprender la Salud Mental y el Bienestar Emocional de la Población en Contextos de Violencia Sociopolítica.....	42

3.4. Los Mandatos de Género respecto a la Salud Mental y Bienestar Emocional de Hombres y Mujeres	49
3.4.1. <i>Mecanismos de manifestación de malestares emocionales y gestión de situaciones que ponen en riesgo la salud mental y el bienestar emocional</i>	51
3.4.2. <i>Reglas de expresión de las emociones y barreras para el reconocimiento y el reporte de malestares emocionales</i>	53
3.4.3. Recursos de afrontamiento	54
3.4.4. Desigualdades sociales de género	55
Capítulo IV. Metodología de Investigación y ENSM-2015	58
4.1. Población.....	58
4.2. Pregunta de Investigación	58
4.3. Objetivos	59
4.4. Hipótesis.....	60
4.5. Fuente de Información	61
4.6. Técnicas y Herramientas de Análisis	63
4.7. Operacionalización de Variables	66
4.7.1. <i>Índice de Salud Mental y Emocional</i>	67
4.7.2. <i>Variables según Condición de Victimización, Sexo y Edad</i>	69
4.7.3. <i>Variables relacionadas con Factores Asociados a la Salud Mental y Bienestar Emocional</i>	71
4.7.4. <i>Variables relacionadas con Alteraciones a la Salud mental y Bienestar Emocional de la Población</i>	74
Capítulo V. Salud Mental y Bienestar Emocional de Hombres y Mujeres según Condición de Víctima del Conflicto Armado.	78
5.1. Análisis Descriptivo: Descripción Sociodemográfica, Características de Salud Mental y Bienestar emocional, y Factores Asociados.....	78
5.1.1. <i>Características Generales</i>	78

5.1.2. <i>Síntomas y Malestares Asociados a la Salud Mental y Bienestar Emocional.</i>	83
5.1.3. <i>Factores Asociados a las Características de Salud mental y Bienestar emocional de las Víctimas</i>	88
5.1.4. <i>Índice de Salud Mental y Bienestar Emocional según Condición de Víctima y Sexo</i>	91
5.2. <i>Análisis Estadístico de la Salud Mental y Bienestar Emocional con Modelos de Regresión y de Análisis Multivariado</i>	93
5.2.1 <i>Resultados de los Modelos de Regresión Lineal Múltiple – MRLM para el Índice de Salud Mental y Bienestar Emocional</i>	93
5.3. <i>Resultados de los Análisis de Correspondencias Múltiples para Alteraciones a la Salud Mental y Bienestar Emocional según Condición de Víctima y Sexo</i>	113
5.3.1. <i>Alteraciones Emocionales y en Salud Mental para Hombres según Condición de Victimización</i>	118
5.3.2. <i>Alteraciones Emocionales y en Salud Mental para Mujeres según Condición de Victimización</i>	120
Conclusiones y Consideraciones Finales.....	122
Referencias.....	126
Anexo 1. Análisis de componentes principales para 21 categorías del SRQ	141
Anexo 2. Matriz policórica para el total de la población.....	141
Anexo 3. Matriz policórica para hombres	142
Anexo 4. Matriz policórica para mujeres	142
Anexo 5. Matriz policórica para víctimas del conflicto armado.....	143
Anexo 6. Matriz policórica para personas que no víctimas del conflicto armado	143
Anexo 7. Comprobación de supuestos sobre normalidad para el modelo 1	144
Anexo 8. Comprobación de supuestos de no multicolinealidad para el modelo 1	145
Anexo 9. Comprobación de supuestos de homocedasticidad para el modelo 1	145
Anexo 10. Comprobación de supuestos de normalidad para el modelo 2.....	146

Anexo 11. Comprobación de supuestos de no multicolinealidad para el modelo 2.....	147
Anexo 12. Comprobación de supuestos de homocedasticidad para el modelo 2	148
Anexo 13. Comprobación de supuestos de normalidad para el modelo 3.....	149
Anexo 14. Comprobación de supuestos de no multicolinealidad para el modelo 3.....	150
Anexo 15. Comprobación de supuestos de homocedasticidad para el modelo 3	151
Anexo 16. Comprobación de supuestos de normalidad para el modelo 4.....	152
Anexo 17. Comprobación de supuestos de no multicolinealidad para el modelo 4.....	153
Anexo 18. Comprobación de supuestos de homocedasticidad para el modelo 4	154
Anexo 19. Comprobación de supuestos de normalidad para el modelo 5.....	155
Anexo 20. Comprobación de supuestos de no multicolinealidad para el modelo 5.....	156
Anexo 21. Comprobación de supuestos de homocedasticidad para el modelo 5	157
Anexo 22. Comprobación de supuestos de normalidad para el modelo 6.....	158
Anexo 23. Comprobación de supuestos de no multicolinealidad para el modelo 6.....	159
Anexo 24. Comprobación de supuestos de homocedasticidad para el modelo 6	160
Anexo 25. Inercias y porcentajes de varianza acumulada ACM población total	160
Anexo 26. Inercias y porcentajes de varianza acumulada ACM víctimas del conflicto armado	160
Anexo 27. Inercias y porcentajes de varianza acumulada ACM no víctimas del conflicto armado	161
Anexo 28. Inercias y porcentajes de varianza acumulada ACM hombres	161
Anexo 29. Inercias y porcentajes de varianza acumulada ACM mujeres	161

Índice de tablas y gráficos

Tabla 1. Indicadores de salud mental en Colombia.....	17
Tabla 2. Tipos de trastornos de salud mental.....	3838
Tabla 3. Aproximación a las afectaciones psicosociales según el hecho victimizante	444



Tabla 4. Variables SRQ adultos	67
Tabla 5. Variables sobre factores asociados	71
Tabla 6. Variables relacionadas con alteraciones a la salud mental y bienestar emocional .	74
Tabla 7. Frecuencias grupos de edad y sexo según condición de víctima.....	79
Tabla 8. Síntomas y/o malestares de salud mental y emocional SRQ.....	833
Tabla 9. Frecuencias alteraciones a la salud mental y emocional.....	86
Tabla 10. Frecuencias relativas de acceso a salud y educación	88
Tabla 11. Frecuencias absolutas y relativas del índice de pobreza multidimensional y ocupación	89
Tabla 12. Frecuencias absolutas y relativas de las redes de apoyo	90
Tabla 13. Descriptivos índice de salud mental y bienestar emocional por condición de víctima y sexo.....	92
Tabla 14. Resultados prueba de hipótesis índice de salud mental y emocional y condición de víctima	9393
Tabla 15. Resultados modelos de regresión lineal múltiple	94
Gráfico 1. Ocurrencia de hechos victimizantes por año y sexo (1985-2021).....	14
Gráfico 2. Mapa tasas de victimización (por cada 1.000 habitantes) en los departamentos de Colombia en tres puntos en el tiempo	15
Gráfico 3. Continuum del daño psicosocial.....	47
Gráfico 4. Población por condición de víctima y sexo.....	78
Gráfico 5. Edad por sexo y condición de víctima	80
Gráfico 6. Mapa regional de Colombia	81
Gráfico 7. Región de residencia por condición de víctima y sexo	81
Gráfico 8. Histograma índice de salud mental y emocional según condición de víctima	91
Gráfico 9. Mapa tasa de victimización 1985-2015 vs mapa regional	108
Gráfico 10. Resultados del análisis de correspondencias múltiples para alteraciones en salud mental y bienestar emocional población total.....	114
Gráfico 11. Resultados del análisis de correspondencias múltiples para alteraciones en salud mental y bienestar emocional de las víctimas del conflicto armado	115



Gráfico 12. Resultados del análisis de correspondencias múltiples para alteraciones en salud mental y bienestar emocional de las personas que no han sido víctimas del conflicto	116
Gráfico 13. Resultados del análisis de correspondencias múltiples para alteraciones en salud mental y bienestar emocional de los hombres	117
Gráfico 14. Resultados del análisis de correspondencias múltiples para alteraciones en salud mental y bienestar emocional de las mujeres.....	117

Lista de siglas

APA- Asociación Americana de Psiquiatría

ACM – Análisis de correspondencias múltiples

CA - Conflicto armado

CAI - Conflicto armado interno

CNMH - Centro Nacional de Memoria Histórica

ENSM - Encuesta Nacional de Salud Mental

INS – Instituto Nacional de Salud Mental

IUSSP - International Union for the Scientific Study of Population

ACM- Análisis de componentes múltiples

MCO – Mínimos cuadrados ordinarios

MRLM – Modelo de regresión lineal múltiple

MSPS - Ministerio de Salud y Protección Social

OMS - Organización Mundial de la Salud

ONSM - Observatorio Nacional de Salud Mental de Colombia

OPS - Organización Panamericana de la Salud

OPS – Organización Panamericana de la Salud

PAPSIVI - Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas

RLM – Regresión Lineal Múltiple

RUV - Registro Único de Víctimas

SGSSS – Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPRO - Sistema de Información en Salud y Protección Social

SNARIV - Sistema Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas

TDM - Trastorno depresivo mayor

UARIV - Unidad de Atención y Reparación Integral a Víctimas de Conflicto Armado

Introducción

“En medio de los rigores de una grave guerra civil, cuando se acumulan problemas de desempleo masivo, prolongadas hombrunas, desplazamiento de cientos de miles de personas y hasta la aniquilación de poblaciones enteras, podría parecer una frivolidad el dedicar tiempo y esfuerzo a reflexionar sobre la salud mental... sin embargo, la experiencia de vulnerabilidad y de peligro, de indefensión y de terror, puede marcar en profundidad el psiquismo de las personas.... El espectáculo de violaciones o torturas, de asesinatos o ejecuciones masivas, de bombardeos y arrasamiento de poblados enteros es casi por necesidad traumatizante.” (Martín-Baró, 1992)

*“La guerra implica inevitablemente muerte y destrucción.
La única manera de evitar la muerte y la destrucción
en la guerra es evitar la guerra”¹ (Fenrick, 2005)*

La afirmación de Fenrick devela un elemento constitutivo de las guerras: su carácter deshumanizador (Martín-Baró I. , 1988). Como lo pueden demostrar los conflictos armados contemporáneos, y para el caso particular, el conflicto armado colombiano², la violencia en el marco de las guerras tiene como correlato unos “*otros*” u “*otras*” afectados, heridos, perjudicados. Esto como consecuencia de que las acciones de los actores armados no solo incluyen la destrucción de los/las enemigos/as o el ataque a instituciones, sino también (intencional o colateralmente) el causar daño a grupos específicos o pueblos enteros (Münkler, 2003). Dado este carácter deshumanizador de las guerras, la población que se encuentra en o cercana a las zonas de disputa, está expuesta a riesgos determinados tanto por las necesidades históricas de los lugares en los que residen, como por las dinámicas que impone la guerra; dichos riesgos se traducen en experiencias violentas que dejan vestigios importantes en sus vidas, en sus memorias y en sus cuerpos.

El conflicto armado colombiano es un conflicto irregular³ y prolongado (Castillo & Salazar, 2004) que constituye el desgarrador reflejo de profundas crisis sociales y políticas del país, que son vigentes para los colombianos. Dentro de los impactos que este ha dejado, se encuentran los daños a la salud física y mental de quienes han vivido experiencias violentas.

¹El texto original se encuentra escrito en inglés y refiere: “*War inevitably involves death and destruction. The only way to avoid death and destruction in war is to avoid the war*” (Fenrick, 2005).

² En el presente documento se adscribe la postura de que el conflicto armado es a su vez un conflicto social y político que derivó en violencia armada y organizada, por esta razón, a lo largo del documento se utilizarán como sinónimos de conflicto armado: violencia armada; conflicto armado, social y político; guerra; y conflicto interno.

³ En el capítulo 1 se presenta el concepto de “guerra irregular” desarrollado por Kalyvas (2009) el cual concuerda con la experiencia del conflicto interno colombiano.

La Organización Mundial para la Salud - OMS (1996) ha encontrado a través del análisis de conflictos armados internacionales (CA) y conflictos armados internos (CAI), evidencia amplia sobre la gravedad de los impactos de los hechos de violencia en la salud de la población, a tal punto que constituyen un problema de salud pública (Organización Panamericana de la Salud-OPS, 2003). Para el caso colombiano es posible afirmar que el conflicto armado, por su intensidad y persistencia, configura un problema de salud pública, en tanto afecta la salud de la población (directa e indirectamente) y el acceso a los servicios de prevención, atención, y asistencia en gran parte del territorio nacional (INS, 2017; Campo, Oviedo, & Herazo, 2014).

Los estudios sobre los vínculos entre salud y conflicto armado reconocen relaciones diversas que van desde: impactos para el desarrollo de los países, hasta el daño y el sufrimiento individual y silencioso de las y los afectados.

La Secretaría de la Declaración de Ginebra llama la atención sobre los elevados costos económicos, sociales y en salud, que las guerras han dejado en Medio Oriente, África y América Latina (Geneva Declaration Secretariat, 2015). Para Colombia la violencia por la guerra se ha traducido en 9.237.051 víctimas, que representan el 19% de la población, de las cuales cerca de 8.219.403 han sido víctimas de desplazamiento forzado; 1.069.810 han sido víctimas de homicidio; 86.879 víctimas de atentados, enfrentamientos y hostigamientos; 11.967 víctimas de minas antipersona o municiones sin explotar; 14.012 personas con lesiones físicas; 10.580 víctimas de torturas; y 12.190 personas con afectaciones mentales y/o psicosociales (Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas-UARIV, 2021).

También, los conflictos y la violencia han sido recientemente admitidos como una gran causa de alteraciones demográficas (Castro & Urdinola, 2018). Se han estudiado las repercusiones en cuestiones poblacionales como: el aumento de las migraciones forzadas, alteraciones a las tasas de fecundidad, modificación de las estructuras por edad, entre otros (González, 2017; Brunborg & Tabeau, 2015). La Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población-IUSSP, al respecto de la demografía de la violencia, ha encontrado muy relevantes los aportes de este campo de estudio, ya que pueden dirigirse a la prevención de nuevos conflictos, a la construcción de verdad y justicia⁴ (Brunborg & Tabeau, 2015) y para el caso Colombiano consideramos relevante

⁴ Los primeros estudios en este campo se ubican en la época de la Segunda Guerra Mundial, momento en el que fue necesario estimar el número de homicidios de personas judías, puesto que, por las características de la guerra, no era fácil cuantificar las pérdidas. Aunque la información estimada fue poco utilizada por parte de los fiscales, constituyó un ejercicio importante que demostró la pertinencia de las estimaciones. En mayor medida en los tribunales para la ex Yugoslavia y Ruanda, tomaron relevancia

explorar este campo de estudio demográfico, por los posibles aportes a la reparación de las víctimas, en particular al restablecimiento de su salud.

En la revisión de literatura sobre los vínculos entre salud y guerras, es posible identificar por lo menos cuatro dimensiones que ponen de presente una relación negativa entre estos dos aspectos: 1) Las acciones violentas que afectan directamente la salud física de la población como las lesiones, torturas, heridas y homicidios (Geneva Declaration Secretariat, 2015; Brunborg & Tabeau, 2015); 2) las acciones violentas, cuyo impacto se presenta en la salud mental y emocional de la población, tales como: someter a las personas a presenciar actos de violencia, atentar contra la integridad de sus seres cercanos, o el daño persistente a raíz de la desaparición y desplazamiento forzado (CNMH, Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad., 2013; McKay, 1998; Tamayo & Bell, 2020; Murthy & Lakshminarayana, 2006); 3) las dinámicas que impactan en la infraestructura del sistema de salud, contra las misiones médicas o que limitan el acceso a atención e insumos (Lafta & Al-Nuaimi, 2019; González Garrido, 2017); y 4) Las afectaciones subsecuentes a los hechos de violencia, como la discriminación al llegar a un nuevo lugar de residencia, la pérdida de condiciones de vida, las limitaciones para satisfacer necesidades básicas (acceso a agua o alimentación) y las enfermedades producto de estas limitaciones o de un contexto de privaciones (CNMH, 2013; Lafta & Al-Nuaimi, 2019; McKay, 1998; González Garrido, 2017).

Si bien se reconoce que las relaciones entre salud y conflicto armado son diversas, el campo de la presente investigación se circunscribe al estudio de las condiciones de salud mental y bienestar emocional de la población. Ya que se presume que, dado el carácter multidimensional de la salud, junto a lo irracional y deshumanizante de las guerras (Martín-Baró, Guerra y salud mental, 1990), las afectaciones que pueden derivarse de estas experiencias acarrearán una alta probabilidad de impactos emocionales, que pueden deteriorar la salud mental y bienestar emocional. Sumado a que, usualmente los malestares en la salud mental y bienestar emocional al resultar poco visibles pueden pasar desapercibidos o despojarse de la complejidad que los caracteriza.

Tal es el caso, de los hechos acaecidos en el corregimiento de El Salado, en el departamento de Bolívar, Colombia. En el año 1997, la señora Torres⁵ presenció el homicidio de su hijo; en ese momento empezó a presentar síntomas de ansiedad, dificultades para dormir y angustia. Tres años

las estimaciones estadísticas sobre muertes, desapariciones, desplazamiento y refugiados, siendo determinantes en los juicios sobre cada uno de los casos (Brunborg H. , 2001).

⁵La sentencia T-045 de 2010, recoge los testimonios de las señoras Argenida Torres, Diana Cárdenas, Juana Cárdenas y María Romero, víctimas de los hechos de violencia paramilitar en el corregimiento de El Salado, Carmen de Bolívar, Colombia.

después, tuvo que presenciar otra masacre. Producto de esto se desplazó al municipio de Sincelejo con el fin de recuperar su tranquilidad y la de su familia; para este año su salud se encontraba muy deteriorada. En el 2008, fue notificada por la fiscalía para presentarse a la exhumación del cadáver de su hijo, desde entonces los síntomas empeoraron: pérdida de apetito, pérdida de interés por la vida, retraimiento, entre otros. Al consultar al servicio de salud “(...) el médico de turno se limitó a relacionar su sintomatología con la menopausia, razón por la cual le recetó vitaminas y tranquilizantes (...)” (Sentencia T-045, 2010, pág. 8)⁶.

El caso de la señora Torres, es solo una de las tantas historias que reflejan los impactos en la salud de la población que pueden rastrearse en el conflicto armado colombiano. La sentencia T-045/10 reconoce que las afectaciones a la salud producidas con ocasión de la guerra son múltiples, pero adicionalmente revela que, para el caso de las cuatro mujeres que se consideran en la sentencia, se patologizó su condición luego de un suceso tan cruento como lo fueron las masacres antes mencionadas. Al respecto el INS reconoce que, si bien ha sido un tema de interés vigente la salud mental en relación con la guerra, el reconocimiento de los impactos individuales, familiares y comunitarios resulta precario en la región (INS, 2017).

Las guerras causan daños particulares a la salud mental y el bienestar emocional. Ignacio Martín Baró⁷—quien desde su propuesta de la psicología de la liberación encabezó los estudios sobre las guerras en América Latina— ubica que esto se debe a que las experiencias traumáticas de la guerra vienen acompañadas de altos grados de irracionalidad (Baró I. M., 1990), deshumanización (Samoya, 1997) y degradación (López, 1997). Para las víctimas, la violencia sociopolítica instaura una sensación de vulnerabilidad⁸, peligro e indefensión permanente, que pone en riesgo su salud mental. De allí que las investigaciones con personas que han pasado por guerras y dictaduras en la región concluyen que estas vivencias son “casi por necesidad traumatizantes” (Martín-Baró, 1990, pág. 4) y han identificado que dichas experiencias tienen

⁶ La Sra. Torres es una de las cuatro mujeres del caso insignia de la masacre de El Salado, que en el 2010 fue reconocida por la Corte Constitucional, como una clara vulneración a los derechos de las víctimas, en especial reconoce la vulneración del derecho a la Salud, y los múltiples daños a la salud física y mental que se derivaron de los hechos de violencia. Esta sentencia marcó un hito en la jurisprudencia colombiana, poniendo de presente la relación entre violencia armada y salud (Sentencia T-045, 2010).

⁷ Ignacio Martín Baró fue un psicólogo jesuita español, que desarrolló su práctica profesional en medio del conflicto armado en El Salvador. Impulsó junto con otros psicólogos latinoamericanos la creación de la psicología social de la guerra. Su teoría más conocida es la de la psicología de la liberación, cuyos postulados han sido referentes para construcciones posteriores sobre el enfoque psicosocial. Martín-Baró, murió asesinado en una emboscada a su lugar de residencia por parte del ejército de El Salvador en el marco de la guerra de este país (Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, s.f.).

⁸ Martín-Baró (1990) encuentra que este es un síntoma usual de la guerra psicológica, la cual está presente en los conflictos contemporáneos latinoamericanos. Se distingue por generar terror en los medios de comunicación, manipular el miedo y la esperanza como mecanismos de represión, e inducir a una actitud de pasividad frente a la participación democrática y la autonomía (Martín-Baró, 1990).

como correlato psicosocial (Samoya, 1997) lo que la psicología denomina el trauma psicosocial (concepto que se desarrollará en el capítulo III).

Asimismo, el estado del arte realizado para esta investigación reafirma que los daños por conflicto armado en la salud de la población pueden resultar desproporcionados (Tamayo & Bell, 2020) lo cual se relaciona con el carácter deshumanizador de la guerra, pues estos hechos violentos rompen con las expectativas que, por lo general, las personas tienen del mundo como un lugar seguro y tranquilo (Baró I. M., 1990). Esta situación puede derivar en afectaciones y malestares emocionales que deben ser comprendidos desde su complejidad: el contexto donde se desarrollan, el tipo de actor que ejerce la violencia, los hechos victimizantes, las características sociodemográficas de las víctimas, entre otros.

Dentro de las afectaciones emocionales que la literatura reconoce ha dejado el conflicto, se encuentran: la angustia persistente, sentimientos asociados a la confusión, la tristeza, y la culpa, pensamientos catastróficos (Becker, Castillo, Gomez, Kovalskys, & Lira, 1997), el mayor consumo de sustancias psicoactivas y de alcohol, entre otros (Rodríguez, De La Torre, & Miranda, 2002; Tamayo, Rincón, & De Santa Cruz, 2016; Bell, Méndez, Martínez, & Palma, 2021). Algunas de estas afectaciones pueden derivar en trastornos de salud mental, los más usuales en víctimas de conflictos armados son: trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos del sueño y trastornos por estrés postraumático (Campo, Oviedo, & Herazo, 2014; Tamayo, Rincón, & De Santa Cruz, 2016; Cuartas, Liévano, Martínez, & Hessel, 2019; Bell, Méndez, Martínez, & Palma, 2021).

De la misma forma, la literatura ha encontrado diferenciales según las características de la población. Para esta investigación, interesa hacer énfasis en cómo los mandatos de género brindan herramientas para la comprensión de diferenciales en la salud de hombres y mujeres según su exposición a la guerra. Es así como, de los cuatro indicadores sobre los vínculos entre guerra y salud mencionados anteriormente, la evidencia permite suponer que todos pueden ser desencadenantes del deterioro de la salud mental y emocional con diferenciales entre hombres y mujeres. Como se argumentará en el desarrollo de esta investigación, es fundamental considerar que los mecanismos mediante los cuales hombres y mujeres gestionan emociones derivadas de situaciones estresantes (como lo puede ser una situación de violencia); la estructura social en la que se inscribe la construcción del sistema sexo género; y las reglas de gestión emocional

establecidas hegemónicamente; se encuentran marcadas por los roles y expectativas que recaen sobre cada uno de los sexos.

En suma, la presente investigación pretende abordar el impacto del conflicto armado colombiano en las condiciones de salud mental y emocional de la población adulta, desde los reportes diferenciales de hombres y mujeres, recopilados en la Encuesta Nacional de Salud Mental -ENSM -2015, utilizando herramientas estadísticas para el análisis de información cuantitativa. La importancia potencial que reviste un estudio de este tipo se encuentra en, por lo menos, dos aspectos: por un lado, la escasez de estudios cuantitativos sobre los impactos en la salud mental y bienestar emocional de la población víctima del conflicto armado colombiano; por otro lado, la ausencia de estudios que rescaten los impactos diferenciales de la guerra en Colombia en hombres y mujeres, retomando elementos de la perspectiva de género y utilizando como fuente la ENSM-2015.

Aunque se reconoce que la ENSM-2015 no recoge información sobre el/los género/s de la población, como marco teórico de referencia se han decidido retomar elementos teóricos de la perspectiva de género, junto con la teoría de la psicología social y la clasificación del DSMVI sobre salud mental, por sus aportes a la comprensión de las diferencias por sexo en la salud mental y bienestar emocional.

Cabe rescatar que la ENSM reviste gran importancia para el estudio del conflicto armado y la salud en Colombia, puesto que, la versión 2015 tuvo énfasis en los diferentes tipos de violencia, en particular en la violencia por conflicto armado. Por lo tanto, resulta una fuente de información fundamental para comprender las implicaciones que la guerra ha tenido en la salud y bienestar de la población.

Con el fin de dar a conocer el proceso de esta investigación, el o la lectora encontrará en el presente documento: un apartado previo a manera de justificación, con los argumentos sobre la pertinencia de un ejercicio investigativo al respecto; en el **Capítulo I**, el marco contextual con la relación entre la violencia sociopolítica y la salud en Colombia; en el **Capítulo II**, un recorrido por los estudios previos sobre el tema; en el **Capítulo III**, un marco teórico y conceptual que expone elementos teóricos de la psicología social y la perspectiva de género, sumado a conceptos construidos por la Organización Mundial de la Salud y el DSMVI; en el **Capítulo IV**, una sección metodológica con el problema de investigación acotado, acompañado de la pregunta de investigación, los objetivos e hipótesis propuestos, la fuente de información (ENSM-2015), la

operacionalización de las variables y los modelos de investigación a utilizar; en el **Capítulo V**, los resultados de la investigación que incluyen: la descripción sociodemográfica de la población encuestada; y el análisis de los resultados desde los enfoques teóricos propuestos; finalmente un apartado de conclusiones y discusiones.

Sobre esta investigación recaen muchas expectativas de quien escribe, por eso resulta importante mencionar que además de aspirar a un estudio riguroso de indagación y análisis, se espera que, contribuya a las exploraciones en el campo de la demografía, la violencia y la salud, visibilizando posibles vínculos entre estos tres campos de estudio al considerarlos de especial relevancia para la garantía del derecho a la salud de la población expuesta a la violencia socio política y del derecho a la reparación de los daños causados por la misma. Así mismo, se desea contribuir a los estudios poblacionales, en tanto la salud de la población resulta ser un indicador del desarrollo y el bienestar.

Justificación

En las ciencias sociales, la academia y la investigación adquieren sentido en tanto se traducen en aportes reales a los fenómenos de la vida en sociedad. Para el caso del conflicto armado colombiano, la academia ha jugado un papel fundamental, ya que, entre otras cosas, las discusiones y reflexiones rigurosas que allí se dan, han permitido mantenerlo en la agenda pública del país, favoreciendo que el tratamiento de sus consecuencias no se pierda como resultado de pugnas políticas, y generando resistencia a lecturas sesgadas que históricamente lo han negado⁹.

Después de aproximadamente 70 años de conflicto armado y 15 años de vindicar la reparación a las víctimas, podemos afirmar que, el conflicto armado colombiano es un campo de investigación vigente y necesario, y que la academia sigue siendo un lugar de reflexión sobre los asuntos estructurales que mantienen la violencia sociopolítica. Este conflicto ha sido tan complejo en sus dinámicas que el campo de investigación no se agota, pues se encuentra mutando a lo largo del tiempo, “algo” lo alimenta y la investigación permanente contribuye a develar sus entramados y mantener vigente el imperativo de superarlo. Es posible constatar que es un campo de investigación que se encuentra plagado de incertidumbres y vacíos, como los que dan origen a esta investigación. Cuestionarlo, ubicar sus tensiones y distensiones, es ante todo un ejercicio de verdad, exigibilidad de justicia y visibilización.

Como se mencionó en la introducción, el conflicto armado constituye un determinante social de la salud de los colombianos. En ese marco, el interés de esta investigación nace de la constatación empírica¹⁰ de relaciones entre las experiencias de violencia vividas por las víctimas en el conflicto armado y su estado de salud, que se hacen evidentes en afectaciones físicas, mentales y emocionales particulares. Estas afectaciones se expresan de manera diferenciada, no solo en términos de las características demográficas, de género, étnicas, culturales, políticas y económicas de las personas, sino también de su experiencia vital.

⁹ Podemos identificar que esta negación se ha manifestado de diferentes formas: 1) negación de actores armados (ej. La negación del estatus de actor político a las guerrillas, en particular durante el periodo de 2002 a 2010 (Jiménez B & González J, 2012) o la negación de la existencia del paramilitarismo después de la ley de justicia y paz (Luna C, 2017); 2) negación de las temporalidades del conflicto (ej. Ausencia de reconocimiento de las víctimas que dejó la violencia antes de 1985 (ley 1448/11, 2011); 3) negación de dinámicas de territorialización del conflicto armado (ej. Ausencia del reconocimiento de la presencia de grupos armados en la ciudad de Bogotá (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2019) (Defensoría del pueblo de Colombia, 2019); y 4) negación de los impactos y nexos con sectores económicos y políticos del país (ej. La negación de los vínculos del paramilitarismo con senadores, fenómeno denominado parapolítica (Muñoz, 2019) o los vínculos económicos de los palmicultores en el Choco con estructuras paramilitares (Sentencia 054/14, 2014).

¹⁰ Durante 4 años la autora de la presente investigación formó parte del equipo de implementación de la Política de Atención en Salud a Víctimas del Conflicto Armado en Bogotá y en otras zonas del país.

Como se demostrará más adelante, existen diversas investigaciones que apuntan en esta dirección, muchas han servido como insumo para la formulación e implementación de la Política de Atención en Salud a Víctimas del Conflicto Armado en Colombia, materializada a través del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas-PAPSIVI, y concebida dentro de la Ley 1448 de 2011 como una de las estrategias de reparación de los daños ocasionados por el conflicto. Aunque desde el año 2016 este programa representa un esfuerzo esencial por la recuperación de quienes han sobrevivido a la guerra (MSPS, 2017), presenta limitaciones operativas y vacíos en su formulación que no permiten que se concrete su misionalidad (Barrera, 2018, pág. 56).

En el mismo sentido, el INS encuentra que existen amplios vacíos en el campo de investigación que involucra los impactos en la salud por conflicto armado, entre ellos refiere: reducidas comprensiones de las causas de los síntomas de traumas múltiples; pocos estudios sobre las consecuencias en salud mental y el papel de los recursos de afrontamiento; y ausencia de estudios que a través de muestras poblacionales planteen hipótesis rigurosas sobre cómo las personas se ven afectadas (INS, 2017).

Desde este punto de vista, es posible ubicar la pertinencia de esta investigación por lo menos en tres ámbitos: por un lado, el estado del arte realizado permite evidenciar que son escasos los estudios que miden y estiman cuantitativamente los daños diferenciales que ha dejado el conflicto armado colombiano en la salud de hombres y mujeres. La gran mayoría de estudios (los cuales resultan muy significativos) son de corte cualitativo, por lo tanto, hacer un esfuerzo por profundizar cuantitativamente en los hallazgos de este campo resulta relevante para comprender mejor el fenómeno.

Por otro lado, buena parte de esos estudios, se enfocan en las afectaciones desproporcionadas sobre las mujeres. En ese sentido, ampliar la mirada desde una comprensión de los mandatos de género tanto sobre las mujeres, como sobre los hombres, permite alimentar esos hallazgos y aportar a la atención diferencial de la población.

Por último, como lo mencionan Tamayo & Bell (2020) la ENSM es una herramienta con gran potencial que lastimosamente ha sido subutilizada (Tamayo & Bell, 2020). El estado del arte de la presente investigación ha permitido constatar que al momento no existe ningún estudio que aborde la salud de las víctimas desde los reportes diferenciales de hombres y mujeres adultos en función de los mandatos de género y la psicología social, y que utilice como fuente la ENSM 2015.

Finalmente cabe mencionar, como ha sido reconocido jurídica, académica e institucionalmente, que las experiencias vitales permeadas por la guerra guardan estrecha relación con factores como el género, las condiciones socioeconómicas, demográficas, entre otros. De allí que los esfuerzos por reivindicar la memoria de las víctimas y por entender las dinámicas del conflicto colombiano, han puesto de presente la necesidad de abordajes diferenciales. Aunque la ENSM solo brinda información con base una clasificación binaria del sexo de las personas, entender la complejidad de la violencia ejercida contra los colombianos y sus impactos particulares para hombres y mujeres, desde elementos teóricos de los mandatos de género y el enfoque psicosocial, puede constituir un aporte importante para su protección y bienestar.

En conjunto, esta investigación nace con esa pretensión: aportar a la comprensión de la salud y bienestar de la población que ha vivido experiencias en el conflicto armado colombiano develando elementos sobre los mandatos de género y los factores psicosociales que median en esta relación.

Capítulo I. Conflicto Armado, Salud Mental y Bienestar Emocional en Colombia

1.1. Aproximación al Conflicto Armado en Colombia

Resulta útil para esta investigación iniciar contextualizando el conflicto armado colombiano y su relación con la salud mental y el bienestar emocional. Para tal fin, el presente capítulo contiene dos apartados: en primer lugar, una síntesis que busca ubicar temporalmente la violencia armada en el país, con el fin de que él o la lectora pueda llevarse una impresión general de este fenómeno; y, en segundo lugar, un apartado con algunas consideraciones sobre la salud mental, el bienestar emocional y la guerra en Colombia.

Como se mencionaba en la introducción, el conflicto armado colombiano es el reflejo de agudas crisis sociales y políticas del país que, desde los años 60 se materializaron en una guerra interna, reconocida por ser heterogénea en el tiempo, extensa en el territorio, con múltiples actores armados, víctimas y hechos violentos. Este conflicto ha sido conceptualizado como una guerra irregular¹¹ (Castillo & Salazar, 2004) que se distingue por su larga duración y por el enfrentamiento persistente entre actores armados irregulares y actores regulares (el Estado) (Kalyvas, 2009, pág. 198), además, de ser una expresión de violencia sociopolítica¹².

Si bien, entendemos que no toda la violencia sociopolítica deriva en conflicto armado, el interés de esta investigación se ubica en el fenómeno de la violencia que por razones sociales y políticas ha mutado y se ha convertido en conflicto armado interno. Sin embargo, no se encuentra dentro de los objetivos de esta investigación, profundizar en las amplias discusiones sobre el carácter de la guerra en Colombia, tan solo interesa aclarar el marco de acción desde donde se van a analizar las afectaciones diferenciales a la población, puesto que, cómo se verá en el marco teórico, el componente de violencia sociopolítica que contiene el conflicto armado acarrea unos impactos específicos en la salud mental y bienestar emocional, generando un panorama imbricando de afectaciones, que se suman a las condiciones sociales en las que las personas desarrollan su vida.

A modo de recuento, según el informe general “*Basta Ya*” del Centro Nacional de Memoria Histórica-CNMH (2013), es posible resumir la trayectoria del conflicto armado colombiano desde 1958 hasta 2012, en cuatro periodos:

¹¹ De acuerdo con Kalyvas (2009) “la guerra irregular o de guerrillas es una expresión de la asimetría entre los Estados y los rebeldes: aunque los rebeldes tienen la capacidad militar para desafiar al Estado, carecen de la capacidad para confrontarlo de una manera directa y frontal. Este tipo de guerra se caracteriza por combates indirectos y de bajo nivel, a menudo dominados por la emboscada y los asaltos” (Kalyvas, 2009, pág. 198).

¹² El concepto de violencia sociopolítica se amplía en el Capítulo III: Marco Conceptual y Teórico.

Desde 1958 hasta 1982: La transición de la violencia bipartidista a la subversiva. Es un periodo caracterizado por: la propagación de las guerrillas, un escenario de limitación para la participación política, el auge de la movilización social e intentos fallidos de reformas de tierras (CNMH, 2013).

Desde 1982 hasta 1996: Expansión guerrillera, políticas de paz y eclosión. Se caracteriza por la expansión territorial y fortalecimiento de las guerrillas; una alta polarización política; los primeros intentos de acuerdos de paz que resultaron ambiguos e incompletos; el reconocimiento público de la existencia de grupos paramilitares; la constitución de 1991; y en el escenario mundial el declive de la Guerra Fría junto con el posicionamiento del narcotráfico en la agenda internacional (CNMH, 2013).

Desde 1996 hasta 2005: Los años de la tragedia humanitaria: la expansión de guerrillas y paramilitares, el Estado a la deriva y la lucha a sangre y fuego por el territorio. Dentro de los periodos caracterizados, es en el cual se llegó a niveles más altos y cruentos de violencia, con permanentes hostilidades por disputas de poder territorial. Durante este periodo se dieron las más sangrientas masacres y torturas por parte de paramilitares. Y por parte de las guerrillas se extiende la práctica del secuestro. Se da el fallido dialogo de paz del Caguán. Este periodo se distingue porque conlleva a una transformación en la relación entre actores armados y población civil, la cual pasa de ser una relación de disuasión, a una de sometimiento, intimidación, agresión y destierro (CNMH, 2013).

Desde 2005 hasta 2012: Las Autodefensas Unidas de Colombia-AUC negocian y se desmovilizan. El Estado empuja a las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-FARC a sus retaguardias. Es la época de la política de “seguridad democrática” que profundiza las acciones militares del Estado, donde la inversión en la guerra produjo de nuevo su recrudescimiento. Se dio el polémico y cuestionado proceso de desmovilización de los paramilitares, del cual los resultados no son claros. Se reafirmó públicamente la negación de un conflicto armado interno con el fin de ubicar a las guerrillas en el lugar de la delincuencia común y legitimar la acción bélica del Estado, las consecuencias fueron trágicas, en particular se han condenado algunas acciones por parte del ejército denominadas “falsos positivos” que, a nombre de las bajas de la guerrilla causaron la desaparición y muerte de civiles. Al final de esta época se da una reactivación de la estructura paramilitar y se develan nexos entre políticos y estas estructuras armadas (CNMH, 2013).

Complementariamente, podemos caracterizar el periodo que le sucede al último año registrado por el CNMH, acudiendo a fuentes más recientes:

Desde 2012 hasta 2020: Acuerdo de Paz con las FARC, pos-acuerdo y Sistema de Verdad Justicia y Reparación. En el 2016 se firmó el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera entre las FARC y el Gobierno, precedido de 4 años de negociaciones públicas (De la Calle, 2019). Seguido de la desmovilización de gran parte de las FARC, y un escenario de contradicciones entre la integración a la vida político institucional de los desmovilizados (Gómez J. , 2018) y paralelamente la ofensiva paramilitar contra defensores del proceso de paz y líderes sociales¹³ (Indepaz, 2021). Más adelante, reconocidas figuras de las FARC volvieron a las armas (BBC news mundo, 2019). En la actualidad continúan los enfrentamientos contra la guerrilla del ELN (Ejército de Liberación Nacional), después de un fallido diálogo de paz; y enfrentamientos contra las disidencias de las FARC; en ese sentido el conflicto se ha agravado en determinadas zonas del país donde se ha vivido un reacomodo de los actores armados (Grasa, 2020).

Como se puede evidenciar, el conflicto armado en Colombia va mutando de acuerdo con las condiciones sociales, políticas y económicas del país y el mundo. Las transformaciones de este conflicto y los intentos fallidos por superarlo exigen un abordaje integral de sus impactos para mitigarlo, restaurar sus daños y promover una cultura de paz y reparación.

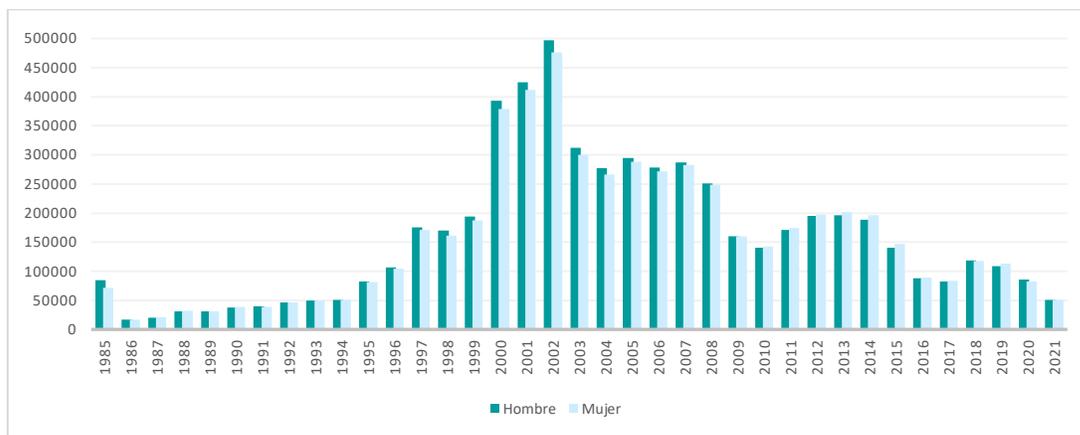
En la actualidad el número de personas que han sido reconocidas como víctimas del conflicto armado por la UARIV, asciende al 19% de la población colombiana. El Gráfico 1 presenta la ocurrencia de hechos victimizantes desde el año 1985 hasta el año 2021, según el sexo de la persona victimizada¹⁴.

13 Indepaz registra que desde la firma del acuerdo de paz hasta el 2020, habían sido asesinados 971 líderes sociales y 48 firmantes del acuerdo de paz. En el transcurso del 2021, la misma ONG registra, asesinatos de 31 líderes sociales y defensores de Derechos Humanos DDHH, y 10 firmantes del acuerdo de paz (Indepaz, 2021).

¹⁴ Estas cifras hacen parte de los registros oficiales de la Unidad de Atención y Reparación para las Víctimas-UARIV, sin embargo, institucionalmente se ha reconocido que existen subregistros dadas las condiciones particulares en las que se desarrolla el conflicto armado en el país. Esto se debe entre otras cosas: a barreras que encuentran las personas al momento de hacer la declaración, a que algunas personas pueden ver afectada su integridad y su vida al declarar lo sucedido, a falta de información, entre otros (CIDH, 2019).

Gráfico 1.

Ocurrencia de hechos victimizantes por año y sexo (1985-2021)



Fuente: Elaboración propia con datos del Registro Nacional de Información de la Unidad de Atención y Reparación a las Víctimas-UARIV.

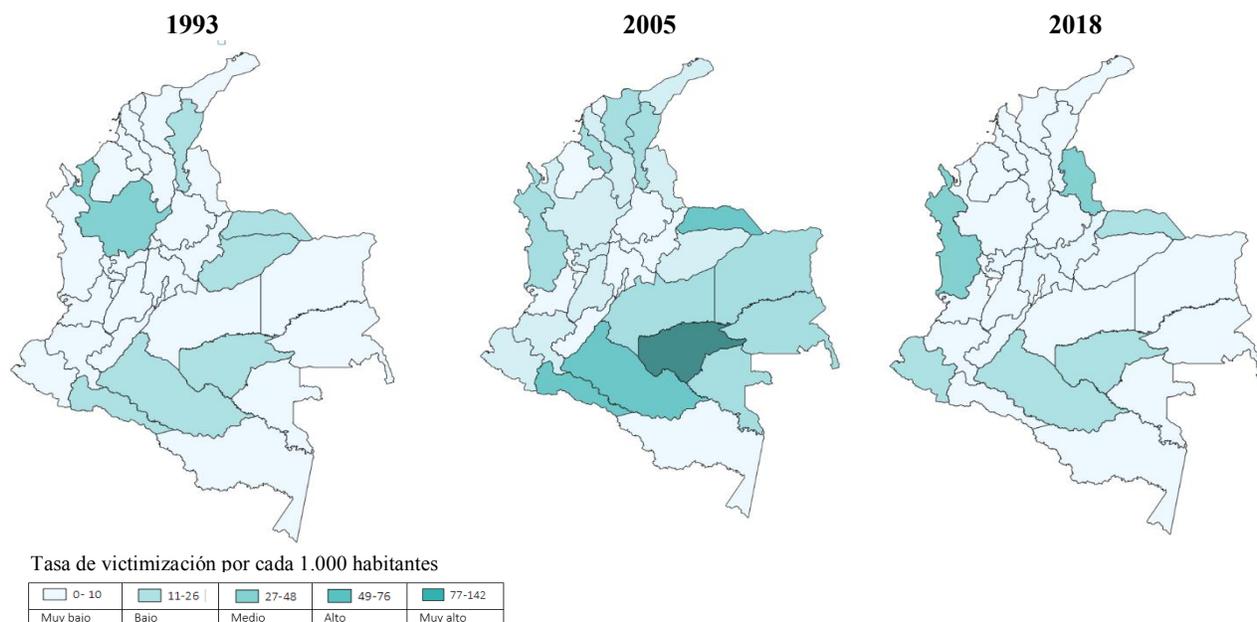
Como se puede evidenciar los años de mayor ocurrencia de hechos victimizantes se presentaron entre el periodo del 2000-2002, con un punto máximo en este último año donde se registraron 973.513 hechos. Para el 2003 se presentó un descenso importante del 37% de la ocurrencia y se mantuvo en cifras semejantes hasta el 2009 donde volvió a descender. Llama la atención que el año con menos hechos fue 1986 y de ahí en adelante no se han vuelto a presentar cifras tan bajas, ni aún después de firmado el Acuerdo de Paz con las FARC en 2017. Con relación al sexo, a grandes rasgos se podría decir que las cifras son ligeramente más altas para el caso de los hombres después de 1996 y hasta el 2009, donde empiezan a presentarse leves aumentos para el caso de las mujeres (con excepción de los años 2018 y 2020).

Asimismo, la persistencia del conflicto armado ha causado una reconfiguración del territorio nacional y de la distribución poblacional. En el Gráfico 2 se presentan los mapas de la tasa de victimización (por 1.000 hab.) de los años 1993, 2005 y 2018¹⁵, donde se pueden evidenciar estos cambios.

¹⁵ La razón para tomar como punto de referencia estos tres años, es que son los últimos años censales, los cuales coinciden con cambios en las dinámicas del conflicto armado colombiano. Los años 90 en el país significaron un pico de la agudización del conflicto y de las luchas democráticas; el año 2005 representó el comienzo de la cesación del periodo de recrudecimiento de la guerra y por lo tanto la época donde más víctimas se registraron (UARIV, 2021); y el 2018 es un año después de la implementación del acuerdo de paz con las FARC.

Gráfico 2.

Mapa tasas de victimización (por cada 1.000 habitantes) en los departamentos de Colombia en tres puntos en el tiempo



*Nota: La categorización de los datos se realizó por el método de rupturas naturales en el software Qgis, tomando como base el año de mayor victimización (2005). Para efectos de la presentación de la leyenda, la tasa mínima se aproxima a 0, sin embargo, en ninguno de los departamentos hubo 0 victimización, la menor tasa es de 0.04 para el año 2018 en Bogotá.

Fuente: elaboración propia con datos de los Censos de Población y Vivienda y del Registro Único de Víctimas de la UARIV.

Para 1993 se observa que el promedio de la tasa de victimización era de 3,41 hechos victimizantes por cada mil personas, donde el 34% de los departamentos se encontraba por encima de este promedio, con mayor afectación en los departamentos de Antioquía, Arauca y Guaviare. Sin embargo, en comparación con los otros años estudiados, este año tuvo las tasas más bajas para los 32 departamentos.

En 2005 el promedio incrementó a 27 hechos victimizantes por cada mil habitantes, donde el 37% de los departamentos se ubicó por encima de la media, estos son: Caquetá, Cesar, Choco, Magdalena, Meta, Sucre, Arauca, Putumayo, Guainía, Guaviare y Vichada; siendo Guaviare el

departamento más afectado. Mientras que el 28% de los departamentos presentaron tasas medio bajas y el 18% presentaron tasas bajas.

En el 2018 la media se ubicaba en seis hechos victimizantes por cada mil habitantes, y pese a la disminución de la tasa, se observan departamentos donde persistían considerables tasas de victimización, estos se pueden ubicar en tres regiones: primero, al nororiente colombiano, en los departamentos de Arauca con afectación media-baja y de Norte de Santander con afectación media, resultando llamativo que para el caso de Norte de Santander la tasa de victimización se aumentó de 2005 a 2018. Segundo, en la región del noroccidente, en el departamento del Chocó, donde se mantuvo una tasa media, similar a la de 2005. Tercero, en el sur, donde por un lado está el departamento de Nariño con una tasa medio baja, sin cambios significativos en el tiempo; y por otro lado, los departamentos de Caquetá y Guaviare que pasaron de tasas altas a tasas medio bajas. Cabe anotar que para el primer año (1993) el departamento más afectado fue Antioquia, para el segundo año (2005) fue Guaviare y para el último año (2018) fue Chocó.

Cabe anotar que lo anterior se corresponde con los hallazgos de Salas (2016) quien encuentra que, existen dos focos donde históricamente no se han evidenciado cambios importantes en la disminución de la violencia: el corredor del nororiente colombiano que abarca los departamentos de Arauca, Meta, y Caquetá; y el corredor ubicado en el Pacífico que incluye los departamentos de Nariño, Cauca y Valle del Cauca (Salas, 2016).

1.2. Salud Mental y Bienestar Emocional en el Contexto del Conflicto Armado Colombiano

Al respecto de la salud y la violencia, la Corte Constitucional de Colombia ha reconocido que la salud de la población víctima del conflicto armado, se encuentra en alto riesgo de deterioro por las condiciones en las que esta población desarrolla su vida, en medio y como consecuencia de la guerra. Al referirse a las circunstancias que deben ser tenidas en cuenta por las entidades públicas al garantizar la prestación de los servicios de salud, la Corte menciona que las personas víctimas del conflicto están expuestas a:

(...) la dificultad de acceder a los servicios de salud, el incremento de riesgo para contraer enfermedades que surge a partir de las condiciones deplorables a las que son sometidas las personas en situación de desplazamiento, las circunstancias de extrema de vulnerabilidad agudizada cuando los actos de violencia se ejercen contra las mujeres, las

precarias condiciones económicas de las víctimas y de sus núcleos familiares y la inestabilidad emocional (Sentencia T-045/10, 2010).

En el mismo sentido, la Sentencia T-025 de 2004 reconoce el alto grado de vulnerabilidad social de la población envuelta en el conflicto, en particular la población desplazada, reconociendo a esta como sujeto de especial protección constitucional¹⁶:

En Colombia, la población desplazada constituye uno de los sectores poblacionales en estado de vulnerabilidad extrema, debido a la falta de protección oportuna y efectiva por parte de las autoridades. La violación reiterada de sus derechos se ha caracterizado por ser masiva, prolongada e imputable tanto al conflicto armado como a la estructura de la política de atención a desplazados(...) (Sentencia T-025/04, 2004).

Para ofrecer un panorama general de la salud mental de la población colombiana, la

Tabla 1 presenta cifras de algunos indicadores del Sistema de Información en Salud y Protección Social-SISPRO para los años 2015, 2019 y 2020¹⁷.

Tabla 1.

Indicadores de salud mental en Colombia

Indicador		2015	2019	2020
Porcentaje de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento	Total	3.94	4.75	4.42
	Hombres	3.99	4.93	4.50
	Mujeres	3.91	4.61	4.37
Porcentaje de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	Total	0.15	0.28	0.22
	Hombres	0.26	0.44	0.38
	Mujeres	0.06	0.15	0.11
	Total	0.16	0.41	0.31

¹⁶ Más adelante con el tránsito de la Ley 387 de 1997 “Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y esta estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia” (Ley 387/97, 1997), a la 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.” (Ley 1448, 2011), se hace extensivo este amparo constitucional, como sujeto de especial protección a todas las víctimas del conflicto armado colombiano. Reconocimiento que resulta fundamental pues exige a las instituciones del gobierno y a las entidades que de alguna manera atienden a esta población un abordaje diferencial.

¹⁷ Se hace referencia a estos tres años por las siguientes razones: el 2015 por ser el año en el cual se realizó la ENSM, fuente de datos de la presente investigación; el año 2019 por ser el año más reciente antes de la pandemia, puesto que la pandemia es un fenómeno que potencialmente pudo haber afectado los reportes de afectaciones en salud mental; y el 2020 por ser el año más reciente para el cual se cuenta con información del SISPRO.

Indicador		2015	2019	2020
Porcentaje de personas atendidas por riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales	Hombres	0.13	0.34	0.23
	Mujeres	0.20	0.48	0.38
Tasa de intento de suicidio (100.000 hab.) ¹⁸	Total	4.12	52.12	58.84
	Hombres	5.11	65.61	72.42
	Mujeres	2.86	38.46	44.64

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema Integrado de Información de Protección

Social-SISPRO. 2021.

Como se puede evidenciar de 2015 a 2019 todos los indicadores aumentaron. En particular, llama la atención el incremento de la tasa de intento de suicidio en 35.6 por cada 100.000 personas; y el porcentaje de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento, que aumento en cerca de 1 punto porcentual. Para el 2020 las cifras de atención en salud mental disminuyeron ligeramente, lo cual parece paradójico puesto que la evidencia reciente ha demostrado el gran impacto de la pandemia en la salud mental, sin embargo, esto puede tener relación con: las medidas de confinamiento tomadas al inicio de la pandemia; a la prevalencia de otras patologías; y en general al escenario de incertidumbre por el COVID-19. Sobresalen las cifras de intento de suicidio, las cuales incluso para 2020 siguieron en ascenso, con un aumento de 6.18 por cada 100,000 personas¹⁹.

Se evidencia que, para los tres años (2015, 2019 y 2020), la tasa de intento de suicidio resulta mayor para hombres que para mujeres, lo cual se encuentra en concordancia con lo encontrado en los estudios previos sobre salud mental en diferentes países²⁰. La cifra de personas atendidas por trastornos mentales y uso de sustancias psicoactivas también resulta ligeramente mayor para hombres que para mujeres. Solo en el caso de las atenciones relacionadas con riesgos por circunstancias socioeconómicas y psicosociales la cifra es más alta para las mujeres.

En términos de la salud de la población víctima del conflicto, también el SISPRO reportó que, para el 2019, el 84% del total de personas registradas en el Registro Único de Víctimas-RUV se

¹⁸ Llama la atención que la tasa de suicidio se haya aumentado en más de diez veces en cuatro años, sin embargo, la información fue corroborada con el SISPRO y el Instituto Nacional de Medicina Legal y esta no varía.

¹⁹ Si bien no se encuentra dentro de los objetivos de esta investigación abordar el impacto de la pandemia en las víctimas del conflicto armado, resulta interesante reflexionar al respecto, puesto que existe la certeza de que tanto el conflicto armado como la pandemia resultan ser determinantes de la salud mental de la población, razón por la cual podría suponerse que la pandemia pudo haber afectado de manera diferencial la salud de las víctimas.

²⁰ Los hallazgos de los estudios previos se encuentran en el Capítulo II: Revisión de Estudios Previos sobre el Impacto de los Conflictos Armados en la Salud Mental y Bienestar Emocional.

encontraban afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, es decir que el 16% restante de las víctimas no contaba en ese momento con una garantía de atención en salud (Tobón G, 2019), sin contar a las personas que han vivido hechos de violencia en la guerra pero que por diferentes razones no se encuentran reconocidas en el RUV²¹.

El Ministerio de Salud (MSPS) de Colombia, reconoce que las afectaciones derivadas de la violencia armada deben comprenderse de manera contextualizada. De forma que la complejidad de los hechos experimentados en el conflicto armado obliga a ir más allá de los diagnósticos patológicos y ubicar una perspectiva que dé cuenta del entramado de aspectos en los que se desenvuelve la salud e integridad de las víctimas (MSPS, 2017), al respecto refiere:

(...) las afectaciones psicosociales que genera el conflicto armado en las personas, familias, comunidades y grupos étnicos, trascienden las categorías diagnósticas en las que se inscriben las nociones de enfermedad o psicopatología, pues reconoce múltiples formas de expresión del daño psicosocial, ya que el modelo clínico y sintomatológico, tiende a invisibilizar las nociones de sufrimiento humano, destrucción de proyectos de vida, duelos irresueltos y todas aquellas manifestaciones y respuestas humanas que no son identificables con un diagnóstico de síntomas clínicos, pero que derivan de la experiencia del conflicto armado (MSPS, 2017, pág. 5).

En coincidencia con el MSPS, la presente investigación se interesa por comprender la salud desde la integralidad y desde un enfoque psicosocial, que tome en consideración las subjetividades que se han forjado por las experiencias en medio de la guerra, en particular las vivencias diferenciales que pueden experimentar hombres y mujeres. En ese sentido, vale insistir en que no

21 La UARIV desde la creación del Sistema Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas-SNARIV en 2011, ha realizado esfuerzos para llegar a todas las víctimas del conflicto armado, sin embargo, el proceso de inclusión en el RUV, implica una declaración detallada de los hechos de violencia ante una oficina del Ministerio Público (UARIV, s.f.), ante lo cual se podría esperar, que las personas que viven en zonas de alta intensidad del conflicto, puedan enfrentarse con obstáculos para el acceso (como las distancias de las zonas rurales con los puntos de atención), para la movilidad hacia a estos puntos (que podría estar relacionada con aspectos económicos), la información sobre cómo acceder al mismo y para su seguridad al encontrarse en territorios de presencia de actores armados. Muestra de esto, son los casos de los delitos contra la libertad y la integridad sexual, que como lo confirma el “informe de la encuesta de prevalencia de violencia sexual en el marco del conflicto armado 2010-2015”, uno de los principales problemas para dimensionar este hecho, es el subregistro, debido a las implicaciones de la violencia sexual en la vida de las mujeres y las dificultades que se presentan al ser declarados estos hechos antes los organismos del Estado (Campaña saquen nuestros cuerpos de la guerra, 2017) o las personas que no son reconocidas por la UARIV y realizan demandas al Estado y terminan siendo reconocidas como víctimas vía administrativa.

todas las manifestaciones expresadas en la salud de quienes pasan por situaciones límites como la guerra hacen parte de una patología específica, estas pueden estar inscritas dentro de las respuestas habituales ante el sufrimiento, en donde lo anormal no es la manifestación de malestar en la salud, sino los hechos de violencia experimentados (MSPS, 2017).

Tamayo & Bell (2020) refieren que, aunque el conflicto armado colombiano ha sido denominado usualmente como un conflicto de baja intensidad, la evidencia empírica recopilada en los estudios sobre el tema, da cuenta de una alta exposición de la población civil a daños producidos por los hechos de violencia (Tamayo & Bell, 2020), lo que permite afirmar que el nivel de intensidad de la guerra no necesariamente se corresponde con sus impactos que para el caso del país pueden resultar desproporcionados.

En el mismo sentido, el INS analiza la ENSM en la búsqueda de elementos que permitan develar los impactos de este en la salud mental de los colombianos, encontrando que, existe mayor probabilidad de presentar trastornos de salud mental para las personas que ha vivido hechos victimizantes. En particular, registra la presencia de trastornos de ansiedad; también reportan mayor prevalencia en sentimientos de angustia e infelicidad, y en exposición a la discriminación. De la misma manera, el INS en un análisis cualitativo de testimonios sobre el conflicto, encuentra que las afectaciones que este ha dejado en la población civil, se pueden categorizar como: emocionales: en relación al dolor, miedo, y sufrimiento que experimentan las víctimas; morales: en relación a la deshumanización que implican estas experiencias, a los daños a la dignidad y la honra, y a la estigmatización; afectaciones en la salud física derivadas de daños emocionales; y afectaciones familiares como las rupturas y los cambios en el proyecto de vida (INS, 2017).

La evidencia de la psicología social también ha ubicado que la prolongación indefinida de las guerras (como es el caso colombiano) termina generando un ambiente de normalización o aceptación silenciosa de relaciones sociales que deshumanizan. Como se ha mencionado anteriormente, la deshumanización opera como uno de los dispositivos que mantiene y sostiene la guerra (Baró I. M., 1997), donde los efectos para la salud mental y emocional resultan muy diversos y deben ser comprendidos en contextos particulares y determinados por las condiciones sociodemográficas, étnicas y culturales, de las personas y sus experiencias vitales.

Ante las anteriores consideraciones, existe un bagaje importante de estudios que han indagado en la relación entre violencia y salud mental, en ellos se encuentran aquellos que se inclinan por entender las afectaciones de las víctimas desde las patologías y diagnósticos clínicos,

y otros que se inclinan en comprender las afectaciones de las víctimas desde una perspectiva psicosocial que reconoce manifestaciones del daño no necesariamente asociadas a patologías. En el siguiente apartado se recopilan algunos elementos de la revisión documental sobre el impacto de las guerras en la salud mental y bienestar emocional.

Capítulo II. Revisión de Estudios Previos sobre el Impacto de los Conflictos Armados en la Salud Mental y Bienestar Emocional

En este capítulo, se presentan hallazgos obtenidos de diferentes estudios sobre la salud mental y el bienestar emocional de la población expuesta a conflictos armados, con énfasis en el conflicto armado colombiano. Específicamente se realizó una identificación de los aspectos que podrían estar relacionados con características diferenciales por sexo y condición de victimización²². Los hallazgos se presentan organizados en las siguientes categorías: enfermedades de salud mental y manifestaciones del malestar emocional; riesgos y prevalencias en la salud mental y bienestar emocional de hombres y mujeres; factores asociados a la salud mental y bienestar emocional; y retos en este campo de estudio.

2.1. Enfermedades de Salud Mental, Malestares Emocionales y Psicosociales

Con relación a las enfermedades de salud mental y malestares emocionales identificados en población víctima del conflicto armado en Colombia, se encuentra una alta frecuencia de síntomas de ansiedad, depresión y TETP (Campo, Oviedo, & Herazo, 2014) lo cual se ratifica en los análisis de la ENSM-2015 (Tamayo, Rincón, & De Santa Cruz, 2016; Cuartas, Liévano, Martínez, & Hessel, 2019). También se ha identificado mayor consumo de sustancias psicoactivas y consumo de alcohol en personas expuestas a situaciones de conflictos armados en otros países (Rodríguez, De La Torre, & Miranda, 2002; Tamayo, Rincón, & De Santa Cruz, 2016).

Complementariamente en un estudio comparativo auspiciado por Médicos Sin Fronteras-MSF, se encontró que la población expuesta a situaciones de violencia relacionadas con el conflicto armado en Colombia, presentó mayor prevalencia de sintomatología relacionada con trastornos de ansiedad; mientras que las personas expuestas a otros tipos de violencia presentaron mayor prevalencia de síntomas de agresividad y consumo de sustancias psicoactivas o de alcohol (Bell, et al., 2021). Lo anterior resulta relevante, puesto que por la complejidad de las dinámicas del conflicto armado en el país, es posible que se presenten simultáneamente diferentes tipos de violencia que constituyan factores asociados a la victimización de la guerra.

²² En la presente investigación el término condición de victimización hace referencia a la exposición de diferentes grupos poblacionales frente al conflicto armado, de forma que por condición de victimización se comprende que existen víctimas directas del conflicto, víctimas indirectas y personas que, aunque viven en contextos o regiones de violencia no han vivido hechos victimizantes ni directa, ni indirectamente.

En cuanto a los trastornos psíquicos, Rodríguez et al. clasifican a las personas que sufren de trastornos psíquicos en situaciones de conflicto armado en cuatro grupos: i) aquellas con enfermedades de salud mental preexistentes; ii) aquellas con condiciones de riesgo previas; iii) aquellas con cuadros reactivos secundarios; y iv) personas con manifestaciones tardías y diversas (Rodríguez, De La Torre, & Miranda, 2002). Esta clasificación puede darnos una idea de otros factores asociados a la salud mental que podrían poner a las personas en mayor o menor riesgo de desarrollar una patología, y adicional permite reforzar la idea de que las manifestaciones en la salud mental y emocional son diversas y dependen de condiciones previas.

En el mismo sentido Becker et al. (1997) encontraron que dentro de las manifestaciones psíquicas generadas por experiencias de violencia sociopolítica se pueden identificar: trastornos del sueño, episodios psicóticos transitorios, angustia, confusión, y culpa. Dentro de las manifestaciones de la conducta y psicosociales ubicaron: problemas de aprendizaje, trastornos alimenticios, y aislamiento social (Becker, Castillo, Gomez, Kovalskys, & Lira, 1997).

Con respecto a los diferenciales por edad, para el caso de los adultos, Gómez et al. (2016), utilizando datos de la ENSM-2015, identificaron que en los adultos víctimas del conflicto armado en Colombia se presenta un 15,9% de prevalencia de trastornos psíquicos, con una estrecha relación entre los siguientes trastornos del afecto: depresión, distimia, trastorno afectivo bipolar, y otros trastornos de ansiedad como: trastorno de pánico, ansiedad y fobia social. Esto mismo sucede para personas que viven en zonas de alta intensidad del conflicto; mientras que en las zonas de menor intensidad del conflicto se reconoce mayor prevalencia de posibles casos de TETP (Gómez R, et al., 2016).

Para los adolescentes se encontró prevalencia de trastornos mentales del 17%, con mayor prevalencia en todos los trastornos afectivos y de ansiedad en las mujeres (con excepción del trastorno bipolar). Para este caso no se logró especificar qué proporción de estos adolescentes son víctimas del conflicto armado (Gómez R, et al., 2016). Para el caso de los niños y niñas (entre 7 y 11 años) se encontró un 3% de prevalencia de trastornos afectivos y de ansiedad, con mayor carga para las niñas. De estos niños y niñas el 6.1% que reportaron trastornos, fueron identificados como víctimas de desplazamiento forzado (Gómez R, et al., 2016).

Asimismo, McKay (1998) afirma que en contextos bélicos no es posible considerar la salud de niños y niñas separada de la salud de las mujeres, puesto que son ellas quienes en su mayoría garantizan las labores de cuidado (McKay, 1998). También Punamäki (1997) encuentra en el caso

Palestino una fuerte relación entre la salud mental de las madres con sus hijos e hijas, en tanto las respuestas de las madres ante el estrés que produce la experiencia de la guerra, determinan el impacto de estos hechos en la salud mental de los niños y niñas. Este estudio resulta revelador, entre otras cosas, porque concluye que el rol amortiguador y protector de la salud mental de los niños y niñas es un factor de estrés adicional para las madres (Punamäk, 1997).

Por otra parte, frente al hecho de desplazamiento forzado en Colombia, Shultz et al. (2014), utilizando el método de *Trauma Signature Analysis*, clasifican las consecuencias del desplazamiento forzado durante la trayectoria, encontrando persistentemente exposición a enfermedades y daños asociados a la violencia. En el momento de pre-expulsión: las amenazas y otros hechos de violencia que desencadenan el desplazamiento generan experiencias estresantes. La expulsión genera: pérdida de proyecto de vida, frustración, miedo, daños a la identidad cultural, separación familiar, entre otros. El momento del desplazamiento produce: frustración, miedo, sensación de vulnerabilidad, incertidumbre y daños asociados a la imposibilidad de satisfacer necesidades básicas. El momento de la reubicación, puede producir “desorientación” y dependencia institucional. En el reasentamiento es cuando se manifiestan o identifican las enfermedades de salud mental mencionadas anteriormente en los otros estudios, sumado a: trastorno somatomorfo, angustia, riesgo elevado de suicidio, impotencia y culpa (Shultz, Garfin, Espinel, & et al., 2014).

A nivel internacional, son diversas las experiencias de conflictos bélicos donde se pueden rastrear afectaciones en salud mental. Para Lafta & Al-Nuaimi (2019) en su estudio sobre la guerra de Iraq, los impactos en la salud de la población en contextos de violencia bélica se hacen evidentes a largo plazo, manifestándose en el detrimento de condiciones de vida y en limitaciones para el acceso a servicios y alimentos, lo cual acarrea un aumento de traumas psicológicos, estrés y miedo permanente (Lafta & Al-Nuaimi, 2019). Murthy y Lakshminarayana (2006) analizando los conflictos de Afganistán, los Balcanes, Camboya, Israel, Líbano, Palestina, Iraq, Ruanda, Somalia, Sri Lanka o Uganda evidenciaron aumentos importantes de la prevalencia de enfermedades de salud mental (Murthy & Lakshminarayana, 2006).

2.2. Riesgos y Prevalencias en Salud Mental y Bienestar Emocional en Hombres y Mujeres

Los estudios de los conflictos armados internos en otras regiones del mundo identifican ampliamente impactos diferenciales en salud para hombres y mujeres. Para el caso de las mujeres se hace énfasis en los efectos traumáticos de hechos victimizantes que las afectan peculiarmente

como la violencia sexual y la violencia de género, que deriva en experiencias traumáticas, exacerbadas en contextos caracterizados por insuficientes servicios médicos y barreras para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (McKay, 1998). Dentro de la violencia de género se reconocen prácticas de discriminación, es el caso del conflicto en Kabul, Afganistán, donde se acostumbraba a alimentar primero a los niños que, a las niñas, y ellas resultaban siendo alimentadas con las “sobras” (McKay, 1998).

No obstante, se reconoce que las mujeres no solo ocupan un lugar de vulnerabilidad en las guerras, ejercen labores cruciales en el cuidado de la salud física y mental de las personas heridas y afectadas. En la guerra de Ruanda, las mujeres de la resistencia fueron un apoyo fundamental en el cuidado y rehabilitación de niños y niñas (McKay, 1998); y en medio de las hostilidades de las guerras africanas las mujeres son quienes, en su mayoría, garantizan el acceso a comida, agua y leña (Gardam, 1997).

Por otro lado, mientras los hombres están más expuestos a sufrir de manera directa hechos de violencia como homicidios, desapariciones y reclutamiento; las mujeres están más expuestas a sufrir diferentes tipos de violencia sexual, amenazas y tortura (ONU, 2002), sumado a la historia de subordinación y violencia que socialmente se impone, la cual continua y se ve agravada por el conflicto armado (CIDH, 2006). Se registra que, en la mayoría de los conflictos internos en América Latina, las víctimas letales son los hombres, por lo que las mujeres deben enfrentar la pérdida afectiva y asumir la carga del cuidado de los hijos (en caso de tenerlos), del desplazamiento, y de las amenazas, sumado a sus propias experiencias de violencia, y al cuidado de los daños que ha dejado la guerra en sus familias (Beristain, 2010, pág. 10). Situación que nos permiten suponer que la trayectoria de la guerra es diferencial por sexo y por lo tanto son diferenciales sus consecuencias.

Las anteriores prácticas dan cuenta de cómo en las guerras se reafirman los roles de género y las relaciones de poder socialmente establecidas, las cuales condicionan -incluso para los hombres- que sus experiencias en el conflicto sean diferenciales, razón por la cual el género ha sido considerado como un determinante social de la salud (OMS, 2021).

Rita Laura Segato (2016) aporta en este sentido al caracterizar desde un enfoque de género los conflictos contemporáneos, afirmando que la violencia hacia a las mujeres en las guerras contemporáneas, no es un acto contingente, al contrario, se ha pensado estratégicamente calculando el daño a la población civil y constituye uno de los pilares de las guerras.

La anterior realidad no es ajena al conflicto colombiano. El Centro Nacional de Memoria Histórica-CNMH, ha documentado dentro de las tácticas de guerra de los paramilitares, la violencia sexual y tortura de mujeres, niñas y niños, que son acusados por tener vínculos con grupos armados adversarios (CNMH, 2013). Dentro de los casos documentados, se ha demostrado que en el Caribe colombiano los grupos paramilitares forzaron el embarazo de las mujeres jóvenes, para garantizar su descendencia, presencia en la región y control territorial (Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación, 2011). También, se ha reconocido otro tipo de violencia contra las mujeres víctimas: la violencia institucional, expresada en la ausencia de prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, la negación de la interrupción voluntaria del embarazo-IVE en casos de violencia sexual, y las afectaciones a la fertilidad de las mujeres y a la salud de niños y niñas por las fumigaciones de glifosato²³ (Centro de Derechos Reproductivos, 2020).

Presumimos que la violencia armada en Colombia entendida como fenómeno macro, encarna las intenciones y connotaciones denotadas por Segato (2016), tanto por las dinámicas geopolíticas que atraviesan el conflicto colombiano como por el lugar que ocupa Latinoamérica en el orden global. Sugiere Segato (2016), en acercamientos a los conflictos de Guatemala, Colombia y Mato Grosso en Brasil, que el proceso de conquista no ha terminado, existe una carga simbólica en las mujeres y los niños afectados por la guerra, quienes en sus cuerpos y vidas “dañados y fracturados” recorren las regiones dejando huella, profundizando su vulnerabilidad, profundizando el miedo y el daño (Segato, 2016).

Para el caso de las mujeres, como lo refiere el informe de la encuesta de prevalencia de violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano 2010-2015, la violencia que ellas sufren en el conflicto armado hace parte del continuum de violencias, donde se ven doblemente afectadas: en su condición de mujeres en una sociedad patriarcal, y al ser víctimas de un conflicto armado que exagera los ultrajes contra ellas (Campaña “Violaciones y Otras Violencias: SAQUEN MI CUERPO DE LA GUERRA”, 2009).

Los estudios que hacen referencia a la salud mental de hombres y mujeres coinciden en los hallazgos sobre prevalencias de sintomatología. Precisan que la evidencia empírica ha dado cuenta que los hombres resultan más propensos a experimentar: abuso de sustancias psicoactivas, llanto,

²³ Un artículo que reseña los efectos del glifosato en el departamento del Guaviare, da cuenta que el proceso de erradicación de cultivos ilícitos en el periodo de 1994 a 2015, causó entre otras cosas: brotes en la piel, infertilidad, fuertes sangrados durante el embarazo, abortos involuntarios, síndrome de trombocitopenia en niños, malformaciones, aumento de la mortalidad infantil (niños que nacían sin órganos vitales), defectos congénitos, cáncer, hidrocefalia, retraso psicomotor, microcefalia, entre otros. Adicionalmente se reconoce que estos impactos en la salud pueden tener un carácter transgeneracional (Huertas, 2021).

agresión, pensamientos y acciones suicidas; mientras que las mujeres han resultado más propensas a experimentar pensamientos y sentimientos intrusivos, y trastornos del sueño (Bell, Méndez, Martínez, & Palma, 2021; Ramos, 2014). Al respecto hay que tener en cuenta que si bien pueden existir unas propensiones a ciertos síntomas, dada la complejidad de las manifestaciones del sufrimiento humano consideramos que no es posible generalizar que todas las mujeres u hombres se comporten de esta manera, esto dependerá de sus experiencias de vida, de su cultura, de su condición económica, de cómo han construido sus roles alrededor del género, entre otros.

Algunos estudios, como el de Cuartas et al. (2019), concluyen que los hombres tienen un 49% menos de probabilidades de sufrir trastornos de salud mental que las mujeres (Cuartas et al., 2019). Sin embargo, este es un resultado controvertido puesto que a nivel global la evidencia da cuenta que las tasas de prevalencias en salud mental son semejantes, aunque se presentan diferencias en el tipo de malestares o trastornos que hombres y mujeres experimentan (Rosenfield & Smith, 2009).

Otros estudios encuentran diferenciales por sexo en los reportes relacionados con otros factores. En cuanto a la edad, Matud (2005) recapitula que las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la depresión aumentan a la edad adulta puesto que allí se refuerzan desigualdades de género (Matud, 2005). Lohan (2007) advierte que en términos del curso de vida son bastante claros los hitos de vida de las mujeres que pueden causar afectaciones en la salud mental; mientras que, para el caso de los hombres, ha sido poco estudiados cuáles momentos determinantes pueden afectar su salud y bienestar (Lohan, 2007).

A propósito de los hombres y mujeres con hijos, se registra que, si bien reportan mejores resultados frente al sentido de vida, y las cargas sociales y económicas; el tener hijos puede también generar angustia y minimizar esos buenos resultados. Dentro del grupo de madres y padres, quienes suelen presentar niveles más altos de angustia son las mujeres con hijos menores de 18 años (Bird, 1999; Matud, 2005). Ser jefe de familia también causa diferenciales en salud mental para hombres y mujeres, en el caso de la población mexicana un factor de riesgo para la depresión ha resultado ser mujer y jefe de familia (Ramos, 2014).

El trabajo ha resultado ser, a la vez, un factor protector y un factor de riesgo para la salud mental de hombres y mujeres trabajadoras. Bird (1999) identifica que los padres y madres con empleo, pueden estar expuestos a las cargas que exige responder con las actividades laborales y organizar el cuidado de los niños y niñas mientras se encuentran trabajando (Bird, 1999). Para las mujeres se suma la carga del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, que

generalizadamente recae sobre ellas, siendo un agravante de los malestares de salud mental (Bird, 1999; Matud, 2005). Sin embargo, el trabajo, también puede ser un factor protector según el tipo de oficio que se desempeñe y las exigencias del mismo; Matud (2005) identifica que las mujeres profesionales tienen menos síntomas de depresión comparadas con las mujeres dedicadas a los oficios del hogar y aquellas que tienen empleos manuales.

En cuanto a la educación, Matud (2005) encuentra que este puede ser un factor protector. Las personas con mayor nivel educativo suelen tener mejor salud mental, así las mujeres con menos hijos y mayor educación disminuyen su sintomatología depresiva. También el trabajo y la educación, pueden ser indicadores de la clase social y de la estabilidad socioeconómica, en ese sentido varios estudios afirman que, la salud mental se deteriora a medida que disminuye la clase social (Matud, 2005).

Al respecto Tamayo & Bell (2020) hacen el llamado a pensar en las necesidades diferenciales de las víctimas, no solo por las experiencias vividas, sino también, por los factores de riesgo contextuales que las hacen más vulnerables en su salud (Tamayo & Bell, 2020). Reflexión que resulta fundamental en esta investigación, ya que no solo las construcciones de género asociadas al sexo constituyen condiciones diferenciales, sino que es fundamental entender estas construcciones a la luz de las particularidades sociales, económicas y culturales.

2.3. Factores Asociados a la Salud Mental y Bienestar Emocional de la Población Expuesta al Conflicto Armado Colombiano

En relación con los factores asociados, se encuentra que, en los territorios altamente afectados por la violencia, persisten bajas coberturas en acceso a servicios de sanidad, electricidad, salud, transporte y educación, y mayor presencia de problemas sociales como: explotación laboral, consumo de sustancias psicoactivas, violencia de género, y estigmatización a las personas desplazadas, en especial a mujeres, niñas, niños y afrodescendientes (Tamayo & Bell, 2020) (Shultz, Garfin, Espinel, & et al., 2014).

Al respecto del último punto, Campo y colaboradores (2014) argumentan que la estigmatización a la población víctima es generalizada y es una fuente importante de malestar emocional. Estos autores encuentran dos manifestaciones relevantes de la estigmatización: por un lado, afirman que una de las formas de estigmatizar a las víctimas es patologizar su dolor y sufrimiento, situación que es recurrente en los servicios de salud donde descontextualizan las vivencias de las víctimas y

se convierten los problemas sociales en trastornos mentales, lo cual a su vez constituye una forma de revictimización. Por otro lado, encuentran que se presentan casos de auto estigmatización, es decir una aceptación del estereotipo social negativo que por un lado causa malestar emocional y por otro, puede causar dependencia institucional (Campo, Oviedo, & Herazo, 2014).

Otros factores asociados se relacionan con: las barreras de acceso a servicios de salud, la disolución familiar y las rupturas comunitarias, la manipulación institucional a la que se ven expuestos durante la trayectoria del desplazamiento, el detrimento patrimonial, la polivictimización y la revictimización, el desempleo, la exclusión social y la pobreza (Campo, Oviedo, & Herazo, 2014; Bell, Méndez, Martínez, & Palma, 2021; Shultz, Garfin, Espinel, & et al., 2014). El estudio de la ENSM sobre en niños y niñas, identificó mayor prevalencia de trastornos en salud mental en condiciones de pobreza (Gómez R, et al., 2016); y el estudio de la desigualdad global en salud basado en la ENSM, dio cuenta de un Índice de Concentración Sanitaria-HCI (por sus siglas en inglés)²⁴ de -0,12 (IC 95%) lo que indica que las personas más pobres presentan una carga mayor de trastornos de salud mental en comparación con las personas más ricas (Cuartas et al., 2019).

Así mismo, se identificó para el año 2008 que el 64.7% de las personas desplazadas eran menores de 14 años expuestos a condiciones de orfandad, separación familiar, y refugio (Arango, Rojas, & Moreno, 2008).

Acerca del desplazamiento forzado en Colombia, se encuentran factores asociados a mayores riesgos de sufrir enfermedades de salud mental como: amenazas previas al desplazamiento; hechos que originan el desplazamiento como el homicidio o ataque contra familiares, vecinos o amigos; la adaptación al momento de la reubicación; y en algunos casos la experiencia del retorno (Shultz, Garfin, Espinel, & et al., 2014). En relación con la trayectoria del desplazamiento Gómez et al. afirman que puede haber mayores prevalencias en quienes se desplazan más cerca del lugar de vivencia de los hechos violentos (Gómez R, et al., 2016). También se ha encontrado que la dificultad en el acceso a servicios de salud, en especial para víctimas de desplazamiento forzado, puede generar complicaciones en aquellas personas con enfermedades crónicas (Gómez, Rincón, & Medina, 2018).

Para el caso de las mujeres, se encuentran como factores de riesgo señalamientos al ejercer roles de liderazgo y por comportamientos no hegemónicos asociados a su rol de género; el continuum

²⁴ Health concentration index: Mide la desigualdad en los trastornos de salud mental de acuerdo con el Índice de Pobreza Multidimensional. El HCI toma valores entre - 1 y 1, donde los valores negativos indican mayor concentración de trastornos en la población más pobre (con un IPM bajo) y los valores positivos una concentración en la población más rica.

de violencias de género; y la violencia sexual como una práctica instaurada al interior de los grupos armados con objetivos de control, disciplinamiento y castigo (OIM, USAID, & UARIV, s.f.). Para Gómez y colaboradores, el hecho de ser mujer es en sí mismo un factor asociado a mayor riesgo de victimización y de trastornos en la salud mental (Gómez R, et al., 2016).

La psicología social, reconoce que existen múltiples factores agravantes del daño psicosocial, entre ellos se pueden mencionar: pérdidas múltiples, los casos en los que el autor del hecho de violencia es el Estado²⁵ (Beristain, 2010), cuando las personas siguen viviendo en lugares de conflicto armado, cuando hay una larga exposición a la violencia²⁶ (Beristain, 2010, pág. 5) (Martín-Baró, 1990), los casos en los que se configuran escenarios de impunidad que no permiten a las víctimas encontrar en la justicia una forma de reparación (Martín-Baró, 1990).

Al mismo tiempo, se reconoce que existen factores protectores que pueden disminuir el riesgo de sufrir enfermedades de salud mental y malestares emocionales. Como lo menciona Punamäki (1997) la sola exposición a la experiencia traumática no es suficiente para explicar los problemas en la salud mental y emocional de las personas, existen factores que generan mayor vulnerabilidad y otros que protegen a las personas de desarrollar un problema psicológico (Punamäk, 1997).

Los estudios han encontrado que para el caso de los adolescentes la pertenencia a grupos sociales u organizaciones se puede asociar a menores niveles de exposición a afectaciones en salud mental (Gómez R, et al., 2016). Y en general se reconoce que las redes de apoyo operan como protectoras, en cuanto permiten compartir la experiencia vivida y generar espacios de comprensión y escucha (Beristain, 2010). También se afirma que factores asociados a los recursos emocionales con los que cuentan previamente las personas pueden jugar a favor de la salud mental, dentro de ellos podemos mencionar: las habilidades para el manejo emocional, las habilidades para reconocer los recursos con los que cuentan, y la autoestima, las cuales son relevantes para el desarrollo de la resiliencia; e incluso se ha encontrado que la adherencia cultural e identitaria son fundamentales en la salud (Sivak, Ponce, Huertas y Ghigliaza, 2008) (Palma, 2020). Lo anterior resulta muy

²⁵ Martín-Baró (1990) refiere que una de las características de las guerras socio políticas en América Latina reside en “la mentira” donde quienes se espera que velen por la seguridad de las personas resultan ser la principal fuente de su inseguridad, del abuso, de la injusticia, y de la manipulación.

²⁶ Martín-Baró (1997) ubica que la temporalidad puede ser un factor agravante del trauma, en tanto en la medida que la violencia se prolonga y esto se suma a la precarización de las condiciones de vida, se fortalecen el ambiente de inseguridad, de incertidumbre, y la salud mental deteriorada termina adaptándose a vivir en los referentes de la violencia, experiencia que puede resultar despersonalizante (Martín-Baró, 1990).

interesante ya que el hecho de reconocer qué factores mitigan los riesgos en salud, puede constituir un aporte fundamental para la adopción de prácticas de prevención y protección para la población.

Por último, el MSPS en la ENSM de 1993 reconoció como factores protectores de la salud: el acceso a educación formal, contar con trabajo, tener vivienda, contar con recursos económicos, las redes de apoyo familiar y social; y otros asociados a las percepciones de las personas como: la satisfacción con la vida, la confianza en las instituciones y en el futuro, la autopercepción sobre su salud y su estado afectivo (MSPS & Colciencias, 2016, pág. 63).

En resumen, los factores asociados a la salud mental y emocional de las víctimas que los estudios previos han encontrado se pueden clasificar como factores de riesgo y factores protectores. En cuanto a factores de riesgo se reconocen: bajas coberturas de servicios públicos (entre ellos salud y educación), consumo de SPA y alcohol, estigmatización, rupturas comunitarias, desempleo, pobreza, vivir en zonas de conflicto, la distancia del lugar expulsor al receptor (en el caso del desplazamiento forzado), el tipo de hecho victimizante vivido, la impunidad, entre otros. Con relación a los factores protectores, los estudios previos han reconocido: contar con una red de apoyo, hacer parte de organizaciones o grupos, la adaptación al lugar de llegada, los recursos emocionales previos, el acceso a educación y trabajo, la adherencia cultural e identitaria, entre otros.

2.4. Retos en el campo de la salud mental, el bienestar emocional y el conflicto armado colombiano

Dentro de los retos en el campo de la salud mental, bienestar emocional, y el conflicto armado colombiano, las investigaciones revisadas encontraron que, a pesar de la diversidad de estudios al respecto, se presenta una falta de precisión sobre la prevalencia de enfermedades de salud mental en víctimas del conflicto armado (Campo, Oviedo, & Herazo, 2014; Cuartas, Liévano, Martínez, & Hessel, 2019)

Con relación a las violencias contra las mujeres, las y los autores afirman que es urgente reconocer que dentro del conflicto armado se cometen feminicidios, así como reconocer los impactos diferenciales del conflicto en las mujeres afrodescendientes e indígenas (OIM, USAID, & UARIV, s.f.).

Así mismo, los estudios reiteran la necesidad de profundizar en el análisis de la estigmatización, como factor asociado a los problemas de salud mental y emocional de las víctimas

(Campo, Oviedo, & Herazo, 2014) y reforzar la identificación de relaciones entre la salud mental y enfermedades crónicas en esta población (Gómez, Rincón, & Medina, 2018).

Por otra parte, aunque la ENSM es una herramienta fundamental para mejorar la salud mental en la población colombiana, Tamayo & Bell (2020) llaman la atención sobre la escasa utilización que se le ha dado la misma. También los estudios destacan la importancia de indagar a profundidad sobre la calidad del sistema subsidiado de salud, al cual se encuentran afiliadas la mayor parte de las víctimas del conflicto armado, ya que no en todos los casos este sistema brinda la calidad necesaria para responder a las necesidades en salud de esta población (Tamayo & Bell, 2020) (Bell, et al., 2021).

En conjunto, como se pudo evidenciar en la revisión de estudios sobre el tema, existen una multiplicidad de elementos que permiten constatar la relación negativa entre conflicto armado, salud mental y bienestar emocional, esta evidencia da sustento a la presente investigación ya que permite ubicar indicios de estos vínculos y a partir de allí formular las hipótesis de investigación, y también constituye un referente comparativo para el análisis de los resultados diferenciales para hombres y mujeres. A partir de estos aportes se podrá deducir en qué medida son coincidentes o diferenciales las condiciones de salud mental y emocional de hombres y mujeres víctimas con respecto al resto de la población colombiana.

De los hallazgos de la revisión de estudios previos, existen varios aspectos que son de especial interés para la presente investigación: en primer lugar, la constatación de que al momento no existe un análisis de la ENSM-2015 que dé cuenta de la salud mental y emocional de hombres y mujeres diferenciadamente y retome elementos de las relaciones de género; en ese sentido esta investigación puede aportar elementos para ocupar ese vacío. En segundo lugar, es de vital importancia reconocer que existe un grupo de trastornos de salud mental, de síntomas y malestares comunes en la población víctima y que no se presentan de la misma forma o con la misma intensidad en la población que no ha experimentado hechos de violencia. Y en último término, reconocer que, factores asociados como: las condiciones socioeconómicas, el cambio de residencia por el desplazamiento, la edad, la pertenencia a grupos o la tenencia de redes de apoyo, los hechos de violencia vividos, entre otros; son fundamentales para entender la complejidad de las situaciones que condicionan la salud mental y bienestar emocional de la población.

Capítulo III. Marco Conceptual y Teórico

Con el fin de dar soporte teórico a la presente investigación, este capítulo contiene el marco conceptual y teórico con el cual se esperan bosquejar los elementos que van a permitir comprender la relación entre conflicto armado, salud mental y bienestar emocional de hombres y mujeres. En un primer ítem, se exponen conceptos claves para esta investigación; en un segundo ítem, se presenta un acercamiento teórico a la salud mental y el bienestar emocional; tercero, se presentan algunos postulados de la psicología social y de la psicología de la violencia; y en un cuarto ítem se presenta un acercamiento teórico a los mandatos de género para hombres y mujeres con relación a la salud mental y el bienestar emocional.

Antes de iniciar con el desarrollo de este capítulo, es de interés aclarar que pese a los debates que puedan existir entre los enfoques exclusivamente clínicos de la salud mental como el que contempla el DSMIV y aquellos enfoques que reconocen otros aspectos sistémicos y psicosociales, los cuales integran más ampliamente la salud mental con el bienestar emocional y con el contexto de las personas; en esta investigación interesa conciliar estas dos posturas puesto que, se considera que para estudiar la salud de la población expuesta a situaciones de violencia por conflicto armado, es útil como lo veremos más adelante, contemplar tanto la delimitación de patologías de salud mental, como el reconocimiento de que la salud mental y el bienestar emocional se configuran psicosocialmente.

A continuación, se presenta una recopilación de los conceptos relevantes para esta investigación.

3.1. Conceptos

El presente apartado contiene conceptos relacionados con la violencia, los tipos de violencia, las víctimas del conflicto armado y los determinantes sociales de la salud.

- **Violencia:** La OMS entiende que la violencia es: (...) el uso intencional de la fuerza física o el poder, real o por amenaza, contra la persona misma, contra otra persona o contra un grupo o comunidad que puede resultar en o tiene alta probabilidad de resultar en muerte, lesión, daño psicológico, problemas de desarrollo o privaciones (Organización Mundial de la Salud-OMS, 1996).

- **Tipos de violencia:** Esta investigación adhiere a la categorización de la violencia realizada la OMS (1996) y ubica la violencia sociopolítica dentro de la categoría de violencia colectiva:

Violencia auto infligida: Incluye conductas suicidas y maltratos producidos contra sí mismo.

Violencia interpersonal: Contempla la violencia intrafamiliar y la violencia ejercida por personas conocidas o ajenas a quien resulta afectado.

Violencia colectiva: Como la violencia social (crimen organizado, grupos delincuenciales, pandillismo, racismo, entre otros), la violencia política (guerras o conflictos armados) y la violencia económica (carencia material y de acceso para la garantía de necesidades básicas y vitales) (OMS, 1996). Sobre la violencia colectiva es de interés hacer énfasis en la violencia sociopolítica, la cual puede ser entendida como el enfrentamiento violento entre “...sectores de la sociedad civil entre sí y éstos contra el Estado, en condiciones históricas particulares...” (Ramírez Tobón, 1988, pág. 64) derivado de la búsqueda de transformaciones sociales por parte de algunos sectores de la sociedad y de las acciones para la conservación del orden y de la legitimidad social del Estado (Ramírez Tobón, 1988).

- **Víctima del conflicto armado:** La ley de víctimas y restitución de tierras, ley 1448 de 2011, que recientemente amplió su vigencia mediante la ley 2078 de 2021, establece que las víctimas del conflicto armado son:

(...) aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1° de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno.

También son víctimas el cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de estas, lo serán los que se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente. De la misma forma, se consideran víctimas las personas que hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización (Ley 1448/11, 2011).

Con objeto de la presente investigación se considerará una interpretación amplia de esta definición jurídica, en tanto el objeto de estudio requiere comprender integralmente en qué medida la guerra impacta en la salud de la población. Una interpretación amplia, implica entender la definición desde el enfoque de Derechos Humanos²⁷, el cual reconoce que las personas víctimas son todas aquellas que se han visto afectadas por el conflicto armado bien sea de manera individual, familiar o comunitaria (MSPS, 2017).

- **Hechos victimizantes:** Del mismo modo la ley 1448/11 permite conceptualizar las vulneraciones a los derechos humanos-DDHH y al derecho internacional humanitario-DIH por ocasión del conflicto armado, como hechos victimizantes. Dentro de la ley se reconocen los siguientes hechos: 1) abandono o despojo forzado de tierras; 2) actos terroristas; 3) amenazas; 4) confinamiento o secuestro; 5) delitos contra la libertad y la integridad sexual; 6) desaparición forzada; 7) desplazamiento forzado; 8) homicidio; 9) lesiones personales física y psicológicas; 10) minas antipersonas; 11) pérdidas de bienes o inmuebles; 12) tortura; y 13) vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados (Ley 1448/11, 2011).
- **Determinantes sociales de la salud:** La OMS caracteriza a los determinantes sociales de la salud como "las condiciones en las que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que dan forma a las condiciones de la vida diaria" (OMS, 2021). Los determinantes estructurales son aquellos que determinan la estructuración social como: la clase social, la etnia, el género, la edad y el territorio; mientras que los determinantes intermedios son el contexto económico, socio cultural, ambiental, político, en salud y en infraestructura, que incluyen en la salud de la población.
- **Género:** De acuerdo con Scott el género es "un elemento constitutivo de las relaciones sociales, basadas en las diferencias que distinguen los sexos (...) siendo el campo primario en el que se articulan las relaciones de poder" (p. 13) Para esta autora el género contiene, al menos, cuatro elementos interrelacionados: símbolos culturales que evocan representaciones múltiples (ej. Eva y María); conceptos normativos que materializan los significados de esos símbolos (ej. doctrinas religiosas educativas, etc); interrelaciones

²⁷ La presente investigación adhiere al enfoque de Derechos Humanos propuesto por el Centro Nacional de Memoria Histórica de Colombia.

políticas de las instituciones y organizaciones sociales; y la identidad subjetiva, que se da en la aculturación de la sexualidad biológica, construyendo identidades genéricas (Scott, 2008).

Los conceptos presentados nos permiten dos cosas. Por un lado, ubicar el conflicto armado como parte de la violencia colectiva, en específico como violencia política, pero a su vez, en estrecha relación con otros tipos de violencia como la económica y la social. Como lo reflexionan Brunborg & Tabeau (2015), al respecto de la demografía de la violencia, muchas veces resulta difuso el límite entre los conflictos políticos y otros tipos de violencia, por la complejidad de las dinámicas que se entretajan alrededor de estos. Es común que la violencia criminal y otras manifestaciones violentas se desarrollen como pretexto o consecuencia de la violencia política (Brunborg & Tabeau, 2015, pág. 136). En ese sentido, como lo hemos mencionado anteriormente para el caso del conflicto colombiano, se han identificado profundas raíces económicas y sociales que contribuyen a que los límites entre los distintos tipos de violencia sean difusos.

Por otro lado, la perspectiva de los determinantes sociales de la salud permite ubicar la violencia, en particular el conflicto armado, como un determinante intermedio, y situar el sexo y el género como un determinante estructural, de forma que estos determinantes sociales se conjugan con otros para configurar escenarios de afectaciones diferenciales para hombres y mujeres. Como lo afirma el informe del INS, el conflicto armado ha dejado impactos diferenciados por sexo, género, etnia, edad, y determina gran parte del contexto social, cultural, político y ambiental del país (INS, 2017). Son entonces, la violencia sociopolítica y el género determinantes sociales de la salud en tanto definen gran parte de las condiciones de vida de las personas que están expuestas a contextos de guerra.

Ahora resulta pertinente introducir el segundo apartado de este capítulo que contiene el marco teórico de referencia, iniciando por ubicar teóricamente dos elementos fundamentales de esta investigación: la salud mental y el bienestar emocional.

3.2. Acercamiento a la Salud Mental y el Bienestar Emocional

3.2.1. Salud Mental

La OMS plantea que la salud mental es uno de los componentes de la salud integral, entendiendo por salud como un “estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera y aporta algo a su comunidad”

(OMS & OPS, 2014). Complementariamente la ley 1616 de 2013, ley de salud mental de Colombia, indica que:

La salud mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad (Congreso de la República de Colombia, 2013).

Como se evidencia, este planteamiento comprende que la salud mental se asocia con niveles de bienestar de las personas, los cuales les permiten asumir los retos de la vida cotidiana y la vida en sociedad. No obstante, teóricos de la psicología social, proponen ampliar esta comprensión de la salud, no solo entendiéndola como un aspecto individual que garantiza el funcionamiento satisfactorio de la persona, sino como un elemento interdependiente y esencial de las relaciones humanas. En palabras de Baró la salud mental es “un aspecto básico de las relaciones humanas que determina las posibilidades de humanización” (Martín-Baró I. , 1997).

Al respecto, el informe de la ENSM 2015, aporta a estas definiciones al plantear que la salud mental se materializa a través de recursos emocionales, psicológicos, mentales y psicosociales que se activan ante situaciones que pueden generar tensión. Por lo tanto, las alteraciones a la salud mental, no solo se encuentran determinadas por trastornos mentales, existen componentes relacionados a condiciones de estrés, eventos críticos, factores emocionales y psicosociales que determinan los niveles de salud mental (MSPS & Colciencias, 2016).

En ese sentido, como lo recomienda el MSPS, no resulta adecuado centrar exclusivamente el análisis de la salud mental en las patologías, ya que el daño como respuesta normal de quienes han vivido la guerra se manifiesta de diversas maneras, aunque su expresión más intensa sea el desarrollo de una enfermedad (MSPS M. d., 2017). Por eso, la importancia de analizar la salud de las víctimas desde un enfoque psicosocial que entienda la salud mental y emocional como un proceso de bienestar.

3.2.1.1. Trastornos de Salud Mental

De acuerdo con el Observatorio Nacional de Salud Mental de Colombia -ONSM, los trastornos de salud mental pueden ser entendidos como alteraciones de los procesos cognitivos o afectivos que

afectan el desenvolvimiento social de las personas, se manifiestan mediante alteraciones en el razonamiento, comportamiento, en la capacidad de reconocer la realidad y en la capacidad de adaptación a diferentes situaciones de la vida (ONSM, 2017).

Los trastornos mentales son un grupo de enfermedades con una alta carga de morbilidad a nivel mundial. La OMS (2014) ha identificado como principales trastornos: la depresión, el suicidio, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, la demencia, las discapacidades intelectuales y conductuales (autismo, déficit de atención, entre otros) (OMS & OPS, 2014). Así mismo, la OMS ha encontrado que los trastornos mentales influyen en otros componentes de la salud integral, como en el desarrollo y avance de enfermedades como el cáncer y enfermedades cardiovasculares; así como una estrecha relación de los trastornos mentales con problemas neurológicos (OMS, 2013).

Dentro de los factores que condicionan la salud mental, encontramos el sexo (ej. la depresión prevalece más en mujeres que en hombres); el grupo etario (el suicidio se registra más en personas de 20 a 24 años) (OMS, 2013); y factores de riesgo como: el nivel socio económico (los países de renta baja y media registran más morbilidad en salud mental y menos recursos para su atención); el consumo de sustancias psicoactivas o alcohólicas; la exposición a violaciones a los derechos humanos como violencias y discriminación (OMS, 2008).

En la **Tabla 2** se describen dos tipos de trastornos de salud mental, ya que como se ha evidenciado en la revisión de estudios previos, son los trastornos más presentados en la población expuesta a situaciones de violencia por conflicto armado.

Tabla 2.

Tipos de trastornos de salud mental

Tipo	Trastorno	Descripción	Síntomas
<p>Trastornos afectivos</p> <p>También conocidos como trastornos del estado de ánimo. Son trastornos de la salud mental, que menoscaban las actividades cotidianas, forma de ser y relaciones</p>	<p><i>Trastorno depresivo</i></p>	<p>Puede tener larga duración o presentarse de manera recurrente, se presenta en niveles que van de leve a grave según la afectación que esta genere en la vida. Es e trastorno de mayor prevalencia a nivel mundial, causando</p>	<p>Tristeza recurrente; perdida de interés en el mundo; perdida del disfrute; entre otros. Estos síntomas pueden estar acompañados de sentimientos de culpa, baja autoestima,</p>

Tipo	Trastorno	Descripción	Síntomas
<p>habituales de las personas; incluyen la depresión, la distimia y el trastorno afectivo bipolar (Cárdenas, Feria, Vásquez, Palacios, & De la Peña, 2010). Una persona puede presentar comorbilidad entre trastornos del afecto (Angst, 1992).</p>		<p>discapacidad sobre todo en las mujeres y muchas veces termina en el suicidio (OMS, s.f.). La Asociación Americana de Psiquiatría-APA reconoce dentro de los trastornos depresivos: el trastorno depresivo mayor (TDM), el trastorno distímico (TD) y la depresión no especificada (APA, 2013).</p>	<p>alteraciones del sueño, trastornos del apetito, cansancio y dificultades para la concentración; también se pueden presentar síntomas físicos que aparentemente no tienen una causa determinada. (OMS, s.f.).</p>
<p>Trastornos de ansiedad La ansiedad es una experiencia emocional de agitación, inquietud o zozobra, que se asocia a la angustia, el miedo, y el estrés. Como enfermedad es un trastorno primario (Reyes, s.f.).</p>	<p><i>Crisis de pánico; agorafobia; fobias específicas; trastorno obsesivo compulsivo; trastorno por estrés postraumático;</i></p>	<p>Existen diferentes tipos de trastorno bipolar: tipo I y II, ciclotimia, hipomanía, hipomanía breve recurrente, hipomanía inducida por SPA, y personalidad hipertímica (APA, 2013).</p>	<p>Se caracteriza por la presencia de episodios maniacos y depresivos, separados por momentos de estado de ánimo “normal”. Los episodios maniacos usualmente se manifiestan con un estado de ánimo límite: exaltación, irritación, hiperactividad, autoestima elevada y disminución del sueño (OMS, s.f.).</p>
			<p>Temblores e inquietud; síntomas de hiperactividad vegetativa como: dificultad para respirar, taquicardia, sudoración, mareo, cansancio, náuseas, sofocos o escalofríos, y nudos en la garganta; o síntomas de</p>

Tipo	Trastorno	Descripción	Síntomas
<p>A estos trastornos se asocian factores biológicos de predisposición genética; factores psicosociales como: problemas relacionales, factores económicos, pérdidas, y cambios; factores traumáticos, (entre ellos experiencias violentas); factores psicodinámicos como la respuesta normal a una situación de tensión que se agrava por circunstancias específicas; y factores cognitivos negativos asociados a respuestas negativas a estímulos externos. Las personas con trastornos de ansiedad suelen presentar crisis que combinan diferentes de estos síntomas (Reyes, s.f.).</p>	<p><i>trastorno por estrés agudo; trastorno de ansiedad generalizada; trastornos de ansiedad por enfermedad médica, o por consumo de sustancias psicoactivas (APA, 2013).</i></p>		<p>hipervigilancia como: alarma permanente, dificultad de concentración, trastornos del sueño, irritabilidad, y sensación de que “algo va a suceder” (Reyes, s.f.).</p>

Fuente: Elaboración propia con información del DSMIV de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) y de la guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de Américo Reyes.

El acercamiento a los trastornos de salud mental permitirá en el análisis de resultados asociar síntomas reportados por las personas con una propensión o mayor riesgo a sufrir ciertas patologías. El MSPS en el informe de resultados de la ENSM, realiza esta asociación a través del manual del SRQ-2²⁸ de la OMS, sin embargo, no contempla todos los síntomas asociados al considerar que

28 El Self Report Questionary-SRQ 2, es el cuestionario de síntomas de salud mental de la OMS, utilizado por el MSPS para la identificación de problemas de salud mental en la ENSM-2015 que permite esbozar posibles patologías asociadas a los síntomas sin determinar un diagnóstico. El informe de la ENMS-2015 al asociar los síntomas con las patologías, no contempla todos los síntomas asociados, al considerar que algunos de estos pueden ser usuales en contextos de violencia, pero no determinantes de una patología ((MSPS & Colciencias, 2016, pág. 146).

algunos de estos pueden ser usuales en contextos de violencia, pero no determinantes de una patología²⁹ (MSPS, 2016, pág. 146).

Lo anterior nos lleva a retomar la idea de que, en contextos de violencia es fundamental contemplar aspectos como: la capacidad para el manejo emocional, la capacidad para la relación con otros, el sufrimiento a causa de eventos críticos, y el estrés (OMS, 2008). En ese sentido, en la presente investigación se recurre también al concepto de bienestar emocional, puesto que, el hacer énfasis en este aspecto que contribuye a la salud, permite ir más allá de las patologías, al contemplar la importancia de la calidad del bienestar subjetivo y relacional de las personas.

3.2.2. Bienestar y Malestar Emocional

En el campo de la salud y la psicología, se utilizan como sinónimos de bienestar emocional: bienestar psicológico y salud emocional. Courtwright et. al (2019) en su revisión de literatura sobre este concepto, integra las nociones encontradas y define el bienestar emocional como: “(...) un estado general positivo de emociones (...) que llevan a la auto realización, la eficacia, y a tener comportamientos que promueven la salud” (pág. 3, 2019). Así mismo, expone que la literatura al respecto coincide en destacar tres atributos del bienestar emocional: 1). Emociones positivas como: la felicidad y el optimismo hacia la vida; 2). Autoestima positiva; y 3). Resiliencia (Courtwright & Flynn M, 2019).

Por su parte, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de EEUU-CCPEEUU, asocia el bienestar emocional con la satisfacción hacia la vida, y el sentido de vida (CCPEEUU, s.f.). De forma que, los altos niveles de bienestar emocional se han asociado con buenos estados de salud integral (Courtwright & Flynn M, 2019).

No obstante, las personas estamos expuestas a situaciones que alteran las emociones, causan dolor, generan tensión, sufrimiento y angustia. La psicología social, plantea que algunas de estas situaciones son propias del curso de vida, como la muerte o la enfermedad; otras, tienen que ver con las condiciones contextuales para el desarrollo de las capacidades personales y sociales, como la pobreza o la discriminación. En general este tipo de situaciones pueden resultar “esperadas” socialmente o pueden resultar “extremas o traumáticas” (MSPS & Colciencias, 2016) como el conflicto armado. Sin embargo, las personas contamos con recursos propios y sociales para la

29 Desde la ENMS-1993 el MSPS decidió excluir del análisis de resultados el puntaje del SRQ-2 de algunas preguntas asociadas a la psicosis, al considerar una alta posibilidad de que muchas personas respondieran de forma positiva a estas preguntas, esto provocado por las condiciones de violencia e inseguridad del país, y no por tener algún síntoma de psicosis. Las preguntas excluidas fueron: ¿Usted es mucho más importante de lo que los demás piensan? ¿Siente que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma?

superación o adaptación al sufrimiento, en ese sentido los malestares emocionales no necesariamente conducen a trastornos psicológicos o mentales, sino que en muchos casos las personas cuentan con las herramientas para incorporarlos a sus trayectorias de vida (Summerfield, 2001). Dentro del sufrimiento emocional, se identifican la presencia de emociones como: la preocupación, el miedo, la ira y la insatisfacción hacia la vida (Courtwright & Flynn M, 2019).

3.3. La Psicología de la Violencia y el Enfoque Psicosocial: un Marco Complementario para Comprender la Salud Mental y el Bienestar Emocional de la Población en Contextos de Violencia Sociopolítica

Algunos de los elementos del abordaje teórico de la presente investigación se ubican en el campo de la psicología social, en específico en la corriente de la psicología de la violencia³⁰ y del enfoque psicosocial. Estos planteamientos teóricos nos permiten complementar el apartado anterior, con el fin de tener una mirada integral de la salud mental y bienestar emocional de la población expuesta a situaciones de conflicto armado.

Una teoría emergió recientemente y es la relacionada con la comprensión psicosocial de la salud. La perspectiva psicosocial parte de una crítica al modelo clínico tradicional que tiende a abstraer las patologías de salud mental del contexto sociohistórico y de las particularidades funcionales, orgánicas, y sociales de las personas (Baró I. M., 1997); encontrando que es importante superar las concepciones limitadas de los seres humanos, percibidos como individuos aislados, que pueden ser diagnosticados y tratados exclusivamente desde sus características individuales y biológicas (Martín-Baró, 1990). De allí que en esta investigación interese traer esta perspectiva a colación pues facilita ubicar la salud mental y bienestar emocional de las personas en el contexto social colombiano y sus complejidades.

Las guerras causan daños particulares a la salud mental. Como se mencionaba en la introducción, esto se debe a que estas experiencias se caracterizan por altos grados de irracionalidad (Baró I. M., 1990), deshumanización (Samoya, 1997) y degradación (López, 1997), instaurando una sensación de vulnerabilidad³¹, peligro e indefensión permanente, que pone en riesgo la salud

30 En el campo de la psicología social en América Latina se han desarrollado líneas de investigación específicas sobre la guerra, entre ellas: psicología de la tortura, psicología de la desaparición forzada, psicología del desplazamiento forzado, psicología de la violencia sexual (Palma, 2020)

31 Martín-Baró (1990) encuentra que este es un síntoma usual de la guerra psicológica, la cual está presente en los conflictos contemporáneos latinoamericanos. Se distingue por generar terror en los medios de comunicación, manipular el miedo y la

mental de quienes se ven expuestos a ellas. De allí que Baró (1990) concluya en sus estudios, que estas vivencias son “casi por necesidad traumatizantes” (Martín-Baró, 1990, pág. 4), generando lo que la psicología denomina el “trauma psicosocial” (Martín-Baró I. , 1988).

Los hechos victimizantes —a los que se ha hecho referencia a lo largo del documento— conforman rupturas que constituyen el trauma psicosocial. Este configura para la población un antes y un después de la experiencia de violencia (Beristain, 2010) puesto que irrumpe en la lógica de lo habitual, de lo proporcional y de lo predecible, causando daños morales y en la dignidad de las personas (Baró I. M., 1990).

En resumen, el trauma psicosocial ha sido conceptualizado como la herida o afectación que genera la vivencia de una guerra. Hace énfasis en lo psicosocial por su carácter dialectico, el cual implica: por un lado, que el daño ha sido producido socialmente -es decir por agentes o circunstancias externas y no por el individuo-; y, por otro lado, que la herida se mantiene y se alimenta en la relación: individuo y entorno social, lo cual va a definir cómo se configura el daño y las posibilidades de mitigarlo (Martín-Baró, 1990, pág. 10). Es decir, el daño se configura entre lo que la sociedad ha producido y las reacciones que esto causa en la psiquis de las personas. Es lo que Puget (2006) denomina “catástrofe social”, vivencia que expone a las víctimas a escenarios de profunda confrontación entre lo que esperaban de la sociedad como un lugar seguro, tranquilo, y protector, y la experiencia de sentirse vulnerado (Martín-Baró, 1990).

Entonces, el trauma psicosocial actúa desestructurando la realidad de las personas, lo cual tiene implicaciones diversas, que se manifiestan tanto a nivel individual, como familiar, comunitario y social³² (Martín-Baró, 1993; Beristain, 2010; Lira, 1997). No existe un patrón único de afectación, esto va a depender del hecho de violencia, de la situación psicológica previa, de la cohesión familiar, del tiempo transcurrido desde el hecho de violencia, de los recursos con los que cuenta la persona para enfrentar el hecho traumático (Beristain, 2010, pág. 3), de la clase social, de la duración de la guerra (Martín-Baró, 1990), entre otros. De ahí que su carácter psicosocial, no es homogéneo pues se presenta en el marco de un deterioro colectivo de la salud y adquiere múltiples formas que constituyen el malestar. Al respecto Samoya (1997) añade que, generalmente se

esperanza como mecanismos de represión, e inducir a una actitud de pasividad frente a la participación democrática y la autonomía (Martín-Baró, 1990).

32 Al respecto de la dictadura de Pinochet, Elizabeth Lira (1997) analiza el miedo como una de las afectaciones más evidentes de situaciones de conflicto sociopolítico, encontrando que, aunque el miedo es una experiencia subjetiva cuando se experimenta simultáneamente en muchas personas afecta la conducta social y política de la sociedad en su conjunto (Lira, 1997)

presentan modificaciones en la estructura cognoscitiva de las personas y en sus patrones de conducta (Samoya, 1997).

En el mismo sentido, para realizar un acercamiento a la salud mental y bienestar emocional de las víctimas desde un enfoque psicosocial, en la Tabla 3 se presenta una síntesis de los malestares que han identificado algunos psicólogos y profesionales psicosociales (incluido el MSPS) en las personas víctimas de conflictos armados. Estos, se presentan categorizados por hechos victimizantes, con la intención de explorar una comprensión de las diferentes vivencias de violencia. Al respecto cabe hacer dos aclaraciones: por un lado, la categorización no tiene la intención de ser exhaustiva o determinante; como premisa de esta investigación se asume que el daño se expresa de formas diversas y hasta inesperadas, de manera que no podemos afirmar que una persona por vivir determinado hecho, necesariamente presente estos malestares; por otro lado, entendemos que la línea que separa cada hecho de violencia puede ser difusa, ya que muchas de las víctimas tienen experiencias de poli victimización y revictimización³³.

Tabla 3.

Aproximación a las afectaciones psicosociales según el hecho victimizante

Hecho victimizante	Afectaciones a la salud mental y emocional asociadas a la experiencia de violencia	Factores asociados y agravantes
Masacre	Vergüenza persistente, miedo extremo, culpa, apatía social, rabia, frustración, alerta permanente, flashback, ansiedad, fobias (MSPS, 2017).	La vivencia de pérdidas múltiples de seres queridos (Beristain, 2010).
Tortura	Sentimientos de debilidad, humillación, impotencia, asilamiento (López, 1997), ruptura con la dimensión social (pues se suele asimilar a la totalidad de la sociedad con el sistema torturante), sensación de desprotección, (Palma, 2020) retraumatización ³⁴ , tristeza, ansiedad, angustia extrema, insomnio, flashback, desesperanza, ambivalencia, apatía social (MSPS, 2017), supresión de emociones, alerta permanente, culpa,	La existencia de marcas de la tortura en el cuerpo (Palma, 2020).

33 En esta investigación se entiende como poli victimización la vivencia de dos o más hechos victimizantes de los reconocidos por la ley 1448 de 2011. Así como, se entiende por revictimización a las experiencias de violencia social, política y armada que experimentan las víctimas después de un primer hecho victimizante.

34 Según Madariaga (2001) la retraumatización consiste en "...la reactivación cíclica y recurrente de diversas constelaciones sintomáticas (estados depresivos, disfunciones familiares, síntomas panicosos, dolencias físicas, etc.), generalmente activadas por acontecimientos políticos nuevos que están asociados a su experiencia traumática" (Madariaga, 2001).



Hecho victimizante	Afectaciones a la salud mental y emocional asociadas a la experiencia de violencia	Factores asociados y agravantes
Desaparición forzada	<p>tristeza, irritabilidad, dificultad para concentrarse, fobias, asilamiento, silencio (MSPS, 2017).</p> <p>Negación, asilamiento, culpa, confusión (Dunayevich & Pelento, 1997), angustia, terror, sensación de incertidumbre, estado de no aceptación de la realidad, estado de amenaza constante, desconfianza, (Palma, 2020) construcción de identidad exclusivamente desde la “pérdida ambigua”, rabia, frustración, fatiga, impotencia (MSPS, Orientaciones metodológicas para la atención individual, 2017) sensación de pérdida del sentido de vida, confusión (MSPS, 2017).</p>	<p>Imposibilidad de construir una realidad fáctica; desconocimiento de información sobre el destino de la persona desaparecida (Dunayevich & Pelento, 1997); el encuentro con elementos o experiencias que recuerdan la desaparición (Dunayevich & Pelento, 1997).</p>
Desplazamiento forzado	<p>Rupturas en la identidad personal y social, fractura de proyectos de vida, planes y sueños, sensación de desarraigo (Palma, 2020), confusión, desorientación, estrés, y miedo (MSPS, 2017)</p>	<p>Despojo material (tierras, pertenencias) e inmaterial (perdida de seres queridos, redes de apoyo) (Palma, 2020)</p>
Violencia sexual	<p>Humillación, sentimientos de minusvalía, culpa, asco por su cuerpo o el de otros (as), desconfianza (Palma, 2020).</p>	<p>Contexto que tolera y alienta las violencias de género; estigmatización; lesiones a causa de la violencia sexual; embarazos no deseados (Palma, 2020).</p>
Reclutamiento de NNAJ	<p>Culpa, identidad construida en entornos ligados a la violencia, transformaciones en la identidad individual y social, tristeza, silencio (MSPS, 2017).</p>	<p>Diversos estudios han encontrado que la violencia sexual constituye una forma específica de tortura (Bustamante, 2014)</p> <p>La existencia de afectaciones y el malestar va a depender de las formas en que la persona asume la experiencia dentro del</p>

Hecho victimizante	Afectaciones a la salud mental y emocional asociadas a la experiencia de violencia	Factores asociados y agravantes
Secuestro	Miedo, desconfianza, resentimiento, flashback (MSPS, 2017).	grupo armado (MSPS, 2017)
Amenazas	Miedo, desconfianza, sensación de inseguridad y vulnerabilidad, evitación social, silencio, estado de alerta (MSPS, 2017).	Daño a seres queridos y redes de apoyo (Palma, 2020)
Homicidio	Miedo, desconfianza, resentimiento (MSPS, 2017).	

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión bibliográfica.

Estos síntomas son en la mayoría de las ocasiones una respuesta protectora de la psiquis y de los constructos emocionales para afrontar las experiencias de violencia (Martín-Baró I. , 1997), por ejemplo, el miedo puede convertirse en un recurso, cuando opera como acción preventiva y protectora (MSPS, 2017). La psicología social considera que estas respuestas son de cierto modo naturales, pues constituyen reacciones esperables ante experiencias que irrumpen en la normalidad de la vida (Martín-Baró I. , 1997).

Como lo menciona Beristain (2010), la experiencia posguerras en Latinoamérica y el mundo, ha evidenciado que los enfoques clínicos tradicionales por si solos, no son recomendables para comprender los daños causados por las violaciones a los Derechos Humanos. Se requiere comprender integralmente la experiencia de la víctima, una contextualización de las reacciones y de posibles manifestaciones patológicas, desde una perspectiva de Derechos Humanos, que tenga especial atención a las diferencias culturales³⁵. En sus palabras: “La psiquiatrización o medicalización, sin espacio para la escucha, sin entender las necesidades de la persona, debe tener un especial cuidado para no convertir a las víctimas de violaciones de Derechos Humanos en pacientes o enfermos psiquiátricos” (Beristain, 2010, pág. 287).

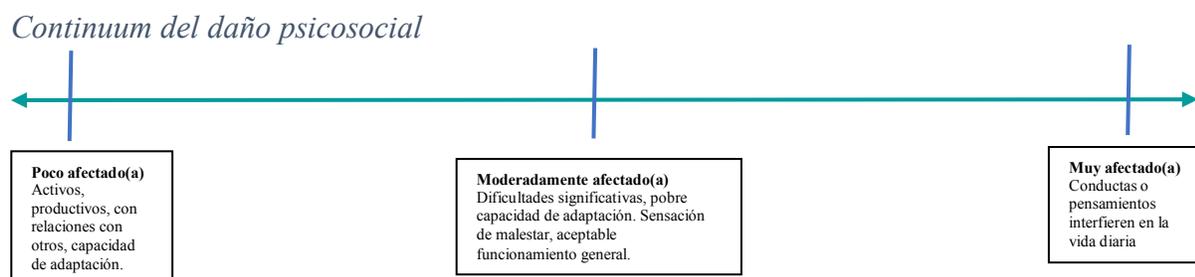
En ese sentido, el MSPS propone comprender el daño como un “continuum”, donde se pueden ubicar por lo menos tres tipos de impacto psicosocial que van desde impactos leves, hasta impactos moderados y profundos. Como se puede evidenciar en el gráfico 3, en un extremo se encuentra el

³⁵ Los hallazgos de Beristain se sustentan en sus estudios cualitativos sobre la experiencia de víctimas de conflictos armados alrededor del mundo, y el proceso que llevan para llegar a las Cortes Internacionales buscando justicia y reparación. Carlos Beristain, además, es parte de la comisión de la verdad en Colombia conformada en el marco de los acuerdos de paz con la guerrilla de las FARC desde 2017.

daño leve, este comprende a aquellas personas, que bien sea por sus recursos personales, familiares o sociales, o por la intensidad de la experiencia vivida, se vieron afectadas levemente. Si bien la experiencia de violencia les generó rupturas y malestares, han podido continuar con su vida activamente. En el medio se encuentra el daño moderado, el cual comprende el malestar de aquellas personas que se vieron afectadas y que han tenido dificultades significativas para continuar activamente con su vida, causando limitaciones en la capacidad de adaptación y sensaciones de malestar permanente. Y en el último extremo, se encuentra el daño psicosocial profundo, que reconoce a aquellas personas que se vieron muy afectadas y que el malestar generado interfiere en su vida cotidiana, estas personas están en mayor riesgo de desarrollar patologías de salud mental.

Cabe aclarar que la comprensión del daño como un “continuum” implica que el daño puede presentarse en cualquiera de estos niveles o variar de uno a otro según el momento vital, puede ir de leve a moderado, ser solo leve, o adquirir características de cualquier parte del proceso.

Gráfico 3.



Fuente: Adaptación del esquema del Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS. Marco conceptual: Estrategia de Atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas. 2017. Pág. 19

El anterior esquema del MSPS permite ubicar que según el nivel del daño las personas podrán estar en mayor o menor riesgo de desarrollar una patología de salud mental derivada de los hechos de violencia vividos.

Otro aspecto para tener en cuenta es que, la salud de estas personas puede haberse visto afectada en cualquier momento de su experiencia vital, como lo ha concluido la psicología de la violencia, no solo el hecho puntual y directo de victimización es el determinante del deterioro de la salud. Usualmente las personas viven en contextos que históricamente se han conformado como territorios de hostilidades, con amenazas persistentes, o con condiciones de extrema vulnerabilidad social, que sumadas a las violaciones de Derechos Humanos en el marco de la guerra configuran condiciones para el deterioro de la salud (Baró I. M., 1993; Beristain, 2010). No obstante, aunque

es la regularidad, esto no quiere decir que todas las víctimas se encuentran en condiciones de externa vulnerabilidad social, pues también existe evidencia de impactos diferenciados en personas de clases media y alta, para quienes los impactos de la violencia resultaron sumamente devastadores, pues en contextos de guerra la clase social también ha sido un objetivo militar (Martín-Baró I. , 1997).

Para el caso puntual colombiano, la mayoría de las víctimas que han sido afectadas se encontraban en municipios con altos niveles de pobreza (UARIV, 2021) razón por la cual nos interesa reconocer que las condiciones sociales, económicas y el nivel de exposición a contextos de guerra, pueden configurar el proceso de deterioro de la salud, al cual se sumaría el hecho de violencia.

Lo anterior resulta interesante en tanto, como lo demuestra Beristain, incluso con conocimiento del momento en qué sucedió la violación de los Derechos Humanos “es muy difícil determinar si una enfermedad es consecuencia directa de la violación o del conjunto de circunstancias que la acompañaron” (Beristain, 2010, pág. 292).

Podemos entonces reconocer, que la victimización tiene una trayectoria que va desde el antes de la experiencia de violencia, durante el hecho victimizante y después de la experiencia de violencia. Dicha trayectoria no es un proceso lineal, pues todos los escenarios resultan posibles en un conflicto armado tan prolongado como en el caso colombiano, podría suceder que las personas hayan nacido en medio de la violencia, o también que las personas luego de una primera experiencia de violencia se vean múltiplemente victimizados, o que solo tengan una experiencia única con la violencia.

Podemos afirmar, que los elementos teóricos presentados con anterioridad facilitan la comprensión sobre el proceso de deterioro de la salud en relación con la victimización, y nos lleva a pensar que, las persona según su exposición al conflicto armado presentan condiciones particulares de salud, puesto que se encuentran ante situaciones altamente estresantes, rupturas, pérdidas, y circunstancias que limitan el bienestar emocional y mental, entre otros.

Como lo demuestra la psicología social, la experiencia vital de quienes desarrollan su vida en contextos de conflicto armado, se ve seriamente marcada por estas condiciones sociales, donde las personas difícilmente logran eludir los impactos psicosociales de las mismas. Sin embargo, es necesario reconocer que en medio de este tipo de situaciones límites las personas también sacan a relucir recursos de afrontamiento que en palabras de Martín-Baró (1998) pueden ser recursos que

hasta ellos mismos desconocían (Martín-Baró I. , 1988). Esta es otra razón por la cual las afectaciones pueden ser diversas, ya que los recursos personales, familiares, sociales, y espirituales con los que cada uno cuenta son particulares y resultan más o menos protectores ante las experiencias de violencia.

Acto seguido, reforzando la perspectiva psicosocial que nos invita a pensar en las particularidades de las personas en relación con las construcciones sociales, culturales e identitarias; se exponen elementos importantes sobre los mandatos de género, pues como se ha insistido desde el inicio del documento, consideramos que los mandatos de género determinan en gran medida la forma en que hombres y mujeres diferenciadamente gestionan su salud mental y bienestar emocional. Para Martín-Baró (1983) la forma de comprender la vida de las personas es entendiendo los sistemas de significación cultural que le dan sentido a sus vidas; de allí que la perspectiva psicosocial, desde su carácter dialéctico, contemple la importancia de reconocer que la vida de las personas se desarrolla en el marco de normas y valores particulares que conforman estructuras jerárquicas, donde los roles de género operan como uno de los mecanismos para definir dichas estructuras (Arias & Cardona, 2012; Martín-Baró I. , 1983). De allí la importancia de complementar estas dos perspectivas como fundamento teórico de la presente investigación.

3.4. Los Mandatos de Género respecto a la Salud Mental y Bienestar Emocional de Hombres y Mujeres

Con el fin de construir un sustento teórico que permita esbozar posibles explicaciones en las diferencias de salud mental y bienestar emocional de hombres y mujeres expuestos al conflicto armado colombiano, la presente investigación recurre a algunos de los postulados del enfoque de género con relación a la salud mental y bienestar emocional. Al respecto, se reconoce una limitación, y es que la ENSM - 2015 no contiene información que permita definir variables de estudio sobre el género de las personas, sin embargo, contiene información sobre el sexo (dicotómico). En ese sentido lo que se pretende es, a partir de las explicaciones teóricas sobre cómo operan los roles de género sobre la salud mental y emocional según el sexo, analizar los resultados obtenidos en los modelos estadísticos usados y poner a prueba, para el caso colombiano, si estos postulados coinciden o no con lo que dichas teorías plantean frente a hombres y mujeres.

La pertinencia de recurrir a estos postulados teóricos consiste en, como se ha mencionado anteriormente, que las guerras contemporáneas resultan ser escenarios en los cuales usualmente se

profundizan los roles de género, de forma que se esperaría que la salud mental y bienestar emocional de quienes han estado expuestos al conflicto armado colombiano pueda explicarse desde estos postulados.

El género como construcción social permea todos los ámbitos de la vida, condicionando la formación de las subjetividades en contextos sociales e históricos específicos (Scott, 2008). Los constructos en torno al género se manifiestan en la forma en que: sentimos, pensamos, cómo experimentamos el mundo, nuestras relaciones, las expectativas que recaen sobre nosotros, la organización de la vida social, el acceso a recursos y las opciones que tenemos (Rosenfield & Smith, 2009; Ramos, 2014).

El sistema sexo – género puede ser entendido como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Rubin, 1986, pág. 97). Como lo menciona Rubyn, el género en la sociedad occidental resulta ser un mecanismo que organiza socialmente los sexos, asignando roles dicotómicos a las personas, según lo que se espera de cada sexo. En ese sentido, aunque es claro que el sexo y el género son conceptos diferentes, existen fuertes interrelaciones entre estas dos categorías, las cuales conforman el sistema sexo-género.

Aunque es usual dentro de la literatura sobre salud mental el uso indistinto de los conceptos de sexo y género (Krieger, 2003), en las corrientes teóricas que analizan las diferencias en salud mental entre hombres y mujeres a la luz del sexo y/o el género, es posible identificar por lo menos tres: primero, aquellas que defienden la existencia de características “innatas” biológicamente para cada sexo las cuales definen los comportamientos en salud³⁶ (Matud, 2005; Krieger, 2003); segundo, aquellas corrientes que argumentan que son las características culturales, entre ellas, los roles de género, las que determinan los comportamientos en salud; y finalmente aquellas que sostienen que tanto las características biológicas (algunas asociadas al sexo), como su compleja interacción con el contexto y con las características culturales (por lo tanto con el género)³⁷, van a determinar tendencias diferenciales para hombres y mujeres (Krieger, 2003). La presente investigación adhiere a la última corriente, encontrando que es más acorde con las intenciones de investigación y el marco teórico planteado.

³⁶ Matud (2005) reconoce que, aunque se ha estudiado la hipótesis de que la depresión podría darse debido a la transmisión genética ligada al cromosoma X, la evidencia no es suficiente ni concluyente.

³⁷ Krieger (2003) y Lohan (2007) coinciden en la importancia de considerar tanto las particularidades del sexo y el género al valorar la salud, pues como lo han demostrado algunas corrientes feministas la complejidad de esta relación, implica que los hechos biológicos se ven afectados contextualmente y por lo tanto tienen un carácter de género.

Si bien estos postulados teóricos se diferencian en los elementos que consideran al momento de interpretar las diferencias en salud, los autores de estas corrientes coinciden en que la evidencia sobre psicopatologías a nivel mundial no permite afirmar que hombres o mujeres tiene mejor o peor salud mental (Rosenfield & Smith, 2009; Smith, Mouzon, & Elliot, 2016); en contraste con algunos estudios feministas que han concluido que las cargas sociales que recaen sobre las mujeres, las harían menos saludables que los hombres (Picchio, 2012). Sin embargo, estos estudios sí afirman que existen diferencias en las patologías y malestares de salud mental determinadas por el género (Rosenfield & Smith, 2009; Smith, Mouzon, & Elliot, 2016) reiterando que el género es un determinante social de la salud.

Aunque coincidimos en que, dadas las relaciones de género hegemónicas, existe una sobre carga de labores, tareas y expectativas sobre las mujeres, resulta interesante poner a prueba qué tanto estas sobrecargas tienen impacto en las diferencias en salud con los hombres y también analizar cómo los mandatos de género posiblemente pueden influir en su salud razón por la cual algunas de las hipótesis que definimos más adelante, en el capítulo metodológico, recogen estas inquietudes.

A continuación, se presentan los elementos de los mandatos de género según los sexos que han sido identificados en los planteamientos teóricos desde cuatro categorías: los mecanismos de manifestación de malestares y de gestión de situaciones difíciles; las reglas de expresión de emociones; los recursos de afrontamiento; y los factores estructurales y psicosociales que determinan los riesgos en salud.

3.4.1. Mecanismos de manifestación de malestares emocionales y gestión de situaciones que ponen en riesgo la salud mental y el bienestar emocional

Los estudios coinciden en que las formas en que hombres y mujeres gestionan sus malestares emocionales dependen en gran medida de los constructos de género. Es usual que estos estudios sobre las diferencias de salud mental entre hombres y mujeres recurran a la clasificación realizada por Achenbach, Edelbrock y Howell (1997) quienes retoman los conceptos de conductas internalizantes y externalizantes para agrupar los malestares en salud mental³⁸. Las conductas internalizantes tendrían relación con aquellas que se tramitan desde las emociones, las cuales

³⁸ Esta categorización inicialmente fue utilizada en la psicología para los estudios sobre la salud mental de niños, niñas y adolescentes. Más recientemente se ha asociado que estas mismas conductas podrían explicar parte de las diferencias en salud mental entre hombres y mujeres (Achenbach, Ivanova, Rescorla, Lori, & Althoff, 2016; Salavera & Usán, 2019).

conducen a quejas somáticas, retraimiento, inseguridad, dependencia, síntomas ansiosos y depresivos, entre otros; mientras que las conductas externalizantes se manifiestan hacia el exterior, en forma de agresividad, falta de atención, comportamientos disruptivos socialmente, consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, entre otros (Salavera & Usán, 2019).

Dada la asignación de roles de género dicotómicos relacionados con: lo público y lo privado, lo subjetivo y lo objetivo, el poder y las emociones, entre otros; se afirma que las mujeres al enfrentarse a situaciones o condiciones que las afectan emocionalmente resultan más propensas a la interiorización, mientras que los hombres resultan más propensos a la externalización (Rosenfield & Smith, 2009).

Este patrón parecería tener dos posibles explicaciones. Para Rosenfield & Smith (2009) la teoría del *self-salience* daría una respuesta, en tanto demuestra la existencia de una fuerte influencia de la autopercepción y la autoestima, en la respuesta que tienen las personas (según su género y sexo) ante situaciones estresantes. Por su parte también Smith et al. (2016), ubica que los estudios sobre el tema explican que estas tendencias internalizantes y externalizantes, obedecen a cuatro mecanismos: los procesos de socialización, en particular a las expectativas asociadas con los roles tradicionales de género; la búsqueda de ayuda; el afrontamiento y el estatus socioeconómico (Smith, Mouzon, & Elliot, 2016, pág. 2).

En ese sentido, los mandatos de género que recaen sobre el ser mujer³⁹ asocian su rol con la esfera privada, la de las emociones, el cuidado y el hogar; esto ha conllevado, entre otras cosas, a que las mujeres sean más propensas a: estar preocupadas por los demás (por encima de su bienestar), a que su autoestima sea más frágil y fácilmente debilitada, y a establecer relaciones de dependencia con otros y otras. Lo que acarrea que exista una tendencia a que los malestares emocionales y en salud mental se exprese a través de conductas de interiorización (Rosenfield & Smith, 2009).

Mientras que, los mandatos de la masculinidad hegemónica que recaen sobre los hombres se asocian con el ámbito público, la fuerza, y el poder, lo que facilita que suelen preocuparse más por ellos mismos que por los demás (se fomenta una autopercepción centrada en el ego); al tener acceso

³⁹ Se habla del “ser mujer” en singular porque los mandatos de género dominantes establecen formas únicas de ser hombres y mujeres. Sin embargo, se reconoce que las mujeres somos diversas y no es posible reducirnos a una única forma de ser.

al poder⁴⁰ y a más oportunidades, pueden percibir mayor control sobre su vida⁴¹ (Bird, 1999); se les alienta desde pequeños a ser más independientes; competitivos; incluso a ser poco empáticos; pero también pueden tener más dificultades para establecer redes de apoyo fuertes, y tener más limitaciones para expresar sus emociones, lo que los lleva a que los malestares emocionales tiendan a expresarse en forma de externalización (Rosenfield & Smith, 2009).

Respecto a estos patrones sobre los cuales se han valorado las diferencias de salud mental entre hombres y mujeres, Smith et al. (2016) advierten la importancia de ser cuidadosos en las interpretaciones, puesto que puede existir “una mala comprensión de los síntomas estereotípicamente masculinos” (Smith, Mouzon, & Elliot, 2016, pág. 3) lo cual conlleva a sesgos en los diagnósticos, en las herramientas utilizadas para los diagnósticos y en los análisis. Es decir, pueden suceder varias cosas, por un lado, que los síntomas de interiorización que presentan los hombres se vean sofocados por la imposición de no expresarlos y sean ocultados; o que comportamientos de exteriorización como el consumo de alcohol y SPA oculten síntomas de trastornos de interiorización como la ansiedad o la depresión. También para el caso de las mujeres puede que sus comportamientos externalizantes se vean desatendidos por comprensiones estereotípicas (Smith, Mouzon, & Elliot, 2016).

3.4.2. Reglas de expresión de las emociones y barreras para el reconocimiento y el reporte de malestares emocionales

Existen un tipo de “normas de expresión emocional o reglas de sentimientos” que determinan formas hegemónicamente adecuadas y aceptadas para cada género (Simon, 2002; Smith, Mouzon, & Elliot, 2016). Se considera que, las mujeres suelen tener más herramientas para la expresión emocional, pues desde la infancia se les impone como natural aspectos asociados a la emocionalidad. Mientras que los hombres suelen contar con menos herramientas, por lo tanto, son más propensos a negar o suprimir la expresión emocional, a evadir situaciones estresantes o valorarlas con más ligereza (Rosenfield & Smith, 2009; Smith, Mouzon, & Elliot, 2016). Para los hombres resultan ser más aceptadas socialmente emociones como la ira, que emociones como la

⁴⁰ Las personas que perciben tener bajo acceso al poder resultan propensas a generar malestares de interiorización, puesto que perciben pocas alternativas generando síntomas asociados a la depresión y la ansiedad (Rosenfield & Smith, 2009).

⁴¹ Las personas que perciben tener bajo acceso al poder resultan propensas a generar malestares de interiorización, puesto que perciben pocas alternativas generando síntomas asociados a la depresión y la ansiedad (Rosenfield & Smith, 2009).

tristeza, esto debido a que se les niega todo aquello que se relacione con la feminidad al considerarlo débil o defectuoso (Simon, 2002).

En ese sentido, se ha reportado que a los hombres les cuesta más reconocer síntomas de malestar emocional y buscar ayuda para ello (Ramos, 2014; Smith, Mouzon, & Elliot, 2016). Entonces, las diferencias de género también podrían estar explicadas porque las mujeres son más propensas a reconocer, reportar y buscar ayuda para malestares emocionales, mientras que los hombres puede que tiendan a expresar sus síntomas de forma diferente, por ejemplo, con consumo de alcohol o drogas o que solo expresen sus síntomas cuando estos resulten severos (Matud, 2005; Smith, Mouzon, & Elliot, 2016). Lo anterior permite reflexionar que de cierta forma los roles de género impuestos a las mujeres pueden facilitarles reconocer los malestares y que por esta razón puede existir más visibilidad de sus afectaciones, sin embargo, esto no quiere decir que el rol de género necesariamente opere como preventivo de los malestares emocionales y de salud mental, sino que al momento de presentar un malestar pueda existir una mayor probabilidad de que este sea reconocido y reportado.

3.4.3. Recursos de Afrontamiento

Todas las personas disponemos, en mayor o menor medida, de recursos para afrontar situaciones estresantes, estos son denominados recursos de afrontamiento, los cuales pueden entenderse como las herramientas cognitivas, conductuales, emocionales y psicosociales, con las contamos las personas para gestionar situaciones que generan estrés o malestar. Altos niveles de autodominio, autoestima, manejo emocional, y redes de apoyo son deseables para afrontar situaciones difíciles (Smith, Mouzon, & Elliot, 2016).

En ese sentido, por los mismos constructos de género es posible identificar tendencias para hombres y mujeres. Smith et al. (2016) encuentra que la literatura reconoce que el afrontamiento puede darse en torno al problema o en torno a las emociones, mientras los hombres suelen enfocar sus recursos en torno al problema, las mujeres suelen llevar sus recursos a las emociones (Smith, Mouzon, & Elliot, 2016).

En los procesos de socialización se refuerzan recursos de afrontamiento según el género, como se ha mencionado en niños y hombres se promueven recursos asociados a la fuerza, el poder, la independencia; y en las mujeres recursos asociados a la emocionalidad, el apoyo en otros, la empatía. Esos recursos podrían parecer deseables, en cualquier caso, sin embargo, esos mismos imponen cargas sobre el deber ser que privan a las personas según su género de desarrollar otro

tipo de recursos. Por ejemplo, se plantea que para los hombres los valores asociados a la masculinidad normativa los protegería de la depresión y de la ansiedad, sin embargo, esos mismos valores pueden representar una carga, al forzarlos a mantenerse inquebrantables o a no expresar sus sentimientos (Smith, Mouzon, & Elliot, 2016), lo cual por lo contrario promovería síntomas de depresión y ansiedad que suelen ser ocultados.

Uno de los recursos de afrontamiento más estudiado son las redes de apoyo social. Al respecto se ha encontrado que las mujeres suelen tener redes más diversas y con una oferta de apoyo emocional más fortalecida, mientras que para la mayoría de los hombres éstas resultarían escasas (Smith, Mouzon, & Elliot, 2016; Matud, 2005; Rosenfield & Smith, 2009).

3.4.4. Desigualdades Sociales de Género

La persistencia histórica de desigualdades de género constituye factores de riesgo diferenciales para la salud mental y bienestar emocional de hombres y mujeres. Las condiciones en las que las mujeres desarrollan su vida históricamente han sido desiguales. Por lo general perciben menos ingresos que los hombres⁴², tienen oportunidades más limitadas para el desarrollo de sus expectativas, recae sobre ellas la sobre carga de las labores de cuidado (sin importar su situación laboral), la carga de la responsabilidad mayoritaria sobre los hijos (para las mujeres madres), entre otros; generando presiones desproporcionadas en su salud y llevándolas usualmente a altos niveles de agotamiento, angustia y estrés (Carrasco, 2003; Rosenfield & Smith, 2009; Lennon & Rosenfield, 1992; Bird, 1997; Lohan, 2007).

Rosenfield & Smith (2009) encuentran que comúnmente las tareas laborales que se le asignan a las mujeres son tareas de repetición y con presión sobre el tiempo, lo cual contribuye a generar presiones en la salud mental. Sumado a que, algunas de ellas encuentran muy limitadas sus opciones laborales, lo cual genera malestares asociados a la dependencia económica y emocional. Además de las limitaciones en el acceso al poder que también pueden generar menores sensaciones de dominio o control que devienen en baja autoestima (Simon, 2002). Entonces parte de los malestares en salud mental de las mujeres se deben, a las presiones que vienen de la sobrecarga de las jornadas laborales y los costes del cuidado (Rosenfield & Smith, 2009). Aunque los estudios encuentran que tanto hombres como mujeres con hijos, reportan mayor con satisfacción con la vida respecto de quienes no los tienen, las cargas sociales y económicas que implican el cuidado de las

⁴² Desde luego esta afirmación debe ubicarse en un contexto de clases sociales específicas.

y los hijos aumentan el malestar psicológico, siendo más alto este coste para las mujeres con hijos menores de 18 años (Bird, 1997).

Según Bird (1999) al respecto habría dos teorías que permitirían explicar diferenciales en la salud de hombres y mujeres, por un lado, la teoría de exposición diferencial al sufrimiento, que refiere que los hombres y las mujeres están expuestos a diferentes situaciones que generan sufrimiento; y por otro lado, la teoría de la vulnerabilidad diferencial, que plantea que los efectos derivados de situaciones estresantes son diferentes para hombres y mujeres (Bird, 1999). En ese sentido, algunas diferencias en salud podrían ser atribuibles a que las mujeres están más expuestas a esos factores de riesgo estructurales, de allí que una de las hipótesis con mayor respaldo empírico sostiene que las mayores tasas de depresión de las mujeres se deben a la discriminación social, legal y económica (Matud, 2005).

Además, estos factores de riesgo estructurales se conjugan con las subjetividades de las personas y suceden cosas como las que Simone (1995) destaca frente a cómo los significados que hombres y mujeres le atribuyen a los roles socialmente establecidos son fundamentales para entender los mecanismos mediante los cuales hombres y mujeres gestionan su salud mental⁴³. Algunas combinaciones de roles pueden resultar más o menos protectoras para hombres y para mujeres; en el caso de las mujeres los estudios encontraron que se presentan más conflictos de roles entre el ser madre, esposa y trabajadora, que, para el caso de los hombres (Simon, 2002).

En resumen, dadas estas relaciones teóricas soportadas en la evidencia y reportadas en las cuatro categorías anteriores, es posible afirmar que las mujeres tienden a reportar más síntomas asociados a la ansiedad y la depresión como: la tristeza, autoconceptos negativos, sentimientos de culpa, pérdida de interés por la vida, problemas de sueño o apetito y problemas de concentración (Bell, Méndez, Martínez, & Palma, 2021; Matud, 2005; Rosenfield & Smith, 2009; Simon, 2002). Mientras que los hombres, resultan más proclives al abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, comportamientos destructivos socialmente, y trastornos de personalidad (Ramos, 2014; Rosenfield & Smith, 2009).

Los anteriores aportes teóricos sugieren posibles explicaciones sobre las diferencias en salud, sin embargo, en coincidencia con los estudios de Smith et al. (2016) y Lohan (2007), es fundamental tener en cuenta que estas interpretaciones parten de las tendencias marcadas por

⁴³ El estudio de Simone se basa en los resultados de entrevistas abiertas realizadas a adultos estadounidenses blancos. Por lo cuál recomiendo precaución frente a la generalización de resultados.

masculinidades y feminidades hegemónicas, y que en tanto el género es una construcción cultural, los comportamientos que deriven de los mandatos de género van a depender de contextos particulares. Para el caso de Colombia podemos decir que, aunque la generalidad de la sociedad puede estar construida sobre los cimientos de la cultura occidental, se mantienen en algunos territorios practicas propias de culturas ancestrales étnicas; y que en general cada territorio puede presentar particularidades frente a los roles de género. Así que, si bien estos aportes teóricos son guías útiles para entender las diferencias en salud de hombres y mujeres es importante no ignorar que pueden existir construcciones culturales fuera de lo hegemónico o que al contrario lo refuerzan.

Para cerrar este capítulo podemos concluir que, los planteamientos teóricos expuestos van a favorecer que en esta investigación se realice un esfuerzo por analizar la salud de las personas expuestas al conflicto armado desde tres elementos: primero, desde la dialéctica del daño psicosocial, al reconocer la relación entre el contexto socio histórico y la experiencia subjetiva de las personas ubicando los factores asociados a la salud mental y bienestar emocional; segundo, desde la perspectiva de género que brinda elementos para entender comportamientos diferenciales en la salud de hombres y mujeres; y tercero desde los niveles de deterioro de la salud mental y bienestar emocional (incluyendo los trastornos a los que se ven expuestos) diferenciados por sexo y condición de victimización.

En el siguiente capítulo se expone la metodología mediante la cual se materializa la presente investigación.

Capítulo IV. Metodología de Investigación y ENSM-2015

Sobre la base del marco conceptual y la revisión de estudios previos, es posible presentar el capítulo IV donde se encuentran los aspectos metodológicos de la presente investigación, en términos de: la pregunta de investigación, las hipótesis que guiarán la investigación, la presentación de la fuente de información (ENSM-2015), los modelos estadísticos utilizados para el abordaje de la ENSM-2015 y la operacionalización de las variables utilizadas para rechazar o no las hipótesis planteadas.

4.1. Población

A lo largo del documento se ha venido planteando la existencia de diferentes grupos poblacionales dentro de la población colombiana. Partiendo del hecho de que el conflicto armado se desarrolla en todo el territorio nacional, con mayor o menor intensidad según la zona del país, podríamos pensar que cualquier colombiano está expuesto a vivir una situación de violencia por conflicto armado. Sin embargo, para efectos del propósito de la presente investigación se han tomado dos grupos poblacionales: el de las personas que han vivido directa o indirectamente experiencias en el marco del conflicto armado, personas que denominamos víctimas del conflicto; y aquellas personas que, siendo colombianos, no han vivido experiencias de victimización en el conflicto y por lo tanto no son consideradas víctimas.

Asimismo, ya que la ENSM-2015 brinda información diferente por grupos de edad (niños y niñas; adolescentes y jóvenes; y adultos) se ha decidido que la población a analizar serán las personas mayores de 17 años para quienes existe mayor cantidad de información con respecto a salud mental y bienestar emocional en relación con el conflicto armado.

En ese sentido, se analizarán estas dos subpoblaciones de adultos, de manera comparativa, con la variable sexo como variable de control; y también se analizarán las subpoblaciones de hombres y mujeres comparativamente, con la variable condición de víctima como variable de control.

4.2. Pregunta de Investigación

Con el fin de dar cuenta de las reflexiones anteriormente descritas, se considera una pregunta de investigación, partiendo de la evidencia de una relación negativa y diferencial entre el conflicto armado colombiano -como determinante de la salud- y el estado de salud mental y emocional de los hombres y mujeres víctimas de estos hechos de violencia.

Como se ha demostrado una de las afectaciones más profundas, pero de difícil aceptación y reconocimiento tanto por parte de quienes son víctimas, como por parte de quienes prestan atención

en salud, son las afectaciones en la salud mental y bienestar emocional; sumado a que la magnitud y los momentos de recrudecimiento del conflicto armado colombiano han sometido a las personas a experiencias límites, que nos permiten suponer que los daños en la salud mental y emocional en medio de la guerra resultan hasta cierto punto inevitables.

Al respecto se presume que, los impactos de la violencia están determinados por las construcciones sociales alrededor de los mandatos de género según el sexo. Si bien el género es una categoría amplia que no solo incluye a hombres y mujeres, la información que brinda la ENSM solo nos permite abordar esta dimensión para hombres y mujeres. Para el caso de las mujeres hemos evidenciado que históricamente se les ha ubicado en condiciones de desigualdad social, cultural, política, y económica, haciéndolas propensas a sufrir vulneraciones específicas; pero también los mandatos de género que recaen sobre los hombres los hace más propensos a limitar su expresión emocional y a exteriorizar los efectos de situaciones estresantes de forma diferente que las mujeres, haciéndolos más susceptibles a cierto tipo de malestares o patologías. En ese sentido la pregunta que orienta esta investigación es:

¿En qué medida la condición de victimización y los factores asociados a esta condición, explican la salud mental y bienestar emocional de los hombres y mujeres adultos en Colombia?

4.3. Objetivos

La anterior pregunta permite plantear los objetivos generales y específicos que orientan la investigación y que se espera alcanzar con la exploración de datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental.

Objetivo general:

Estudiar las condiciones de salud mental y bienestar emocional de los hombres y mujeres mayores de 17 años según su condición de victimización y factores asociados, a partir de los reportes proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015.

Objetivos específicos:

- Identificar en qué medida la condición de ser víctima del conflicto armado colombiano afecta la salud mental de hombres y mujeres adultos.
- Analizar desde los mandatos de género, las condiciones de salud mental y bienestar emocional de hombres y mujeres adultos de acuerdo a su condición de víctima.

- Corroborar cuáles factores asociados resultan ser factores de riesgo y cuáles son factores protectores para la salud mental de hombres y mujeres según su condición de víctima.

4.4. Hipótesis

A partir de la pregunta de investigación y la evidencia presentada en el capítulo II con la revisión de estudios previos, a continuación, se enlistan las hipótesis de investigación que constituyen un panorama de posibles respuestas a la pregunta planteada (Aibar J., F. Cortés, L. Martínez & G. Zaremborg, 2017) y por lo tanto un marco orientador de la investigación la cual tendrá como intención constatarlas. Como se demostrará más adelante, metodológicamente este estudio se estructura en dos ejes, por un lado, la comprensión de la salud mental y bienestar emocional como un proceso que es influenciado por factores de riesgo y factores protectores; por otro lado, la comprensión de que, la expresión de mayor deterioro de la salud mental y bienestar emocional son las patologías. En esos dos sentidos serán organizadas las hipótesis propuestas.

De esta forma, con relación a la salud como proceso y los factores asociados, se supone hipotéticamente que:

- Dadas las condiciones que enfrentan las mujeres víctimas del conflicto armado, ellas tienen una salud mental y emocional más deteriorada, en comparación con los hombres víctimas del conflicto armado y el conjunto de la población colombiana.
- A mayor edad se presentan más deterioro de la salud mental y bienestar emocional, en particular en las víctimas del conflicto armado.
- La salud mental y bienestar emocional de las personas en situación de pobreza se encuentra más deteriorada que la de las personas que no lo están. Al ser la mayoría de las víctimas parte de los estratos sociales bajos y existir generalizadamente una feminización de la pobreza, podemos suponer que, por este hecho, la salud de las víctimas y en particular de las mujeres víctimas se encuentra más deteriorada.
- Algunos de los factores de riesgo que aumentan el deterioro de la salud mental y bienestar emocional de las personas son: bajas coberturas de servicios públicos (entre ellos salud y educación), estigmatización, desempleo, pobreza, y vivir en zonas de conflicto. Teniendo en cuenta que el conflicto armado instaaura dinámicas que generan estas condiciones, es de

suponer que los factores de riesgo anteriormente descritos afectan de manera más marcada la salud mental y emocional de las víctimas, que de la población en general.

- Algunos de los factores protectores de la salud mental y bienestar emocional de las personas son: el nivel educativo, el acceso al sistema de salud, el contar con empleo e ingresos, el contar con una red de apoyo (hacer parte de organizaciones o grupos), y la adaptación en el lugar de residencia. Partiendo de la evidencia, se puede afirmar que estos factores pueden ser potenciadores ante situaciones críticas como la vivencia de una experiencia de violencia por la guerra.

Con respecto a las patologías se supone que:

- Las mujeres, en particular las mujeres víctimas del conflicto, son más propensas a experimentar como afectaciones a su salud mental y bienestar emocional síntomas asociados a: la ansiedad, la depresión y trastornos del sueño.
- Los hombres, en particular los hombres víctimas, son más propensos a manifestar sus afectaciones mediante: el abuso de sustancias psicoactivas, el consumo de alcohol, comportamientos agresivos, e ideación suicida.

4.5. Fuente de Información

Todo lo anterior será posible mediante el uso de una fuente de información que permita extraer los datos directos o aproximados del fenómeno a estudiar. En ese sentido, cabe anotar como lo afirman Brunborg & Tabeau (2015) que, en contextos de guerra se presentan dificultades para la obtención de información completa y de calidad, por un lado porque las acciones destructivas propias de las guerras no solo afectan a las personas, afectan a su vez bienes de orden cultural e institucional, entre ellos archivos e información relevante; y por otro lado, porque la investigación en campo conlleva riesgos al introducirse en contextos de hostilidades armadas (Brunborg & Tabeau, 2015, pág. 2).

En ese sentido, el INS (2018) ha encontrado que, al analizar el conflicto armado colombiano, se enfrentan serias restricciones para disponer de datos sobre la población. La violencia, que hasta la actualidad no cesa, impone a las instituciones del Estado limitaciones de tipo logístico y operativo para la recolección de información (INS, 2017, pág. 256). Sumado a las barreras que se le presentan a la población para acceder a los canales dispuestos, lo que permite suponer que existe un subregistro sobre los impactos del conflicto armado, en particular sobre las víctimas de este.

Las anteriores reflexiones, resultan relevantes para introducir la presentación de la base de datos, considerando que previamente se realizó un ejercicio de búsqueda e identificación de fuentes de información que pudieran dar cuenta del fenómeno en su integralidad, lo que permitió evidenciar las dificultades antes mencionadas con relación a los registros. Para este caso, se ha encontrado que la Encuesta Nacional de Salud Mental-ENSM, realizada en el año 2015, recopila aspectos fundamentales de la salud de la población, entre ellos algunos relacionados con la violencia y el conflicto armado en el país como determinante de la salud.

La ENSM hace parte del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud en Colombia. Es la cuarta ENSM realizada en el país, precedida de las encuestas de 1993, 1997 y 2003. Esta encuesta es reconocida por el MSPS como de especial relevancia ya que, por primera vez, hace énfasis en los siguientes temas de interés de la salud pública colombiana (MSPS & Colciencias, 2016):

- Las consecuencias en salud mental y el sufrimiento emocional derivado de hechos estresantes como la violencia en general y el conflicto armado en particular.
- Los problemas mentales, entendidos como malestares emocionales y alteraciones en las capacidades de las personas que no necesariamente constituyen una patología de salud mental.
- La caracterización de la salud mental de niños y niñas de 7 años en adelante.
- Los vínculos entre problemas y trastornos a la salud mental, y enfermedades no transmisibles, en específico las que representan mayores causas de morbilidad en el país.

Fuente: Informe ENSM-2015, volumen I, MSPS, 2015, pág. 19.

La ENSM- 2015, es un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, el cual consigna información de una muestra total de 15.351 personas de zonas urbanas y rurales del país, con representación a nivel regional y municipal, las regiones consideradas en la encuesta son: región central, región oriental, región atlántica, región, pacífica y Bogotá. La unidad de análisis y observación, son las personas entrevistadas, y la unidad de muestreo los municipios (MSPS & Colciencias, 2016, pág. 39).

La encuesta contempla información sobre población desde los 7 años, hasta mayores de 65 años, utilizando un criterio de exclusión con aquellas personas con indicios o diagnóstico de algún tipo de demencia o discapacidad que impidiera contestar la entrevista, para esta investigación solo se tomará la población mayor de 17 años con encuestas completas. La encuesta se implementó

mediante entrevistas presenciales a las personas seleccionadas en el muestreo aleatorio y multietapico, y los resultados se presentaron en los informes del MSPS por edad y sexo (MSPS, 2015, pág.15).

Los componentes de la encuesta son: 1) Caracterización sociodemográfica de la persona, el hogar, la vivienda y el entorno, 2) Salud mental y sufrimiento emocional, 3) Problemas mentales, 4) Trastornos mentales en niños y niñas, 5) Trastornos mentales en adolescentes y adultos, 6) Acceso a servicios de salud mental y medicamentos, 7) Valoración del estado de salud. En términos de los contenidos, la encuesta se construyó considerando las necesidades plasmadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, así como otras necesidades identificadas por el MSPS; y en la importancia contextual de la encuesta para aportar a hechos relevantes para la salud pública como los cambios normativos, el reciente proceso de paz, los avances conceptuales, entre otros (MSPS, 2015, pág. 41).

El objetivo general de la ENSM-2015 fue: “Brindar información actualizada acerca de la salud mental, los problemas, los trastornos mentales y el acceso a los servicios en población colombiana mayor de 7 años, privilegiando su comprensión desde los determinantes sociales y la equidad”. Y dentro de los objetivos específicos se encuentra la consolidación de información sobre la salud de las personas expuestas a diferentes tipos de violencia (MSPS, 2015, pág. 26), lo cual es de especial relevancia para la presente investigación.

En la revisión de los documentos metodológicos de la ENSM, se identifica que los aspectos relacionados con violencia en el marco del conflicto armado incluidos en las preguntas de la entrevista fueron: la identificación de personas que han cambiado de lugar de residencia por motivos de conflicto armado y seguridad, y la identificación de las personas que refieren haber vivido alguna experiencia traumática o estresante relacionada con el conflicto armado. Adicional, incluye información que puede ser de interés como la relacionada con: el sufrimiento emocional, las enfermedades y problemas de salud mental, las enfermedades no transmisibles, y los comportamientos asociados a la violencia.

4.6. Técnicas y Herramientas de Análisis

Como se mencionó anteriormente la ENMS-2015 es una encuesta de transversal, por lo cual, la presente investigación adquiere la misma característica. Para el análisis de la información obtenida en la base de datos de la ENSM-2015, inicialmente se realiza un estudio exploratorio de la muestra conformada por 10.870 observaciones de personas mayores de 17 años, utilizando métodos

estadísticos como: el análisis descriptivo de datos, el cual incluye la identificación de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de dispersión para las variables seleccionadas y análisis de correlaciones entre las variables seleccionadas.

Una vez descrita y explorada la información de la fuente de datos, operacionalizadas las variables, y realizado el análisis descriptivo de los datos; se ha decidido estructurar la investigación en dos líneas de análisis, primero, interesa estudiar la salud mental y bienestar emocional de hombres y mujeres como un proceso que va del bienestar al malestar y que se ve influenciado por factores de riesgo y factores protectores; segundo, es de interés profundizar acerca de las patologías y malestares emocionales que se dan como consecuencia del deterioro de la salud mental y bienestar emocional. Para cada una de estas líneas de análisis se ha definido una metodología estadística diferente, la cual se presenta a continuación.

Para el caso del análisis de la salud mental y bienestar emocional como proceso, se implementa el método de análisis de componentes principales – APC con el fin de extraer de las variables asociadas a los síntomas de salud mental y malestar emocional identificados en la ENSM, una estructura resumida que permita facilitar el estudio de los datos a través de la construcción de un índice de salud mental y bienestar emocional. Cabe aclarar que el análisis de componentes principales-APC es una técnica de análisis multivariado, cuyo objetivo es reducir la dimensionalidad de un conjunto de variables, a través de combinaciones lineales de las variables originales, formando componentes o nuevas variables, que permiten un mejor manejo de los datos a través de la maximización de la varianza (Gentleman , Hornik , & Parmigiani, 2011).

En un segundo momento, se realiza la implementación de 6 modelos de regresión lineal múltiple-MRLM, mediante mínimos cuadrados ordinarios-MCO, con el fin de valorar el nivel explicativo de la condición de víctima y los factores asociados, con respecto a mejores o peores condiciones de salud mental y bienestar emocional.

En términos conceptuales los Modelos de Regresión Lineal Múltiple son modelos estadísticos, que buscan evaluar el comportamiento de una variable dependiente (Y) en función de unos predictores o variables independientes ($X_1, X_2 \dots X_n$). El modelo es lineal, puesto que se conforma de una ecuación lineal que contiene: una constante (β_0), la adición de cada variable (X), multiplicada por los coeficientes estimados en la regresión (β_x) para cada variable y su error estadístico. La ecuación de un modelo de regresión lineal puede expresarse de la siguiente manera: $y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 \dots \beta_n X_n + \varepsilon$ (Gil, 2018; Mendenhall, Beaver, & Beaver, 2010).

A saber, se ejecutó un primer modelo (M1) con la variable latente índice de salud mental y bienestar emocional, como variable dependiente, y solo las variables víctima y sexo junto con su interacción, como variables explicativas, de acuerdo con la siguiente ecuación:

$$\text{Índice de salud mental y bienestar emocional} = \beta_0 + \beta_1 * \text{víctima} + \beta_2 * \text{sexo} + \varepsilon$$

Donde β_0 es la constante u ordenada al origen, la cual da cuenta del cambio en promedio del índice de salud cuando las variables víctima, sexo y su interacción, adquieren el valor de 0; β_1 y β_2 corresponden a los coeficientes de estas variables explicativas, es decir representan la magnitud del cambio que produce cada una de estas variables en el índice de salud; y ε es el error estadístico del Modelo de Regresión.

Mas adelante se implementan otros cinco modelos que incluyen los factores asociados y que son desagregados por grupos de población, cabe aclarar que se tomó la decisión de implementar estos seis modelos, ya que, aunque se contempló la implementación de solo cuatro modelos, uno por cada grupo poblacional de interés: mujeres víctimas, hombres víctimas, mujeres no víctimas y hombres no víctimas; los grupos poblacionales así divididos no permitían un número de muestra importante y por lo tanto no era viable el análisis.

De forma que, un primer modelo (M2) incluye a toda la población, a la variable sexo y su interacción con la variable víctima como variable independiente, además de los factores asociados; un segundo modelo (M3) considera solamente a los hombres y utiliza como variables independientes la condición de víctima y los factores asociados; un tercer modelo (M4) contempla exclusivamente a las mujeres con las mismas variables del modelo 3; un cuarto modelo (M5) solo con el grupo de personas víctimas utilizando como variables explicativas el sexo y los factores asociados; y un último modelo (M6) con el grupo de personas no víctimas con las mismas variables del modelo 4.

Los modelos 2, 3, 4, 5 y 6, se trabajan con base en la siguiente ecuación:

$$\begin{aligned} \text{Índice de salud mental} = & \beta_0 + \beta_1 * \text{víctima} + \beta_2 * \text{sexo} + \beta_3 * (\text{víctima} * \text{sexo}) + \beta_4 * \text{edad} + \beta_5 * \text{región} + \\ & \beta_6 * \text{nivel educativo} + \beta_7 * \text{ocupación} + \beta_8 * \text{pobreza} + \beta_9 * \text{régimen de salud} + \beta_{10} * \text{discriminación} + \\ & \beta_{11} * \text{estado civil} + \beta_{12} * \text{red de apoyo} \end{aligned}$$

Con la salvedad que, para los grupos diferenciados por hombres y mujeres, se omite la variable sexo y su interacción; y para los modelos de los grupos diferenciados por condición de víctima, se omite la variable víctima.

En un tercer momento, como parte del desarrollo del análisis del eje de patologías y malestares de salud mental y emocional, se implementa un análisis de correspondencias múltiples-ACM, con el fin de analizar las asociaciones entre el sexo, la condición de victimización y diferentes alteraciones a la salud mental y bienestar emocional de la población.

El ACM es una técnica de análisis multivariado que permite la reducción de las dimensiones de los datos, a través de una tabla de contingencia, en la cual se visualiza la interacción de las variables y facilita la construcción de un gráfico bidimensional que muestra las posiciones relativas de las variables facilitando interpretar los niveles de asociación entre ellas (Rencher, 2002; Hair, Black, Babin, & Anderson, s.f.).

4.7. Operacionalización de Variables

Hemos visto que los estudios recientes sobre el tema que han utilizado la ENSM-2015 como fuente de información, han recurrido a variables como: el sexo, la edad, el estado civil, el nivel educativo, la región y zona de residencia, el índice de pobreza multidimensional, y los trastornos de salud mental (Gómez R, et al., 2016; Gómez R, et al., 2016; Gómez R, et al., 2016; Gómez, Rincón, & Medina, 2018; INS, 2017). Llama la atención de estos estudios que cada cual ha valorado la condición de víctima tomando información de preguntas diferentes de la encuesta y esta investigación no es la excepción, puesto que se consideran a las víctimas y no víctimas a partir de la pregunta sobre la vivencia de estos hechos.

A continuación, se presenta la operacionalización de las variables a utilizar en esta investigación, para poner a prueba las hipótesis planteadas y cumplir los objetivos. Estas variables han sido construidas a partir de la base de datos y el cuestionario de la ENSM-2015.

Antes de iniciar con ellas, es relevante mencionar que la escogencia de variables cumple por lo menos los siguientes dos criterios que son fundamentales para esta investigación: primero, se contempla que las variables escogidas para usar en los Modelos de Regresión son todas determinantes sociales de la salud, desde el sexo (determinante estructural) y la condición de víctima (determinante intermedio), hasta las variables de factores asociados que también

constituyen determinantes estructurales e intermedios⁴⁴. Segundo, las variables escogidas tanto para los Modelos de Regresión como para los Análisis de Correspondencias cumplen la función de brindar un panorama integral de la salud mental y bienestar emocional, combinando las perspectivas psicosociales de la salud al valorar la calidad de la salud mediante un índice y explicarla desde factores asociados; con las perspectivas del daño de la salud que derivan en trastornos, al contemplar variables sobre alteraciones en la salud mental y el bienestar emocional.

4.7.1. Índice de Salud Mental y Emocional

Dado que el tema de interés son las características de salud mental y emocional de las víctimas del conflicto armado, se define como variable dependiente un **Índice de Salud Mental y Bienestar Emocional**. El índice se construyó a través de una matriz de correlación policórica con el método de Análisis de Componentes Principales-ACP, retomando información de las variables del apartado Self Reporting Questionnaire – SRQ que recoge datos sobre síntomas asociados a malestares y problemas de salud mental y emocional (ver **Error! Reference source not found.**).

Tabla 4.

Variables SRQ adultos

Variable original	Variable recodificada	Descripción de variables	Tipo de variables
m7_p3	SRQ1	<i>¿Duerme mal?</i>	Dicotómica
m7_p4	SRQ2	<i>¿Se asusta con facilidad?</i>	Dicotómica
m7_p5	SRQ3	<i>¿Sufre de temblor en las manos?</i>	Dicotómica
m7_p6	SRQ4	<i>¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?</i>	Dicotómica
m7_p7	SRQ5	<i>¿Sufre de mala digestión?</i>	Dicotómica
m7_p8	SRQ6	<i>¿Tiene problemas para pensar con claridad?</i>	Dicotómica
m7_p9	SRQ7	<i>¿Se siente triste?</i>	Dicotómica
m7_p1	SRQ8	<i>¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?</i>	Dicotómica
m7_p10	SRQ9	<i>¿Llora con mucha frecuencia?</i>	Dicotómica

⁴⁴ La razón para clasificar estas variables como factores asociados y no como determinantes, se basa en el hecho de la facilidad que brinda organizar estos determinantes como factores de riesgo y factores protectores.

m7_p11	SRQ10	<i>¿Tiene dificultad para disfrutar sus actividades diarias?</i>	Dicotómica
m7_p12	SRQ11	<i>¿Tiene dificultad para tomar decisiones?</i>	Dicotómica
m7_p13	SRQ12	<i>¿Tiene dificultad para hacer su trabajo?</i>	Dicotómica
m7_p14	SRQ13	<i>¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?</i>	Dicotómica
m7_p15	SRQ14	<i>¿Ha perdido interés en las cosas?</i>	Dicotómica
m7_p16	SRQ15	<i>¿Siente que usted es una persona inútil?</i>	Dicotómica
m7_p17	SRQ16	<i>¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?</i>	Dicotómica
m7_p18	SRQ17	<i>¿Se siente cansado todo el tiempo?</i>	Dicotómica
m7_p19	SRQ18	<i>¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?</i>	Dicotómica
m7_p2	SRQ19	<i>¿Tiene mal apetito?</i>	Dicotómica
m7_p20	SRQ20	<i>¿Se cansa con facilidad?</i>	Dicotómica
m7_p21	SRQ21	<i>¿Siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?</i>	Dicotómica
m7_p22	SRQ22	<i>¿Usted es mucho más importante de lo que los demás piensan?</i>	Dicotómica
m7_p23	SRQ23	<i>¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?</i>	Dicotómica
m7_p24	SRQ24	<i>¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?</i>	Dicotómica
m7_p25	SRQ25	<i>¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, en los que mueve los brazos y las piernas, o se muerde la lengua o pierde el conocimiento?</i>	Dicotómica

Fuente: Cuestionario Encuesta Nacional de Salud Mental-2015. Ministerio de Salud y Protección Social.

Se realizó una exploración inicial del comportamiento de las anteriores variables, analizando las medidas de tendencia central y dispersión, y se implementaron Pruebas de Hipótesis de Diferencia de Medias, con el fin de determinar cuáles de esos síntomas resultaban relevantes en la

construcción del Índice de Salud Mental y Bienestar Emocional para personas víctimas y personas no víctimas.

A partir de este análisis, se decidió omitir del Índice las siguientes variables: dificultad para toma decisiones (SRQ12), incapacidad para desempeñar un papel útil (SRQ14) y sensaciones desagradables en el estómago (SRQ19). Estas variables que se omiten no presentaron diferenciales entre población víctima y población no víctima. En cuanto a la toma de decisiones y las sensaciones desagradables en el estómago, podemos suponer que son situaciones que pueden presentarse en cualquier persona independiente de la calidad que tenga su salud mental y emocional. Y en cuanto a la incapacidad de desempeñar un papel útil en la sociedad, aunque es un elemento que resulta importante frente a la salud mental, se valora que la variable ¿siente que Ud. es una persona inútil? (SRQ15) ya recoge esta información y presenta diferenciales para víctimas y no víctimas.

En ese sentido, se realiza la construcción del Índice de Salud Mental y Bienestar Emocional partiendo de 21 síntomas del SRQ, a través de un APC efectuado en el software Stata 17. Al implementar el APC, se decide retener 5 de los componentes que logran explicar el 66% de la varianza acumulada, y se predicen valores para cada observación, otorgando una carga proporcional a cada componente según el aporte a la varianza. Para validar la consistencia del Índice se calcularon dos coeficientes: la medida de adecuación muestral KMO y el Alpha de Cronbach. La medida KMO indica que el muestreo tiene una adecuación excelente para el APC ($KMO=0,93$) y el coeficiente de Cronbach indica que el Índice es consistente ($\alpha=0,84$).

En consistencia con los planteamientos del marco teórico, consideramos que este índice permite valorar la calidad de la salud mental y bienestar emocional de las personas desde una perspectiva de proceso que entiende que la salud no es un estado único o absoluto sino al contrario es un proceso cambiante determinado por la interacción entre las subjetividades y factores contextuales y sociales como los que se verán a continuación.

4.7.2. Variables según Condición de Victimización, Sexo y Edad

Con el fin de analizar las características de salud mental y bienestar emocional de la población según su condición de victimización resultó necesario diferenciar del total de 10.870 personas adultas de la ENSM, aquellas personas que son consideradas víctimas del conflicto armado y aquellas que no.

Para este fin se construyó una nueva variable “**victimias**” como una combinación de los datos de la pregunta 36:

“Usted me dijo que ha presenciado, ha sido víctima o ha sabido que alguien cercano suyo fue víctima de conflicto armado. Usted ha...:

- (1) Presenciado el evento
- (2) Ha sido víctima del evento
- (3) Los ha presenciado y ha sido víctima del evento
- (4) Le ocurrió a alguien cercano a usted, pero usted no fue ni víctima ni lo presencié”

Y los datos de la pregunta 58:

“Antes me dijo que alguien cercano a usted había sido víctima del conflicto armado, esa o esas personas son:

- (1) Miembros de su hogar
- (2) Amigos, vecinos u otros habitantes de su barrio o vereda
- (3) Ninguna de las anteriores”

De esta forma las personas que se consideraron como víctimas, resultaron del grupo de personas que en la pregunta 36 respondieron la opción 2 y 3; sumado a aquellos que en la pregunta 58 respondieron las opciones 1 y 2. Aunque se reconoce que el hecho de presenciar situaciones de victimización puede ser un factor que genera impactos en la salud mental y bienestar emocional, no se retoman los datos de la pregunta 36, opción 1, ya que solo presenciar un evento del conflicto armado no se considera en la Ley 1448/11 como un hecho de victimización si la persona o sus allegados no resultaron afectados. De forma que, la variable “víctima” es definida como una variable dummy la cual toma el valor de 0 para aquellas personas que no son víctimas y toma el valor de 1 para aquellas personas que respondieron ser víctimas.

Esta variable, será una variable independiente con la que se pretende valorar si las personas víctimas tienen condiciones de salud mental y bienestar emocional diferenciales, con respecto a la población que no ha sufrido hechos victimizantes según su sexo.

El sexo y la edad también se utilizarán como variables explicativas, el sexo se retoma tal cual como viene en la encuesta, siendo una variable dummy que adquiere el valor 0 para las mujeres y 1 para los hombres. Para la variable edad se retoma aquella categorizada por grupos etarios, teniendo en cuenta que en Colombia los grupos de edad para mayores de 18 años se delimitan de la siguiente manera: juventud (18 a 26 años), adultes (27 a 59 años), vejez (60 años y más) (MSPS, 2022).

Cabe recordar que la variable víctima es un proxy del determinante intermedio del conflicto armado, y la variable edad y sexo son determinantes estructurales de la salud.

4.7.3. Variables relacionadas con Factores Asociados a la Salud Mental y Bienestar Emocional

Como se demostró en el capítulo III, los factores asociados a la salud mental y emocional de las personas expuestas a situaciones de conflicto armado, que los estudios previos han encontrado, se pueden clasificar como factores de riesgo y factores protectores. Estos factores también pueden ser considerados como determinantes sociales de la salud, solo que para fines explicativos se han decidido retomar como factores asociados.

En cuanto a factores de riesgo se reconocen: bajas coberturas de servicios públicos (entre ellos salud y educación), estigmatización, rupturas comunitarias, desempleo, pobreza, vivir en zonas de conflicto, la distancia del lugar expulsor al receptor (en el caso del desplazamiento forzado) y el tipo de hecho victimizante vivido. Para cada uno de ellos se encuentra información dentro de la encuesta, con excepción de la distancia con respecto al lugar de procedencia.

Con relación a los factores protectores, los estudios previos han reconocido: contar con una red de apoyo (hacer parte de organizaciones o grupos), la adaptación al lugar de llegada, los recursos emocionales con los que cuentan las personas, el nivel educativo, el estar empleado, entre otros. De esos últimos, se pudo retomar de la ENSM proxys asociados, con excepción del caso de recursos emocionales previos.

A continuación, se presentan las variables proxy que se considera dan cuenta de los anteriores factores asociados y que serán tomadas como variables explicativas de la salud mental y bienestar emocional en relación con la condición de víctima y el sexo:

Tabla 5.

Variables sobre factores asociados

Factores asociados	Variable original	Variable recodificada	Descripción	Tipo variable
Acceso a servicios de salud y nivel socioeconómico	m1_g2	régimen	<i>¿A cuál de los siguientes regímenes de Seguridad Social en Salud está afiliado ...? Ninguno, contributivo, subsidiado o especial.</i>	Categórica

Factores asociados	Variable original	Variable recodificada	Descripción	Tipo variable
Acceso educación	m1_i3_niv	nivedgpo	<p><i>¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por ... y el último grado aprobado en ese nivel?</i></p> <p><i>Las respuestas se reagruparon en primaria o menos, secundaria o media, y superior.</i></p>	Categorica
Ocupación (empleo/desempleo)	m1_k1	ocupaciongpo	<p><i>¿En qué actividad ocupó ... la mayor parte del tiempo la semana pasada?</i></p> <p><i>Las respuestas se reagruparon en ocupados y no ocupados.</i></p>	Dicotómica
Pobreza	pobreza	hpm	<p><i>Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) que refleja la privación de los hogares en: 1) condiciones educativas del hogar, 2) condiciones de la niñez y juventud, 3) trabajo, 4) salud y 5) acceso a servicios públicos domiciliarios y de la vivienda, pero que no incluye pobreza monetaria (Gómez, Rincón, & Medina, 2018)</i></p> <p><i>La variable se presenta en términos de sí la persona vive o no vive en un hogar con pobreza multidimensional.</i></p>	Dicotómica
Estigmatización y/o discriminación	m2_p49	discriminacion	<p><i>Alguna vez en la vida, ¿Usted se ha sentido discriminado o rechazado?</i></p> <p><i>La variable se presenta en términos de sí o no.</i></p>	Dicotómica
Lugar de residencia	Región	region	<p><i>Región a la que pertenece el hogar: (1) Central (2) Atlántica (3) Bogotá (4) Oriental (5) Pacífica</i></p>	Categorica



Factores asociados	Variable original	Variable recodificada	Descripción	Tipo variable
Red de apoyo familiar	estadocivil	EstadoCivgpo	<i>¿Cuál es su estado civil?</i> <i>Las respuestas se clasificaron en unidos y no unidos.</i>	Categorica
Red de apoyo social	ind_grupo	agrupados	<i>Grupos en los que participa (religiosos, culturales, sociales, entre otros)</i> <i>Las respuestas fueron agrupadas en sí participa de algún grupo o no.</i>	Dicotómica
Red de apoyo social	m2_p53	redapoyo	<i>Aunque en algunas ocasiones usted preferiría no pedir ayuda, ¿con qué frecuencia puede acudir a alguien para discutir sus problemas o dificultades o para pedir un consejo?</i> <i>Las respuestas fueron agrupadas en sí cuenta con alguien a quién pedir un consejo o no cuenta con nadie.</i>	Dicotómica

Fuente: Cuestionario Encuesta Nacional de Salud Mental-2015. Ministerio de Salud y Protección Social.

Siguiendo la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, podemos afirmar que las variables región, pobreza y régimen de salud (en tanto en Colombia puede ser tomado como un proxy de la clase social) son determinantes estructurales; a la vez que las variables de nivel educativo, régimen de salud (también es un proxy del acceso a servicios), ocupación, estado civil, pertenencia a grupos y red de apoyo pueden ser considerados determinantes intermedios de la salud.

4.7.4. Variables relacionadas con Alteraciones a la Salud mental y Bienestar Emocional de la Población

De acuerdo con los estudios previos y el marco teórico existirían un tipo de alteraciones a la salud mental y bienestar emocional⁴⁵ que se manifiestan de forma diferencial entre hombres y mujeres. Por esta razón se retoman siete variables que dan cuenta de cuatro trastornos de salud mental: trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, e ideación e intento suicida; y de tres comportamientos que dan cuenta de alteraciones de la salud mental o del bienestar emocional como: consumo de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas⁴⁶, y agresividad.

Para el caso del consumo de sustancias psicoactivas y consumo de alcohol, inicialmente los estudios previos reconocían estos comportamientos como un factor de riesgo para la salud mental, sin embargo, se ha decidido separarlas de los otros factores asociados, pues como se ha demostrado en el marco teórico, si bien el consumo afecta la salud mental puede ser en sí mismo una respuesta a los malestares de salud mental y emocional, lo cual puede ser considerado como un recurso externalizante para gestionar las situaciones difíciles o estresantes.

Tabla 6.

Variables relacionadas con alteraciones a la salud mental y bienestar emocional

Alteraciones a la salud mental y/o bienestar emocional	Variable original	Variable recodificada	Descripción	Tipo variable
Consumo de alcohol	m14_p2	alcohol	¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana La variable se redujo a tres categorías: 0 para quienes no consumen nunca; 1 para quienes	Categoría

⁴⁵ Se decide hablar de alteraciones y no solo patologías puesto dados los mandatos de género hegemónicos algunos de los comportamientos esperados para hombres y mujeres no son necesariamente patologías, en particular el consumo de alcohol, consumo de SPA y comportamientos disruptivos o agresivos.

⁴⁶ Aunque se reconoce que no todos los consumos de alcohol y sustancias psicoactivas se dan asociados a malestares emocionales o como formas de gestionar problemas de salud mental, en este caso se consideran como variables porque el marco teórico ha encontrado que se pueden relacionar con conductas externalizantes, de forma que en su operacionalización se relacionan consumos agudos y consumos moderados con el fin de diferenciar si a mayor consumo se produce algún tipo de asociación de interés.



Alteraciones a la salud mental y/o bienestar emocional	Variable original	Variable recodificada	Descripción	Tipo variable
Consumo de SPA	m16_p19 m16_p28 m16_p37 m16_p46 m16_p55 m16_p64 m16_p73 m16_p82	spa	consumen menos de cuatro veces al mes; y 2 para aquellos que consumen de dos a más veces a la semana. Se construyó una variable dicotómica para las personas que afirmaron haber consumido cualquiera de las siguientes sustancias en los últimos 12 meses: Marihuana, cannabis, mota, hierba, hachís, basuco o pitillo, cocaína, coca, crack, opiáceos u opioides como heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, hongos alucinógenos, LSD, ácidos, ketamina o similares, inhalantes como boxer, popper, gasolina, esmaltes, óxido nitroso, solvente para pintura, pastillas estimulantes sin fórmula médica como éxtasis, anfetaminas, o speed, pastillas tranquilizantes sin fórmula médica como diazepam, alprazolam, lorazepam, midazolam	Dicotómica
Trastorno depresivo	dsm_dys	depresión	La base de datos contiene esta variable, la cual fue generada según el algoritmo SAS. Para efectos del análisis solo se recodifico en 0 para quienes no presentan este trastorno y 1 para quienes según la base reportan síntomas asociados a este.	Dicotómica
Trastorno de ansiedad	dsm_gad dsm_so dsm_pds	ansiedad	Esta variable fue construida como la combinación entre la variable de trastorno de ansiedad generalizado (dsm_gad) la cual se encontraba en la base de datos pues había sido	Dicotómica



Alteraciones a la salud mental y/o bienestar emocional	Variable original	Variable recodificada	Descripción	Tipo variable
			<p>generada según el algoritmo SAS; la variable de fobias (dsm_so) y la variable de pánico (dsm_psd).</p> <p>De manera que quienes presentaban alguna de estas condiciones se les asigno el valor 1 y para quienes no las presentaban se les asigno el valor 0.</p>	
Trastorno bipolar	dsm_hyp	bipolaridad	<p>La base de datos contiene esta variable, la cual fue generada según el algoritmo SAS.</p> <p>Para efectos del análisis solo se recodifiqué en 0 para quienes no presentan este trastorno y 1 para quienes según la base reportan síntomas asociados a este.</p>	Dicotómica
Ideación e intento suicida	intento_s uici pensar_s uici	isuicidio	<p>Esta variable se construyó como la combinación entre las variables pensamientos suicidas que responde a “Personas mayores de 18 años que han presentado alguna ideación suicida.” Y la variable intento suicida que corresponde a “Personas mayores de 18 años que han intentado suicidarse alguna vez en la vida. Respecto al total de personas que respondieron la pregunta "pensar_suici"”</p> <p>Se recodifiqué donde 0 es aquellas personas que no reportaron ideación o intento suicida; y 1 para aquellas personas que respondieron sí en cualquiera de estas dos preguntas.</p>	Dicotómica
Agresividad	m22_p3	agresividad	<p>Esta variable se construyó como una variable proxy de posibles</p>	Dicotómica



Alteraciones a la salud mental y/o bienestar emocional	Variable original	Variable recodificada	Descripción	Tipo variable
			comportamientos agresivos a partir de la pregunta: ¿La agresión física es necesaria para que lo respeten a uno o para solucionar un problema? (1) De acuerdo (2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) En desacuerdo La cual fue recodificada asignado el valor 0 a quienes no están de acuerdo o no están de acuerdo ni en desacuerdo con esta afirmación; y el valor de 1 para quienes están de acuerdo con esta afirmación.	

Fuente: Cuestionario Encuesta Nacional de Salud Mental-2015. Ministerio de Salud y Protección Social.

Nota: estas últimas variables fueron trabajadas mediante el análisis de correspondencias múltiples, junto con las variables de sexo y víctima.

Capítulo V. Salud Mental y Bienestar Emocional de Hombres y Mujeres según Condición de Víctima del Conflicto Armado.

5.1. Análisis Descriptivo: Descripción Sociodemográfica, Características de Salud Mental y Bienestar emocional, y Factores Asociados

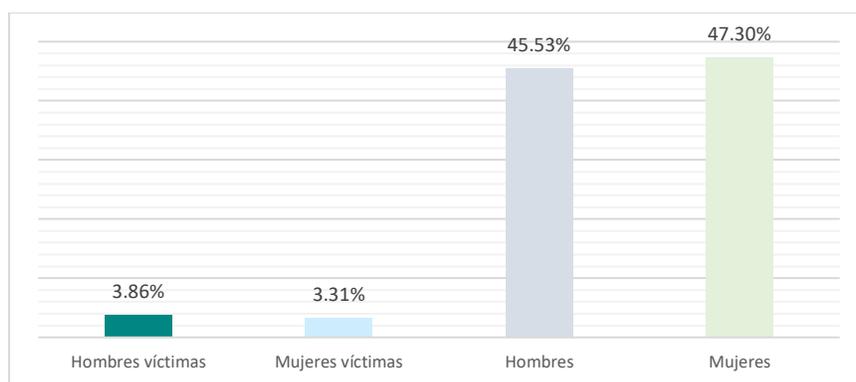
En este apartado se presenta una descripción de las características de la población según su sexo, condición de víctima, reporte de síntomas y alteraciones a la salud mental o bienestar emocional, y factores asociados. Teniendo en cuenta que la encuesta es una muestra poblacional, estos datos se presentan aplicando el ponderador *fex*⁴⁷ que incluye el módulo metodológico y el diccionario de la ENSM-2015.

5.1.1. Características Generales

La ENSM encuestó a un total de 10,870 personas adultas mayores de 17 años. Al aplicar el ponderador expandido se encuentra que este número de personas representa un total de 32,754,303 colombianos. Del total de la población adulta encuestada el 7.17% declararon ser víctimas del conflicto armado, mientras que el 92.83% restante no refirió haber sufrido ningún hecho victimizante de manera directa o indirecta. Dentro del global de personas la proporción de víctimas y no víctimas por sexo puede evidenciarse en el gráfico 4.

Gráfico 4.

Población por condición de víctima y sexo



⁴⁷ Se desconoce la forma en la que fue construido este factor de expansión, no obstante, para más información se puede consultar el diccionario de la ENSM-2015.

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos ENSM- 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

De la población víctima el 53.81% son hombres y el 46.19% son mujeres; por su parte en la población no víctima el 49.04% son hombres y el 50.96% mujeres. En la tabla 7 se presenta la relación de frecuencias por grupos de edad, sexo y condición de víctima.

Tabla 7.

Frecuencias grupos de edad y sexo según condición de víctima

Grupos de edad	Víctimas del conflicto armado (%)					
	Sí (n=779)			No (n=10.091)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
18 a 26	52.42	47.58	5.74	52.81	47.19	84.26
	17.81	18.83	18.29	24.95	21.46	23.17
27 a 59	52.69	47.31	7.81	47.35	52.65	92.19
	65.64	68.66	67.04	58.95	63.10	61.06
60 y más	60.65	39.35	6.70	50.08	49.92	93.30
	16.55	12.50	14.68	16.10	15.44	15.76

*Nota: El primer renglón presenta las frecuencias relativas por filas y el segundo renglón representa las frecuencias relativas por columnas las cuales ya se encuentran en porcentajes.

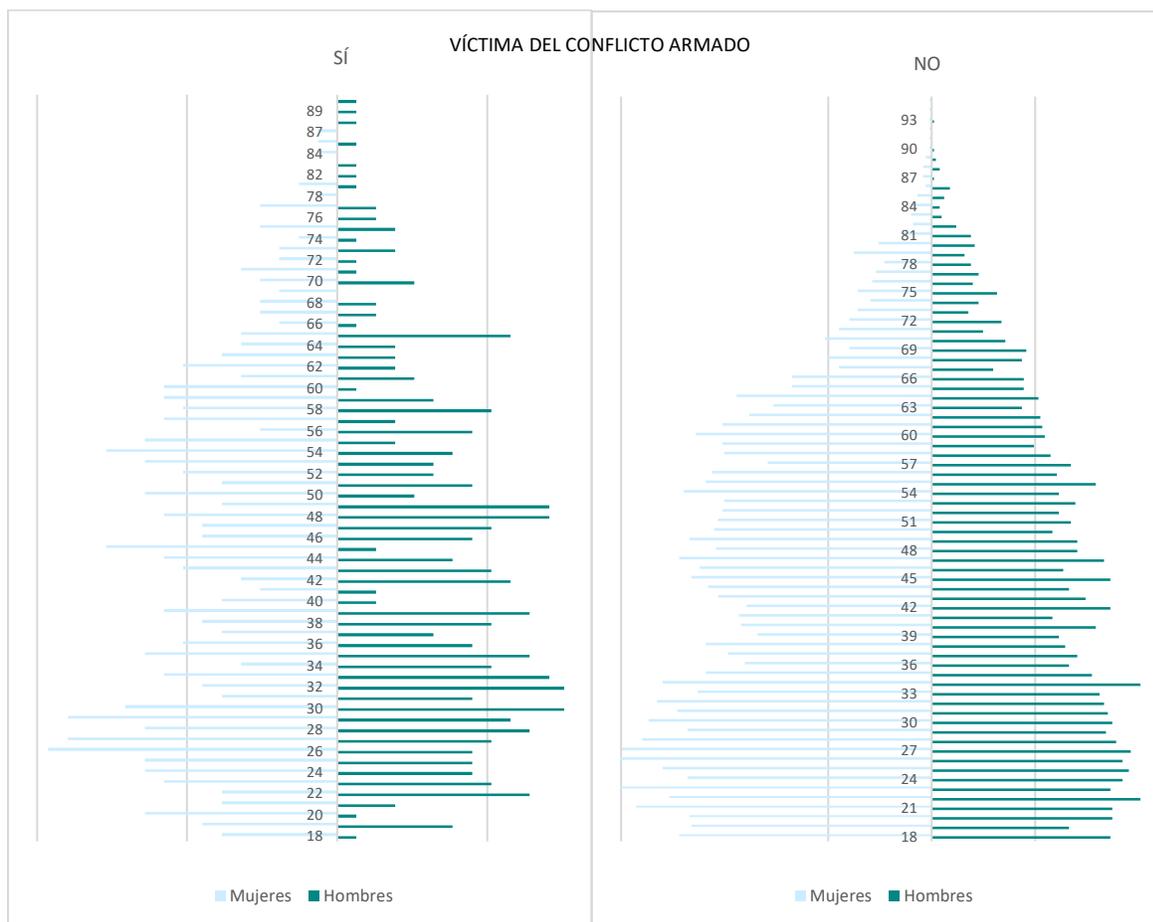
Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSM-2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Tanto para el grupo de víctimas como no víctimas, la mayor parte de la población se ubica en el grupo de 27 a 59 años representando el 61% de la población total, donde el 7.81% son víctimas y el 92.19% no lo son. En cuanto al sexo, resulta ser mayor la proporción de hombres en la población víctima del conflicto armado y mayor la proporción de mujeres para el grupo poblacional de 27 a 59 años que no ha sido víctima. Lo anterior resulta coherente con las dinámicas del conflicto armado colombiano, durante el cual las personas que al 2015 pertenecían a los grupos poblacionales de 27 a 59 años y de 60 y más, vivieron el periodo de recrudecimiento del conflicto que se dio entre 1996 y 2005; periodo conocido como la tragedia humanitaria (CNMH, 2013), estas personas sufrieron la victimización cuando eran niños y jóvenes tal como lo encuentra el estudio de Tobón (2019).

En el gráfico 5 se puede observar la distribución por edad (sin agrupar) para la población víctima y no víctima por sexo.

Gráfico 5.

Edad por sexo y condición de víctima



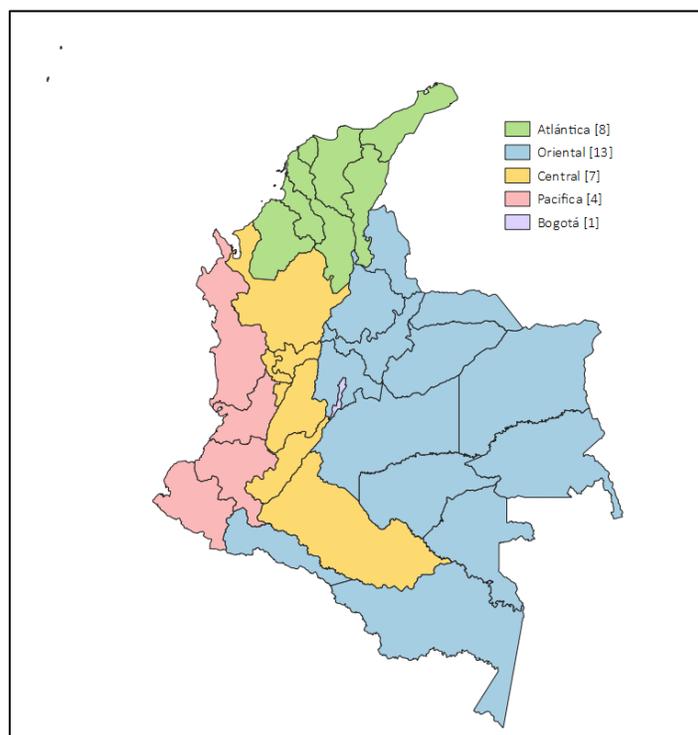
Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos ENSM- 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Como se evidencia en el gráfico la distribución por edades en la población víctima parece ser más dispersa con respecto a la población no víctima. Además, en la subpoblación de personas no víctimas, las mujeres parecen estar más acumuladas en las primeras edades con respecto a los hombres.

En cuanto al lugar de residencia el gráfico 6 contiene el mapa de las regiones reconocidas en la ENSM-2015 con información del número de departamentos que pertenecen a cada región y el gráfico 7 ilustra las frecuencias de la población estudiada según región de residencia.

Gráfico 6.

Mapa regional de Colombia

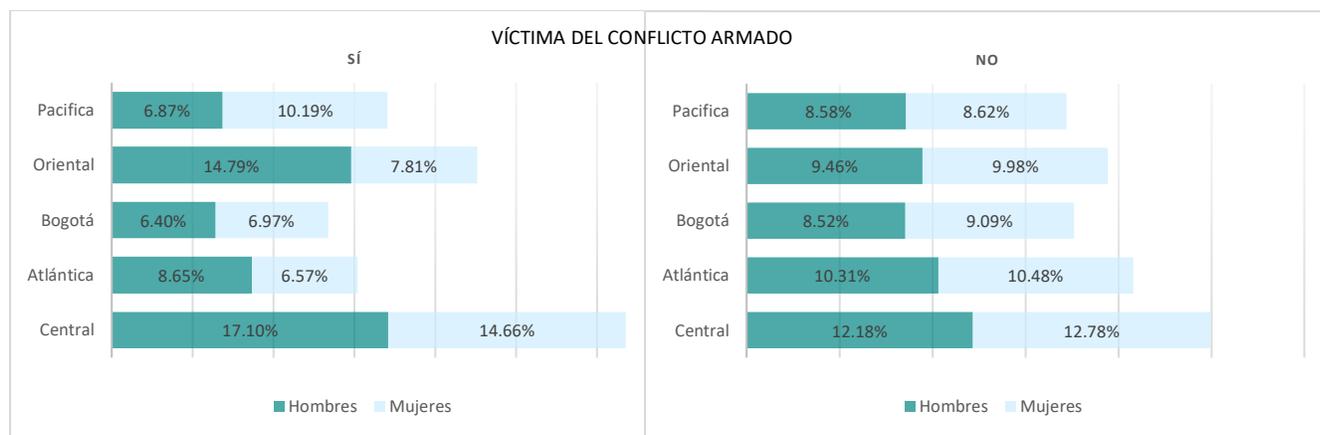


Fuente: Elaboración propia en el software Qgis 3.1. con información de la base de datos ENSM- 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Cabe anotar que, aunque resultaría interesante analizar el comportamiento espacial del conflicto armado con respecto a la salud mental y bienestar emocional, en la presente investigación solo se realizará un análisis general por regiones, ya que la ENSM no cuenta con información desagregada por departamentos. Esto puede resultar una limitante de la investigación, puesto que como se evidenció en el apartado de contexto, resulta más pertinente entender las dinámicas del conflicto armado colombiano en su diversidad en los departamentos y en la conformación de corredores de violencia, que, como regiones, ya que estas últimas, a consideración de esta investigación, pueden ser una unidad de análisis territorial muy general ya que varían de forma importante en sus dinámicas internas.

Gráfico 7.

Región de residencia por condición de víctima y sexo



Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos ENSM- 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

El gráfico 7 permite apreciar que la mayoría de las víctimas viven en la región Central y Oriental. En la región Central viven más hombres que mujeres víctimas, y por el contrario viven más mujeres que hombres de la población no víctima. Para el caso de la región Oriental llama la atención que el número de hombres víctima duplica a las mujeres víctimas.

Lo anterior posiblemente tiene relación con las dinámicas del conflicto armado, en particular con el movimiento migratorio interno que genera el desplazamiento forzado, puesto que como lo veíamos en el mapa del gráfico 1, las zonas que tienen mayores niveles de victimización, a lo largo del tiempo, se encuentran en la región Pacífica, Atlántica y Oriental. Es llamativo entonces que la mayor proporción de víctimas se encuentre en la región central en tanto es la región que rodea a la ciudad de Bogotá lugar al que llega una gran proporción de personas desplazadas en busca de protección y asistencia institucional.

Por su parte los departamentos de la región Oriental más cercanos a la región Central también tienen niveles bajos y medios de victimización lo cual podría resultar un factor de atracción para quienes se desplazan por la guerra.

Asimismo, prestando atención al panorama general, se evidencia que para las personas no víctimas la distribución en las regiones es más equitativa, mientras que para la población no víctima varía de manera importante de región en región, lo cual puede tener relación con la alta movilidad

que presentan las víctimas con ocasión del conflicto armado y de las condiciones sociales precarias que caracterizan a los territorios con mayor intensidad del conflicto.

5.1.2. Síntomas y Malestares Asociados a la Salud Mental y Bienestar Emocional

En ese ítem se presentan las frecuencias relativas de cada uno de los 21 síntomas de salud mental y emocional tomados del SRQ para la construcción del Índice de Salud Mental y Bienestar Emocional clasificadas por sexo y condición de víctima con respecto a cada grupo poblacional (víctimas y no víctimas) (Ver tabla 8).

Tabla 8.

Síntomas y/o malestares de salud mental y emocional SRQ

Síntomas y/o malestares	Víctima del conflicto armado (%)					
	Sí			No		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<i>¿Usted es mucho más importante de lo que los demás piensan?</i>	21.18%	33.50%	54.69%	17.09%	30.91%	48.00%
<i>¿Siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?</i>	11.81%	18.49%	30.30%	6.57%	14.28%	20.85%
<i>¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?</i>	8.34%	19.26%	27.60%	5.41%	15.68%	21.09%
<i>¿Se asusta con facilidad?</i>	5.26%	20.54%	25.80%	4.54%	19.01%	23.55%
<i>¿Se cansa con facilidad?</i>	6.93%	16.56%	23.49%	4.95%	12.25%	17.19%
<i>¿Se siente triste?</i>	6.29%	16.30%	22.59%	4.01%	11.96%	15.97%
<i>¿Duerme mal?</i>	6.29%	13.86%	20.15%	4.86%	10.79%	15.65%
<i>¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?</i>	5.39%	13.99%	19.38%	4.46%	11.07%	15.53%
<i>¿Llora con mucha frecuencia?</i>	2.18%	13.09%	15.28%	1.64%	9.11%	10.74%
<i>¿Sufre de mala digestión?</i>	2.95%	10.27%	13.22%	2.37%	7.46%	9.83%
<i>¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?</i>	4.49%	7.70%	12.20%	1.99%	4.08%	6.07%
<i>¿Tiene mal apetito?</i>	3.85%	8.22%	12.07%	2.33%	6.89%	9.22%
<i>¿Se siente cansado todo el tiempo?</i>	2.70%	9.37%	12.07%	2.86%	7.11%	9.97%
<i>¿Tiene problemas para pensar con claridad?</i>	3.85%	7.83%	11.68%	2.95%	6.09%	9.05%
<i>¿Ha perdido interés en las cosas?</i>	3.47%	7.70%	11.17%	2.80%	5.72%	8.52%

Síntomas y/o malestares	Víctima del conflicto armado (%)					
	Sí			No		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<i>¿Tiene dificultad para disfrutar sus actividades diarias?</i>	2.82%	6.16%	8.99%	2.03%	4.55%	6.58%
<i>¿Sufre de temblor en las manos?</i>	2.18%	6.42%	8.60%	2.33%	3.81%	6.13%
<i>¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?</i>	3.08%	4.62%	7.70%	1.54%	3.16%	4.70%
<i>¿Tiene dificultad para hacer su trabajo?</i>	2.82%	4.49%	7.32%	1.97%	3.20%	5.17%
<i>¿Siente que usted es una persona inútil?</i>	1.16%	3.34%	4.49%	1.06%	2.05%	3.11%
<i>¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?</i>	1.80%	2.57%	4.36%	1.07%	2.18%	3.25%
<i>¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, en los que mueve los brazos y las piernas, o se muerde la lengua o pierde el conocimiento?</i>	0.51%	1.16%	1.67%	0.47%	0.85%	1.32%

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos ENSM- 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se observa que, para todos los síntomas o malestares relacionados en la tabla 8 resulta mayor la proporción para personas víctimas, que para las personas que no han vivido hechos victimizantes. Las diferencias son más evidentes en: “¿siente que alguien ha tratado de herirlo?” con una diferencia de 9,4 puntos porcentuales; “¿usted es más importante que lo que los demás piensan?” con una diferencia de 6,7%; en “¿se siente triste?” con una diferencia de 6,6%; en “¿tiene dolores de cabeza frecuentes?” con una diferencia de 6,5 puntos porcentuales; y en “¿ha tenido la idea de acabar con su vida?” con una diferencia de 6,3 puntos porcentuales.

Estos resultados resultan acordes a la información recopilada en la tabla 3 del marco teórico. Por un lado, es esperable que las personas víctimas sientan que han tratado de herirlas ya que han estado expuestas a situaciones que atentan contra sus vidas o las de sus seres cercanos. Por otro lado, como se mencionaba en dicha tabla, es frecuente en varios de los hechos de violencia que las personas se sientan menospreciadas, tristes, angustiadas, con miedos persistentes, con dificultades para dormir o se sientan poco útiles.

También estos datos nos ofrecen una idea sobre las patologías o malestares a las que se pueden verse enfrentadas las víctimas más frecuentemente, que quienes no han pasado por experiencias de guerra y aquellas patologías que independiente de la condición de victimización obedecen a otros factores asociados. En particular, porque hay tres de los síntomas que mayor peso tienen en las víctimas, que pueden significar un mayor riesgo de esta población a sufrir depresión y un síntoma asociado a ideación o intento suicida. Sin embargo, esto se valorará más adelante en el capítulo de resultados, a través del método de ACM.

Cabe anotar que además de las preguntas sobre los síntomas del SRQ, a las personas víctimas del conflicto armado se les preguntó lo siguiente: “¿Piensa que presentó algún tipo de trauma psicológico o problema emocional o de los nervios, por haber sido víctima del conflicto armado?” ante lo cual el 18% de las víctimas respondió afirmativamente, el 20% lo negó y el 62% restante no respondió. Si bien el reporte es semejante entre quienes consideran haber sufrido algún tipo de trauma o problema emocional con quienes no lo consideran así, existen grandes diferencias al ver los síntomas reportados en la tabla 8, lo cual nos podría llevar a pensar que los síntomas no necesariamente obedecen a la experiencia del conflicto armado o que las personas no asocian el daño de la experiencia de violencia con este tipo de traumas, o problemas emocionales o nerviosos.

Por otra parte, con relación a la teoría de la internalización y externalización que se presentaba en el marco teórico, en la tabla 8 se puede evidenciar que las mayores proporciones tanto de hombres como de mujeres coinciden en sentir que “son más importantes de lo que las personas piensan” y en presentar dolores de cabeza frecuentes. Sin embargo, recordemos que esta teoría plantea existen patrones condicionados por los mandatos de género, los cuales determinan las reacciones asociadas a la salud mental y bienestar emocional de hombres y mujeres, en ese sentido, vemos que por un poco más de 10 puntos porcentuales, es mayor la proporción de mujeres que de hombres que reportan estos síntomas y que estos podrían estar relacionados con mayor riesgo de experimentar depresión.

Del mismo modo para las mujeres, la segunda proporción de mayor magnitud se presenta en: sentir “susto con facilidad”, síntoma que según el DSM IV estaría asociado a la ansiedad y que según la tabla 3 se presenta en todos los hechos victimizantes. Por su parte el segundo síntoma más reportado por los hombres es “sentir que alguien ha tratado de herirlos” el cual podría ser un indicio de sentimientos asociados a la externalización.

La ENSM también nos brinda información sobre síntomas asociados a patologías específicas o conductas que podrían ser respuesta de malestares en salud mental. En ese sentido, la tabla 9⁴⁸ presenta los datos para hombres y mujeres según condición de víctima, tomando como base las variables que generó el equipo del MSPS con base en los datos de la ENSM sobre posibles trastornos de salud mental, entre los cuales interesa destacar: depresión, ansiedad, bipolaridad, ideación e intento suicida.

Adicionalmente también nos importa prestar atención a los datos de conductas asociadas a la salud mental y bienestar emocional como lo son el consumo de alcohol, SPA y la agresividad. Al respecto del consumo de alcohol y SPA es importante tener en cuenta que, aunque en concordancia con algunos estudios estos consumos pueden ser considerados como factores de riesgo para la salud mental y bienestar emocional, para este estudio interesa ubicar que, cuando son consumos muy frecuentes también pueden ser entendidos como desenlaces en salud que podrían estar íntimamente relacionados con patologías de salud mental y problemas de bienestar emocional.

La razón de analizar conjuntamente la propensión a ciertos trastornos, con estos últimos comportamientos, se debe al interés de ubicar las respuestas que se han identificado como típicas o generalizadas en hombres y mujeres según los mandatos de género.

Tabla 9.

Frecuencias alteraciones a la salud mental y emocional

Alteraciones de la salud mental y emocional		Víctima del conflicto armado (%)					
		Sí			No		
		Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Depresión	Sí	3.99	17.47	10.27	4.42	5.7	5.07
	No	96.01	82.53	89.73	95.58	94.3	94.93
Ansiedad	Sí	4.38	15.21	9.42	2.83	4.27	3.57
	No	95.62	84.79	90.58	97.17	95.73	96.43
Bipolaridad	Sí	2.85	0.72	1.86	0.94	0.46	0.69
	No	97.15	99.28	98.14	99.06	99.54	99.31
Ideación o intento suicida	Sí	10.09	15.21	12.46	5.21	7.1	6.17
	No	89.91	84.79	87.54	94.79	92.9	93.83
Agresividad	Sí	7.49	4.88	6.26	4.83	3.62	4.21
	No	92.51	95.12	93.74	95.17	96.38	95.79

⁴⁸ Las variables construidas por el equipo del MSPS no parten de diagnósticos reportados por las personas, sino del análisis posterior a la encuesta por parte del MSPS que con base en los reportes realizados por las personas categoriza a las personas según sus síntomas y de acuerdo con el DSM IV.

Alteraciones de la salud mental y emocional		Víctima del conflicto armado (%)					
		Sí			No		
		Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Consumo de alcohol	Nunca	36.17	64.19	49.15	38.58	67.43	53.3
	Una vez al mes	44.94	32.13	39	42.86	28.02	35.29
	De 2 a 4 veces al mes	15.99	3.39	10.15	16.4	3.93	10.04
	De 2 a 3 veces a la semana	2.5	0.2	1.44	1.37	0.33	0.84
	4 o más veces a la semana	0.4	0.09	0.26	0.79	0.28	0.53
Consumo de SPA	Sí	15.31	7.02	11.47	18.35	6.36	12.24
	No	84.69	92.98	88.53	81.65	93.64	87.76

Fuente: Elaboración propia con la base de datos de la ENSM. Ministerio de Salud y Protección Social.

2015

Se observa que las proporciones más grandes de personas con posible trastorno depresivo, de ansiedad, de bipolaridad e ideación o intento suicida, se ubican en el grupo de víctimas. Para el caso de la depresión y la ansiedad la proporción de mujeres es cuatro veces más que la de hombres. Para el caso de la ideación o intento suicida también es mayor la proporción de mujeres en cinco puntos porcentuales, lo cual sería contrario a lo encontrado en los reportes del SISPRO presentados en la Tabla 1. Solo para el caso de la bipolaridad es mayor la proporción de hombres víctimas que de mujeres en un poco más del doble. Estas diferencias también se presentan en el grupo de personas no víctimas, pero no de forma tan marcada como para las víctimas.

En cuanto a la agresividad (se ha denominado así esta variable como un proxy de posibles comportamientos violentos socialmente) también la proporción es mayor en el grupo de víctimas, aunque con una brecha menor que en el caso pasado; pero se invierte la relación en cuanto al sexo, ya que los hombres presentan una proporción mayor que las mujeres, en 2.6 puntos porcentuales.

En cuanto al consumo del alcohol, aunque la mayor parte de la población refiere no hacerlo nunca o hacerlo menos de una vez al mes, se evidencia que quienes lo hacen con mayor frecuencia son los hombres, en particular, los hombres víctimas quienes presentan una mayor proporción del mayor consumo semanal, en comparación con los hombres que no son víctimas. Para el caso de las mujeres, la proporción del mayor rango de consumo resulta más grande para las mujeres que no son víctimas.

Para el consumo de SPA se encuentra que las proporciones entre víctimas y no víctimas resultan similares, pero presentan diferenciales entre hombres y mujeres, siendo los hombres los que más consumen.

Si bien la mayoría de estos hallazgos se corresponden con lo esperado frente a los planteamientos del marco teórico y lo encontrado en estudios previos, para concluir al respecto no es suficiente el análisis descriptivo, por eso es preciso utilizar un método estadístico, que en este caso será el MCA y que se presenta en el siguiente capítulo.

5.1.3. Factores Asociados a las Características de Salud mental y Bienestar emocional de las Víctimas

En el presente apartado se consolidan los datos descriptivos de los factores asociados a los riesgos

*en salud por sexo y condición de víctima encontrados por la literatura. En primera medida en la **Tabla 10.***

Frecuencias relativas de acceso a salud y educación

10 se exponen las proporciones del acceso a salud y educación.

Tabla 10.

Frecuencias relativas de acceso a salud y educación

	Víctima del conflicto armado (%)					
	Sí			No		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Seguridad social						
Con SGSSS	52.92	47.08	94.35	47.84	52.16	92.71
Sin SGSSS	68.69	31.31	5.65	63.46	36.54	94.29
Régimen de salud						
Ninguno	68.69	31.31	5.65	63.46	36.54	7.75
Contributivo	54.06	45.94	36.72	49.43	50.57	53.01
Especial	83.51	16.49	4.55	38.89	61.11	2.05
Subsidiado	49.51	50.49	53.09	46.37	53.63	44.77
Nivel educativo						
Ninguno	59.85	40.15	6.36	50.22	49.78	4.25
Primaria o menos	53.68	46.32	27.83	50.38	49.62	26.73
Secundaria y media	49.56	50.44	40.72	48.86	51.14	40.59
Superior	59.31	40.69	25.08	47.87	52.13	28.43

Fuente: Elaboración propia con la base de datos de la ENSM. Ministerio de Salud y Protección

Social. 2015

El acceso a servicios de salud parece ser mayor para los hombres víctimas que para los que no lo son, mientras que para las mujeres víctimas es menor que para las mujeres que no lo son, y menor que para el resto de la población. Llama la atención que la mayor proporción de víctimas (53.09%) se encuentra afiliada al régimen subsidiado, mientras que la mayor proporción en las personas no víctimas (50,01%) está en el régimen contributivo, lo cual resulta coherente con respecto a las condiciones económicas y laborales de las víctimas, ya que el régimen subsidiado acoge a todas aquellas personas que no pueden por sí mismas proveer el pago de los aportes a salud.

En cuanto a la educación se evidencia que la mayor proporción de víctimas y no víctimas realizó primaria (27,83%, 26,73%), con el diferencial que para los hombres es mayor la proporción en primaria, mientras que para las mujeres víctimas es mayor la proporción en media, y para las mujeres no víctimas mayor la proporción en primaria.

Por otra parte, la tabla 11 presenta las proporciones de personas en situación de pobreza y la proporción de personas por ocupación.

Tabla 11.

Frecuencias absolutas y relativas del índice de pobreza multidimensional y ocupación

	Víctima del conflicto armado (%)					
	Sí			No		
Ocupación	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Empleado o trabajador	70.10	29.90	55.82	64.85	35.15	51.82
Desempleado buscando	76.72	23.28	5.79	65.45	34.55	4.58
Estudiante	62.31	37.69	3.97	50.12	49.88	5.65
Oficios del hogar	8.06	91.94	27.04	12.93	87.07	29.94
Incapacitado	81.95	18.05	1.93	71.35	28.65	1.96
Otro	73.44	26.56	5.45	71.71	28.29	6.05
Índice de pobreza multidimensional						
Personas en hogares sin PM	55.92	44.08	71.01	50.50	49.50	73.08
Personas en hogares con PM	48.65	51.35	28.99	45.10	54.90	26.92

Fuente: Elaboración propia con la base de datos de la ENSM. Ministerio de Salud y Protección Social. 2015

Con relación a la ocupación se evidencia que la mayoría de la población se ocupa como empleada o en oficios del hogar, en particular las mujeres. Llama la atención una mayor proporción de mujeres víctimas que se dedican a oficios del hogar con respecto a las no víctimas. Las proporciones en la ocupación tanto por condición de víctima como por sexo resultan similares. En cuanto a pobreza, pareciera que la proporción de personas tanto víctimas como no víctimas, es similar para el primer grupo con el 28.99% mientras que para el segundo es del 26.92%. Sin embargo, resulta interesante que la proporción de mujeres en hogares con pobreza multidimensional es mayor que para los hombres.

En la tabla 12 se presentan los datos relacionados con las redes de apoyo familiar y social con que cuentan las personas. Para redes de apoyo familiar se utiliza como proxy la unión, para redes de apoyo social la pertenencia a alguna organización o grupo, la percepción de discriminación y la posibilidad de contar con “alguien” en momentos difíciles.

Tabla 12.

Frecuencias absolutas y relativas de las redes de apoyo

	Víctima del conflicto armado (%)					
	Sí			No		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Estado Civil						
Casado-UL-pareja	55.16	44.84	63.37	49.19	50.81	56.29
Separado/Viudo/divorciado	30.53	69.47	13.41	30.96	69.04	12.54
Soltero	63.57	36.43	23.21	56.07	43.93	31.17
Pertenencia a grupos						
Sí	51.93	48.07	40.02	49.02	50.98	36.38
No	54.84	45.16	59.36	49.08	50.92	63.48
Cuenta con alguien a quien pedir un consejo						
Sí	54.62	45.38	54.29	48.66	51.34	84.33
No	47.78	52.22	45.71	50.72	49.28	15.67
Se ha sentido discriminado						
Sí	54.08	45.92	68.01	45.09	54.91	18.51
No	53.24	46.76	31.99	49.94	50.06	81.49

Fuente: Base de datos de la ENSM. Ministerio de Salud y Protección Social. 2015

Se encuentra que la mayoría de la población es casada o tiene pareja, pero la proporción resulta mayor para las personas víctimas, que para la población en general; datos que son mayores para

los hombres víctimas. La proporción de divorcios y viudez es un poco mayor en las víctimas y la de soltería en las personas no víctimas.

En cuanto a la pertenencia a grupos la proporción de hombres víctimas participa más en grupos que las no víctimas, pero en general las que más pertenecen a grupos son las mujeres víctimas. En el mismo sentido, la mayoría de las personas que no son víctimas refieren contar con alguien para “pedir un consejo” mientras que en las víctimas un poco menos de la mitad considera que no cuenta con nadie. En cuanto a la discriminación resulta llamativo que las mujeres tanto víctimas como no víctimas, en comparación con los hombres, refieren haberse sentido más discriminadas.

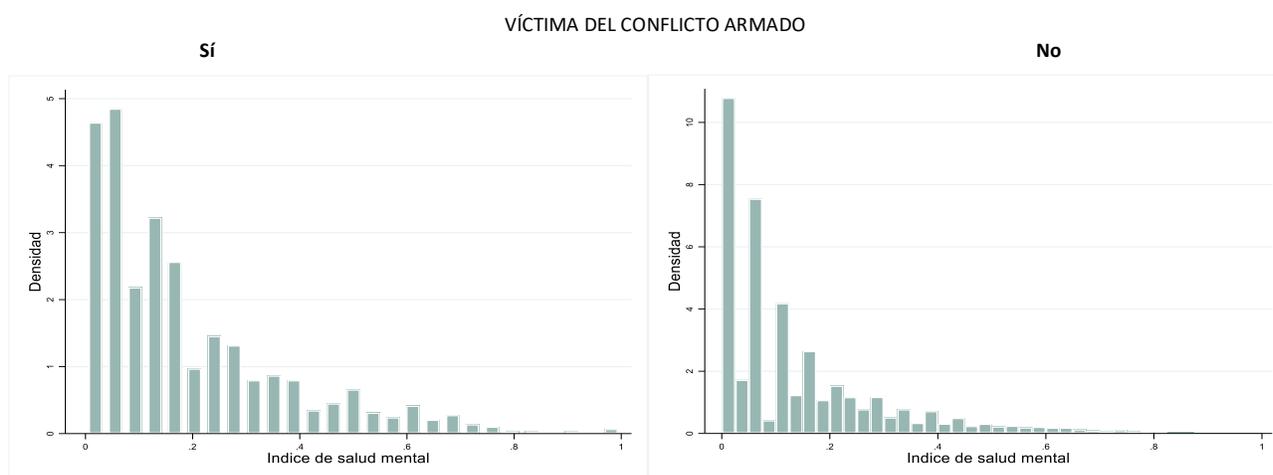
5.1.4. Índice de Salud Mental y Bienestar Emocional según Condición de Víctima y Sexo

Como se mencionó en el apartado de operacionalización de variables, el Índice de Salud recoge la percepción de las personas sobre su salud mental y bienestar emocional a través del reporte sobre la presencia de 21 diferentes síntomas o malestares de salud. En ese sentido, el índice retoma valores del 0 al 1, de forma que, entre más cercano al 0 se puede inferir ausencia de malestares emocionales y de salud mental y por lo tanto un mejor estado de salud y un mejor bienestar emocional; mientras que valores cercanos al 1, indicarían mayor deterioro de la salud mental y del bienestar emocional.

El gráfico **Error! Reference source not found.8** permite evidenciar el comportamiento de la variable Índice de Salud Mental y Bienestar Emocional según la condición de víctima.

Gráfico 8.

Histograma índice de salud mental y emocional según condición de víctima



Fuente: Elaboración propia. Cálculos realizados en Stata 17 con información de la base de datos de la ENSM-2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se observa que para los dos grupos poblacionales el Índice de Salud Mental y Bienestar Emocional presenta un sesgo hacia la izquierda, de forma que para las personas víctimas los valores se concentran entre el 0 y el 0.2; mientras que para las personas que no son víctimas los valores parecen más concentrados alrededor del 0 y el 0.1. Adicionalmente se podría anticipar que la variable no se distribuye normalmente y que para los Modelos de Regresión será importante corregirla y ajustar este sesgo.

Del mismo modo la tabla 13 presenta las estadísticas descriptivas del índice con relación a la condición de víctima y el sexo.

Tabla 13.

Descriptivos índice de salud mental y bienestar emocional por condición de víctima y sexo

		Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Sí	Hombre	0.1411	0.1704	2.42e-09	1
	Mujer	0.2420	0.1914	2.42e-09	1
	Total	0.6196	0.1828	2.42e-09	1
Víctima	Hombre	0.1061	0.1362	2.42e-09	1
	Mujer	0.1656	0.1753	2.42e-09	1
	Total	0.4887	0.1652	2.42E-09	1

Fuente: Elaboración propia. Cálculos realizados en Stata 17 con información de la base de datos de la ENSM-2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

De manera general los descriptivos dan cuenta que los promedios de toda la población en cuanto al Índice de Salud Mental y Bienestar Emocional parecen bajos ya que ninguno supera el 0,5. Así mismo se evidencia que el mayor promedio del índice se presenta en las mujeres víctimas del conflicto armado. Mientras que el menor promedio se presenta en los hombres que no son víctimas del conflicto armado. Recordemos que entre más cercano a cero representa mejores condiciones de salud mental.

Con el fin de corroborar la existencia de diferencias entre la salud mental y emocional de víctimas y no víctimas se realiza una Prueba de Hipótesis de Diferencia de Medias, tomando como hipótesis nula que el índice de salud mental y emocional es igual para las personas víctimas que

para las personas no víctimas, y como hipótesis alternativas que el índice de salud mental y emocional es diferente para víctimas y para no víctimas.

$$H_0: \mu \text{ índice de salud mental víctimas} = \mu \text{ índice de salud mental de las personas no víctimas}$$

$$H_a: \mu \text{ índice de salud mental víctimas} \neq \mu \text{ índice de salud mental de las personas no víctimas}$$

Los resultados se presentan en la tabla 14.

Tabla 14.

Resultados prueba de hipótesis índice de salud mental y emocional y condición de víctima

Grupo	Media	Error estándar	Desviación estándar	95% Intervalo de confianza	
No víctimas	0.4887	0.00506	0.50905	0.47883	0.49871
Víctimas	0.6196	0.02020	0.56397	0.58001	0.65933
Valor p 0.0000					

Fuente: Elaboración propia. Cálculos realizados en Stata 17 con información de la base de datos de la ENSM-2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Los resultados permiten apreciar que para el caso de las personas que no han sufrido hechos victimizantes en el marco del conflicto armado, el promedio del índice de salud es de 0.49 con una desviación estándar de 0.50; mientras que para las personas víctimas el promedio del índice de salud es de 0.62 con una desviación estándar de 0.56; es decir que en promedio el deterioro de la salud mental y bienestar emocional de las víctimas es mayor con respecto a las no víctimas. En ese sentido, es posible afirmar con un 95% de confianza ($p \text{ valor}=0$) que la salud mental y bienestar emocional de las personas víctimas, presenta diferencias significativas en relación con la salud mental y bienestar emocional de las personas no víctimas.

5.2. Análisis Estadístico de la Salud Mental y Bienestar Emocional con Modelos de Regresión y de Análisis Multivariado

5.2.1 Resultados de los Modelos de Regresión Lineal Múltiple – MRLM para el Índice de Salud Mental y Bienestar Emocional

En el presente apartado se comparten los resultados de los Modelos de Regresión Lineal Múltiple implementados en esta investigación. Cabe aclarar que para los modelos se ha decidido trabajar con una muestra de 10.825 personas, ya que se excluyeron todas aquellas personas que en alguna de las variables de interés no reportaban información⁴⁹.

Para avanzar en el análisis, en un primer momento interesa explorar el comportamiento del Índice de Salud Mental y Bienestar Emocional como variable dependiente, con relación a la condición de víctima y el sexo como variables explicativas. Al explorar las correlaciones de las variables a través del método de correlación policórica se encuentra mayor magnitud (en valores absolutos) para la correlación entre el índice y el sexo (-0.259) y menor magnitud para la correlación entre el índice y la condición de víctima (0.112). Además, se identifica que la correlación con el sexo es negativa, de forma que en los modelos se esperaría que el ser hombre mejore la salud mental con respecto al ser mujer. Así como también, se esperaría que el ser víctima del conflicto armado produjera un aumento del índice, es decir un deterioro de la salud, con respecto a quienes no son víctimas.

En un segundo momento se ubican las correlaciones policóricas (Ver anexos 2-5) para las demás variables encontrando que ninguna supera el 0.5; de forma que se demuestra que no existe problemas de colinealidad y que en orden de magnitud las variables más relacionadas con el índice son: discriminación, sexo, ocupación y condición de víctima. Donde el sexo y la ocupación tienen signo negativo, es decir mejoran el índice; mientras que la discriminación y la condición de víctima tienen signo positivo, demostrando que a medida que estas condiciones aumentan, hay más presencia de síntomas en salud mental y problemas emocionales.

En ese sentido, la tabla 15 presenta los resultados de los modelos de regresión para la población total, y para los grupos poblacionales diferenciados: hombres, mujeres, víctimas, y no víctimas.

⁴⁹ Las variables que no tenían información completa para los 10.870 casos fueron las variables de régimen de salud, pertenencia a grupos y red de apoyo. También se perdieron casos en la implementación del índice ya que cinco personas no respondieron a todos los síntomas del SRQ.

Tabla 15.

Resultados modelos de regresión lineal múltiple

Variables	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
	Población total	Población total	Hombres	Mujeres	Víctimas	No víctimas
Víctima	0.060	0.056	0.018	0.057		
	(6.36) ***	(3.56) ***	(1.23)	(3.67) ***		
Sexo	-0.064	-0.039			-0.084	-0.040
	(-20.27) ***	(-8.74) ***			(-3.85) ***	(-9.11) ***
Víctima*sexo	-0.033	-0.036				
	(-2.54) **	(-1.55)				
Grupo de edad						
27 - 59 años		0.002	-0.002	0.006	0.004	0.001
		(0.40)	(-0.28)	(0.86).	(0.20).	(0.28).
60 y más		-0.001	0.007	-0.010	0.053	-0.005
		(-0.17)	(0.68).	(-0.93).	(1.72) °	(-0.65)
Región						
Atlántica		-0.027	-0.022	-0.033	-0.076	-0.025
		(-4.60) ***	(-2.77) **	(-3.73) ***	(-3.35) ***	(-4.07) ***
Bogotá		0.011	0.024	-0.001	0.005	0.010
		(1.33)	(2.11) *	(-0.11)	(0.13).	(1.25).
Oriental		-0.017	-0.019	-0.015	-0.045	-0.015
		(-2.74) **	(-2.37) *	(-1.58)	(-2.15) *	(-2.27) *
Pacífica		-0.003	-0.004	-0.002	-0.015	-0.002
		(-0.41)	(-0.44)	(-0.27)	(-0.58)	(-0.33)
Nivel educativo						
Primario o menos		0.004	0.004	0.002	0.025	0.004
		(0.34)	(0.29).	(0.13).	(0.71).	(0.34).
Secundaria o media		-0.014	-0.006	-0.022	0.042	-0.017
		(-1.24)	(-0.41)	(-1.28)	(1.13).	(-1.48)
Superior		-0.029	-0.020	-0.038	0.011	-0.030
		(-2.40) *	(-1.32)	(-2.00) *	(0.28).	(-2.43) *
Ocupación		-0.040	-0.036	-0.041	-0.069	-0.037
		(-7.84) ***	(-4.94) ***	(-5.85) ***	(-3.33) ***	(-7.22) ***
Pobreza multidimensional		-0.003	0.002	-0.008	-0.019	-0.001
		(-0.46)	(0.26).	(-0.94)	(-0.80)	(-0.26)
Régimen de salud						
Contributivo		-0.003	-0.013	0.008	-0.038	0.000

Variables	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
	Población total	Población total	Hombres	Mujeres	Víctimas	No víctimas
Especial		(-0.32)	(-1.23)	-0.660	(-1.02)	(-0.06)
		0.005	0.038	-0.022	0.152	-0.026
Subsidiado		(0.19)	(0.82)	(-1.12)	(1.56)	(-1.91) °
		0.004	0.008	0.002	-0.040	0.006
Discriminación		(0.50)	(0.76)	(0.12)	(-1.10)	(0.77)
		0.129	0.106	0.129	0.100	0.132
			(11.08)	(13.68)		
		(13.67) ***	***	***	(2.99) **	(13.60) ***
Discriminación*sexo						
o		-0.023			0.005	-0.023
		(-1.70) °			(0.12)	(-1.65) °
Pertenencia a grupos		0.005	0.008	0.002	0.002	0.005
		-1.150	(1.35)	(0.24)	(0.11)	(1.02)
Red de apoyo		-0.011	-0.006	-0.017	-0.019	-0.011
		(-1.83) *	(-0.80)	(-1.90) *	(-0.69)	(-1.91) *
Constante	0.167	0.181	0.129	0.194	0.274	0.180
				(8.54)	(4.77)	
	(73.47) ***	(12.33) ***	(6.91) ***	***	***	(12.06) ***
R2 ajustado	0.043	0.155	0.133	0.126	0.247	0.150
N	10,825	10,825	4,364	6,461	773	10,052

Nota: Los niveles de significancia se representaron de la siguiente manera: ° p<0.1; * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001. Entre paréntesis, debajo de cada coeficiente se presentan los estadísticos t.

Fuente: Elaboración propia. Cálculos realizados en Stata 17 con información de la base de datos de la ENSM-2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Como era de esperar de acuerdo con el análisis descriptivo del índice de salud mental y bienestar emocional, al ejecutar los MRLM⁵⁰ con esta variable como dependiente, nos encontramos con problemas de heterocedasticidad y normalidad de los residuos, puesto que el comportamiento del índice no es normal (Ver anexos 7-24). En ese sentido, se ha decidido usar la versión robusta de los Modelos de Regresión, la cual de acuerdo con Gujarati & Dawn (2009) permite ajustar la bondad de los modelos cuando la varianza no se comporta de manera constante y así cumplir con los supuestos de la RLM (Gujarati & Porter, 2009).

⁵⁰ Para todos los modelos se realizó la comprobación de supuestos de los modelos de regresión lineal múltiple, los cuales son: normalidad de los residuales, no colinealidad de las variables independientes, varianza constante o homocedasticidad (Gujarati & Porter, 2009). Los resultados de estas pruebas se adjuntan en los anexos.

La tabla 15 permite evidenciar que todos los modelos presentan un coeficiente de estimación de acuerdo con lo esperado. En el caso del modelo 1, el cual solo considera las variables víctima y sexo, estas logran explicar un 4.4% de la variación del Índice; mientras que, al agregar las otras variables, desde luego, aumenta la capacidad explicativa de los modelos. Así, para la población total, el modelo 2 explica el 15% de la variación del índice de salud; el modelo para hombres el 13%; el de mujeres el 12%, el de víctimas 25%, y el de personas no víctimas un 15%. Siendo el modelo con la subpoblación de víctimas, el que al parecer tiene mayor nivel explicativo. Resulta interesante que el nivel explicativo que nos brindan estos modelos, al no superar el 25%, puede ser el reflejo de la existencia de otras variables que no se están contemplando en esta investigación y que pueden tener un efecto importante en la variabilidad del Índice de Salud Mental y Bienestar Emocional.

En lo que respecta a los resultados, a continuación, se presenta el análisis de estos, organizados de forma que permiten corroborar las hipótesis planteadas inicialmente y responder a la pregunta de investigación. Se expone un primer ítem que contiene un análisis sobre la salud mental y el bienestar emocional por sexo y condición de víctima; un segundo ítem que tiene como propósito identificar los factores de riesgo de la salud mental y bienestar emocional según el sexo y condición de víctima; y un tercer punto, similar al anterior, pero con los factores protectores. Luego de estos análisis en el siguiente apartado, se presentan los hallazgos sobre las alteraciones a la salud mental y bienestar emocional encontrados a través del método de Análisis de Correspondencias Múltiples.

Es importante recordar que los resultados respecto al Índice de Salud deben ser entendidos de la siguiente forma: en una escala del 0 al 1 un aumento del índice implica mayor deterioro de la salud mental y bienestar emocional, mientras que, una disminución del índice implica una mejor salud mental y bienestar emocional. En ese sentido al hacer referencia a deterioros en el índice se espera que sea entendido que hubo un aumento de este pues se hace referencia al deterioro de la salud, mientras que, al mencionar una mejoría del índice, se está haciendo referencia a una disminución en este, por lo tanto, a una mejoría en la salud⁵¹.

Antes de iniciar con el análisis de resultados es relevante aclarar dos aspectos: por un lado, se decidió omitir de los modelos la variable “estado civil”, ya que tenía una alta correlación con la

⁵¹ Las razones por las cuales el índice debe ser interpretado de esta manera, consisten en que este fue construido según los malestares de salud mental y bienestar emocional que reportaron las personas. De esta forma, a mayores malestares reportados mayor crece el índice, por lo tanto, se puede hablar de un deterioro de la salud mental y bienestar emocional; al tiempo que, a menores malestares reportados disminuye el índice y por lo tanto se puede hablar de una mejor salud mental y bienestar emocional.

variable “red de apoyo”, sumado a que por la forma en la que está formulada la pregunta de la variable “red de apoyo”, se considera que es un mejor proxy de las redes con las que cuentan las personas. Por otro lado, se decidió omitir de la interpretación de resultados la variable “edad” ya que como lo demuestra la tabla 15 y de manera contraria a lo esperado, es una variable que no resulta significativa para ninguno de los modelos y que por lo tanto solo opera como variable de control.

5.2.1.1. Salud Mental y Bienestar Emocional de Hombres y Mujeres según Condición de Victimización. Partiendo de la evidencia de que el conflicto armado en Colombia es un determinante social de la salud, y que por lo general, las condiciones en las que las personas víctimas del conflicto desarrollan sus vidas están caracterizadas por la precariedad (Lafta & Al-Nuaimi, 2019; UARIV, 2021), sumado a que las mujeres suelen tener menos oportunidades o quedar mayormente expuestas a condiciones sociales adversas (Beristain M. , 2010; Picchio, 2012); los resultados de los modelos de regresión presentados en la tabla 15, nos permiten encontrar evidencia a favor de una de las hipótesis centrales de esta investigación, la cual supone que la salud mental y bienestar emocional de las víctimas, en particular de las mujeres, se encuentra más deteriorada con respecto a los hombres víctimas y con respecto a la población en general.

Al analizar en orden los resultados, es posible observar en los modelos 1 y 2, es que el sexo y la condición de victimización, son factores que inciden de manera importante en la salud mental y bienestar emocional, y, por lo tanto, son características que adquieren significancia estadística al momento de explicar la variación del Índice de Salud construido. En ausencia de las variables de factores asociados se evidencia que la condición de victimización y el sexo tiene una magnitud explicativa similar.

El modelo 1 demuestra que, sin tener en cuenta factores asociados y considerando constantes el sexo y su interacción con la victimización; el ser víctima del conflicto armado incrementa el Índice de Salud Mental y Bienestar Emocional. En el mismo sentido el modelo 2 advierte que, en presencia constante de los factores asociados, el hecho de ser víctima del conflicto también aumenta el Índice de Salud, pero en menor proporción que en el modelo 1. Las diferencias del efecto de los dos modelos son coherentes con lo esperado, tan solo cabe aclarar que el menor impacto en el modelo 2 tiene relación con el hecho de que, al considerar los factores asociados, se está contemplando un panorama más complejo de la realidad social, lo cual produce que el potencial explicativo no solo se concentre en una variable.

De esta forma, en concordancia con los planteamientos de Beristain (2010), Martín-Baró (1990) y el INS (2018), y los hallazgos de Gómez et al. (2016) y Tamayo et al. (2016), la presente investigación confirma que para la población colombiana el hecho de haber sido victimizado por el conflicto armado es un factor de deterioro de la salud mental y emocional de las personas.

Asimismo, al llevar la atención a las diferencias por sexo, se puede reafirmar que, en presencia constante de todas las variables consideradas como factores asociados; el sexo es un determinante de la salud mental y bienestar emocional. Los modelos 2 —para la población total—, y 5 y 6 —para la población diferenciada por condición de victimización— permiten apreciar que el ser hombre, en comparación con el ser mujer, resulta ser un factor que coadyuva a la salud mental y bienestar emocional; o en el sentido contrario, el ser mujer resulta ser una desventaja frente a la salud mental y emocional tal como lo encuentran Gómez, Bohórquez y Tamayo (2016).

Lo cual se refuerza con los resultados de los modelos 2 y 3, donde se observa que la magnitud y significancia de la subpoblación de mujeres, resulta similar a la de la población en general, mientras que, no existe significancia para esta variable en la subpoblación de hombres. De manera que, prácticamente podríamos afirmar que el efecto de la variable sexo del modelo 1 —población total— en el Índice, lo aporta mayoritariamente la población de mujeres.

Si, adicionalmente, consideramos el efecto diferenciado por la condición de victimización, además de tener como resultado una mejor salud mental y bienestar emocional en los hombres con respecto a las mujeres, encontramos que este resultado es dos veces mayor para el grupo de víctimas, que para el grupo de personas que no han sido víctimas. En ese sentido, es más contundente el impacto que tienen las diferencias por sexo en la población victimizada por conflicto armado.

Estos hallazgos son consistentes con lo encontrado en los estudios de Gómez (2016) para el caso de mujeres jóvenes y niñas, y de Cuartas et al. (2019) quienes concluyen que existe una menor probabilidad de sufrir problemas salud mental para el caso de los hombres colombianos. Aunque los resultados, cuestionan los planteamientos de Rosenfield & Smith (2009) frente a la imposibilidad de afirmar que las mujeres tienen una salud más deteriorada que los hombres, consideramos que no son comparables los hallazgos, ya que los autores llegan a esta conclusión a partir de valorar las prevalencias de enfermedades de salud mental, y en este caso se está valorando la calidad de la salud mental y bienestar emocional sobre un Índice que puede resultar más integrador que categorizar a las personas con respecto a si tienen o no un trastorno. Adicionalmente,

pueden existir diferencias ya que esta investigación se hace con una población específica que es la colombiana, y se controla por el hecho de haber sido víctima del conflicto armado.

En el mismo sentido, es posible ubicar en la revisión de estudios previos y en el marco teórico, elementos que podrían ayudar a comprender los resultados antes obtenidos. Como lo registra Beristain (2010) el hecho de que los hombres en el conflicto colombiano sean las principales víctimas letales, deja a las mujeres expuestas a enfrentarse a situaciones extremadamente demandantes que menoscaban su salud y calidad de vida. Sumado a que el daño que las mujeres sufren en la guerra se ve exacerbado por un contexto caracterizado por la violencia patriarcal y la desigualdad de género (Campaña “Violaciones y Otras Violencias: SAQUEN MI CUERPO DE LA GUERRA”, 2009; CIDH C. I., 2006).

De igual manera, como lo rescatan Carrasco (2003), Lennon & Rosenfield (1992), Bird (1997) y Lohan (2007) las desigualdades de género ubican en situación de desventaja a las mujeres, quienes usualmente perciben menos ingresos, tienen menos oportunidades, reciben más cargas asociadas al trabajo de cuidado y el trabajo doméstico no remunerado, y otras presiones asociadas a los mandatos de género que las construyen estereotipadamente, por lo general, como entregadas al bienestar de otros sobre el bienestar de ellas mismas; lo que conlleva a una sobrecarga de labores que van en detrimento de su salud mental y bienestar emocional. Un dato ejemplificante es que observábamos en el análisis descriptivo una proporción considerable de mujeres víctimas que se dedican a oficios en su hogar.

Con respecto a los hombres también es importante resaltar algunos hallazgos: el proceso de construcción⁵² del modelo 2 dejó en evidencia que, al considerar la variable discriminación, la variable víctima pierde significancia estadística. Pareciera entonces que, para los hombres, el ser discriminado absorbe el efecto que tiene la condición de víctima sobre la salud mental y bienestar emocional, permitiendo afirmar que para esta subpoblación es más relevante el hecho de ser discriminado, que el de ser victimizado en el marco del conflicto armado. Esto lo reafirman los resultados de la interacción de sexo y víctima del modelo 1, que no resultan significativos, seguramente porque el valor de la unidad se les asigna a los hombres.

Este resultado podría tener relación con los mecanismos determinados por los mandatos de género descritos en el marco teórico. Valdría la pena explorar qué tanto los mecanismos de

⁵² Con el fin de ir valorando el impacto de cada variable explicativa sobre el índice de salud, se suele construir los modelos de regresión progresivamente agregando una a una, o por grupos las variables, de forma que él o la investigadora puede apreciar el cambio de los resultados, a medida que se van considerando nuevos factores.

externalización que se ha encontrado son habituales para los hombres, tienen relación con la carga que implica para ellos la discriminación. Al respecto podemos encontrar dos posibles relaciones: por un lado, puede ser que los hombres se encuentren más expuestos a la discriminación, ya que por lo general, las acciones afirmativas y las políticas diferenciales suelen no reconocer a los hombres como sujetos prioritarios de atención, dejándolos expuestos a mayor discriminación; o por otro lado, en un sentido similar al que reconoce Matud (2005), puede que estas visiones estereotipadas a las que hemos hecho referencia en el marco teórico y que recaen sobre los hombres como personas más propensas a la violencia, a comportamientos disruptivos socialmente o al consumo de alcohol y SPA, los lleven a ser foco de discriminación.

En otro aspecto, frente a las teorías de Bird (1999) sobre la exposición diferencial al sufrimiento y la vulnerabilidad diferencial, consideramos que ambas tienen cabida en el contexto colombiano y en particular con la violencia por conflicto armado. Por un lado, como se ha mencionado las mujeres están expuestas a determinados hechos de violencia en particular la violencia sexual y la tortura, mientras que los hombres están expuestos sobre todo a violencia letal y reclutamiento; lo cual correspondería con la teoría de la exposición diferencial al sufrimiento. Por su parte en cuanto a la teoría de la vulnerabilidad diferencial, los resultados de la tabla 15 facilitan apreciar que los efectos derivados de esas situaciones de vulnerabilidad, en particular de la violencia por la guerra, son diferentes para hombres y para mujeres, y más contundentes para esta última subpoblación.

Por último, en este apartado nos gustaría llamar la atención sobre las reflexiones de Martín-Baró (1990 y 1993) acerca de la vivencia de experiencias de violencia por conflicto armado, puesto que, aunque los resultados de los modelos permiten apreciar diferencias sustantivas entre personas que han vivido estas experiencias con respecto a aquellas que no, queda la pregunta sobre el *¿por qué no todas las personas víctimas, o una mayor proporción de ellas, reportan daño psicosocial o deterioros en salud mental y bienestar emocional?*. Esta pregunta surge en el análisis, puesto que según los planteamientos de Martín-Baró las experiencias de violencia sociopolítica son “casi por necesidad traumatizantes” (Martín-Baró, 1992), por lo cual era esperable un mayor impacto.

Al respecto surgen por lo menos cuatro posibles escenarios: primero, puede suceder que no todas las personas víctimas reconozcan el daño psicosocial, normalizando esta experiencia como parte de las vivencias de extrema carencia o de un ambiente persistentemente violento; en un sentido similar, un segundo escenario contempla que estas personas pueden haber desarrollado

mecanismos de afrontamiento tan fuertes que les han permitido sobreponerse a estas experiencias límite; un tercer escenario plantea que los instrumentos de recolección de información o las variables escogidas no permiten ver la complejidad de lo que se desenvuelve en torno a las vivencias del conflicto armado; o un último escenario puede estar relacionado con que en general la población colombiana, en palabras de Puget (2006), vive en una “catástrofe social” que expone a las personas a vivencias de extrema confrontación entre lo que se espera del mundo como un lugar seguro y el vivir en un país con un persistente conflicto armado.

Acto de seguido se hará referencia a los factores de riesgo de la salud mental y bienestar emocional reconocidos en los estudios previos, a la luz de los resultados obtenidos en los MRLM.

5.2.1.2. Factores de Riesgo para la Salud Mental y Bienestar Emocional según Condición de Víctima y Sexo. Desde el capítulo II de esta investigación se distinguió la existencia de factores asociados al conflicto armado que, de acuerdo con los estudios previos antes citados, generan impactos tanto positivos como negativos en la salud mental y bienestar emocional de la población. En los cuales también se identificó que los factores más estudiados han sido aquellos que ponen en riesgo la salud. Así, una de las pretensiones de este proceso investigativo ha sido corroborar cuantitativamente la influencia de esos factores, teniendo como premisa la identificación de la presencia de diferenciales por sexo.

De este modo en los modelos construidos se incluyeron variables proxy que nos permiten valorar el impacto en el Índice de Salud Mental y Bienestar Emocional de: las bajas coberturas de salud y educación, la discriminación, el desempleo, la pobreza, y la residencia en zonas de conflicto armado.

Con los resultados de la tabla 15 se confirma que, controlando por las variables de víctima, sexo y edad, y por los factores reconocidos como protectores; dentro de los componentes que deterioran significativamente la salud mental y emocional de las personas, se encuentran el desempleo (no ocupación) y la discriminación. Mientras que, a pesar de que los estudios previos coinciden en que también son perjudiciales el bajo acceso a servicios de salud y educación, y la pobreza, estas no resultaron ser significativas con respecto al Índice de la Salud Mental y Bienestar Emocional construido, por lo tanto, no podemos afirmar que existe evidencia que respalde dichos factores como factores de riesgo.

Al respecto interesa hacer énfasis en que los resultados de la presente investigación no permiten obtener evidencia con respecto a la tercera hipótesis planteada en el capítulo

metodológico, donde se supone que la salud mental y bienestar emocional de las personas en situación de pobreza se encuentra más deteriorada, aún más las de las víctimas del conflicto y en particular de las mujeres víctimas. No se obtiene evidencia ya que las variables proxy utilizadas para contrastar dicha hipótesis no resultaron significativas en ninguno de los modelos; recordemos que estas fueron: “hpm” que refiere a las personas que viven en hogares con pobreza multidimensional, y “régimen” que refiere al régimen de salud al que pertenecen las personas (ver tabla 15).

En orden de magnitud en cuanto al impacto a la salud mental y bienestar emocional, los resultados de los cinco modelos coinciden en que, manteniendo constantes las demás variables para todos los grupos poblacionales, e indiferente de su sexo o condición de victimización, el factor que repercute mayormente es la discriminación. Siendo para la totalidad de los grupos un impacto que causa detrimento de la salud en aproximadamente 0.1 puntos con respecto a la escala del índice.

Ante lo cual es posible apreciar algunas diferencias. Primero, se observa que el mayor impacto se da para el grupo de personas que no han sido victimizadas por el conflicto armado con un impacto de 0.13. Contrario a lo que se esperaba, podemos afirmar que la discriminación es un factor que afecta más la salud de las personas que no han pasado por experiencias de violencia por el conflicto. En cuanto al sexo se encuentra que, aunque a los hombres también los afecta la discriminación y que como lo mencionábamos en el apartado anterior, este fenómeno parece absorber la relevancia que adquiere el ser víctima; es a las mujeres a quienes más las afecta.

Al comparar estos datos con los hallazgos de estudios previos, vemos que los resultados obtenidos para la discriminación en las personas víctimas del conflicto armado, en comparación con las personas que no son víctimas, no son del todo coherentes con lo encontrado por Tamayo et al. (2020) y Schultz et al. (2014) quienes evidencian que es en los lugares más afectados por la violencia por conflicto armado donde se presentan mayores situaciones de estigmatización y discriminación. Por su parte el estudio de Campo et al. (2014) nos ayudaría a entender porque a pesar de no ser tan alta la discriminación en las víctimas con respecto a las no víctimas, igual es un efecto bastante significativo, siendo un importante factor de malestar emocional. Recordemos que los autores encuentran que las víctimas están constantemente expuestas a situaciones de estigmatización institucional y de auto estigmatización que las pueden llevar a altas percepciones de discriminación.

Con relación al desempleo, es útil retomar la información del coeficiente de la variable ocupación. Encontramos que estar desocupado es una condición que va en detrimento de la salud mental y bienestar emocional causando el efecto de acrecentar el Índice. Sin embargo, es importante precisar en esta interpretación algunos matices; recordemos que la característica de no ocupado recoge a aquellas personas que no se encuentran empleadas, es decir además de desempleados incluye a, estudiantes, personas que se dedican a oficios del hogar y personas que por discapacidad no pueden laborar⁵³. La interpretación más cercana entonces sería que el no tener empleo, independiente de las otras ocupaciones que el adulto desempeña o las razones del no tener empleo, son un factor que podría poner en mayor riesgo la salud mental y bienestar emocional de las personas.

Al respecto y conservando estos matices, es posible considerar que la desocupación o no estar empleado podría ser un indicio del nivel de adaptación⁵⁴ que logran las personas víctimas al llegar a nuevos lugares de residencia, en particular quienes se desplazan forzosamente. Sobre el particular, es importante volver a traer a colación a Schultz et al. (2014) quienes destacan que niveles bajos de adaptación son un factor asociado a mayor riesgo de sufrir enfermedades de salud mental, lo cual explicaría en cierta medida que el efecto de la desocupación para el grupo de víctimas sea de casi el doble que para el de no víctimas. Al respecto también resulta útil traer a la reflexión los niveles de daño contemplados por el MSPS (2017), en tanto el daño moderado y profundo contienen esta característica de presentar dificultades de adaptación acompañadas de sensaciones de malestar permanente.

Cabe destacar también que, en presencia constante de las demás variables, el efecto de la desocupación es un poco mayor para las mujeres que para los hombres, lo cual nos permite afianzar la conclusión del apartado anterior frente a cómo los factores que rodean la vida de las mujeres resultan tener un impacto más contundente en su salud, con respecto a los hombres.

Por último, con relación al factor que identifica como posible riesgo el lugar de residencia de las personas en tanto existen lugares de mayor intensidad de la violencia por conflicto armado; se

⁵³ Aunque pueda parecer peculiar o inadecuado agrupar todos estos oficios bajo la categoría de “desocupados”, esta decisión metodológica se toma con la intención de reducir las categorías de la variable y hacer menos complejos los modelos; sin embargo, cabe aclarar que en el proceso de construcción de los modelos primero se tuvo en cuenta la variable desagregada en todas las categorías ocupacionales: empleados, desempleados, estudiantes, personas que se dedican a oficios del hogar y personas en situación de discapacidad, encontrando que solo tenía significancia estadística la categoría de “desempleados”. En ese sentido, podemos afirmar que agrupar las condiciones ocupacionales no genera diferencias importantes en cuanto al sentido y magnitud de los resultados.

⁵⁴ Desde luego entendiendo que la adaptación no depende de las personas solamente, sino también de la interacción con el contexto que las acoge.

encuentra un hallazgo importante: tomando como categoría de referencia la región central, solo para el caso de los hombres el hecho de vivir en Bogotá representa un deterioro en su salud mental y emocional. Sin embargo, no es posible afirmar que este deterioro tenga relación con dinámicas del conflicto armado, puesto que esta significancia estadística no la reflejan el modelo 4 y 5, hallazgos que no nos permite reforzar los planteamientos de Martín-Baró (1993) y Beristain (2010) respecto a que las personas que viven en contextos históricamente violentos, sumado a condiciones de extrema vulnerabilidad social, vean mayormente deteriorada su salud.

Desde luego, lo anterior requeriría un análisis a profundidad, pues como se mencionó anteriormente, la unidad de análisis territorial “región” que ofrece la ENSM-2015 es muy amplia y puede pasar por alto dinámicas locales particulares.

De esta forma y en complemento a estos factores de riesgo, a continuación, presentamos los factores que de acuerdo con los resultados de los MRLM pueden ser considerados como factores protectores de la salud mental y el bienestar emocional de las personas.

5.2.1.3. Factores protectores de la salud mental y bienestar emocional según condición de víctima y sexo. Aunque han sido más estudiados los factores de riesgo relacionados con el conflicto armado y la salud, también es posible identificar que existen factores protectores que pueden potenciarse para preservar la salud de las y los colombianos, en particular de aquellos que han sido víctimas del conflicto armado. Dentro de esos factores en el capítulo II se identificaban los siguientes: el acceso a educación, el acceso a servicios de salud, el hacer parte de grupos sociales u organizaciones, y el contar con redes de apoyo.

Al respecto, los resultados de los modelos estimados nos permiten reafirmar que, de los anteriores factores, son las redes de apoyo fundamentales para proteger la salud mental y bienestar emocional, y que en cierto grado el nivel educativo también lo es. Sin embargo, los resultados no permitieron validar el hecho de que, en presencia constante de los demás factores considerados, el acceso a servicios de salud y la pertenencia a grupos sociales, tengan significancia con respecto al Índice de Salud Mental y Bienestar Emocional construido. Aunque sí nos permitieron ubicar otros factores que usualmente no son considerados como factores protectores, pero que para esta investigación presentaron un efecto positivo, estos son: el vivir en ciertas regiones del país y el estar ocupado.

Con respecto a las redes de apoyo, recordemos que la variable proxy se construyó a partir de la pregunta sobre sí la persona contaba o no, con alguien con quien discutir sus problemas,

dificultades, o pedir un consejo; así el modelo 2 da cuenta que, controlando por la condición de víctima, sexo, edad y demás factores; para la totalidad de la población el contar con alguien es un factor que coadyuva a una mejor salud mental y emocional. Los modelos 3 y 4 nos permiten ver que este efecto adquiere más carga en el caso del subgrupo de mujeres, siendo que por cada mujer que cuenta con apoyo, el Índice mejora, incluso, en un mayor grado que para la población total.

Recordemos que otro de los proxys de la red de apoyo, era la pertenencia a grupos u organizaciones, sin embargo, como lo mencionamos, esta variable no resultó significativa en ninguno de los modelos imposibilitando aportar evidencia a lo encontrado por Gómez et al. (2016) y parcialmente a las hipótesis planteadas.

Asimismo, de manera opuesta a lo que se esperaba, al considerar la condición de victimización, se observa que para el grupo de víctimas la red de apoyo no resulta significativa para explicar la variación del Índice de Salud, mientras que, para el grupo de las personas que no son víctimas sí lo es. Al preguntarnos qué puede causar este efecto, resulta interesante acudir a las estadísticas descriptivas de la tabla 12, cuyos datos indican que las proporciones de personas que cuentan con “apoyo de alguien” son muy similares para los dos grupos (víctimas y no víctimas) donde más del 80% de las personas refieren que sí cuentan con alguien que les brinde apoyo. Esto nos permite descartar la idea de que la poca significancia este asociada a que las víctimas no cuentan con redes de apoyo. En ese sentido, se decide revisar el proceso de construcción de los modelos con respecto a esta variable, encontrando que al momento de incluir la variable edad es cuando la variable red de apoyo deja de ser significativa para las personas víctimas.

Aunque es posible afirmar que la red de apoyo es un factor protector de la salud mental y el bienestar emocional para la población en general, solo podríamos presentar evidencia para el caso de las víctimas del conflicto si no tenemos en cuenta la edad, lo cual puede estar relacionado con que la población escogida para la investigación es la población adulta, de manera que es posible que la red de apoyo sea un factor protector para otros grupos etarios.

En cuanto al nivel educativo, tomando como categoría de referencia las personas que no han estudiado, resulta interesante que para el caso de las mujeres tener educación superior es un factor protector, mejorando el índice de salud en 0.4. Sin embargo, se vuelve a presentar el mismo efecto reportado anteriormente y es que el nivel educativo superior es significativo para el grupo de personas que no han vivido el conflicto, pero no para aquellas que lo han vivido; imposibilitando reafirmar un impacto positivo entre el nivel educativo y el hecho de ser víctima del conflicto

armado. Al respecto, aunque dentro de los estudios revisados solo el de Matud (2005) y la ENSM (1993) reportaban el nivel educativo como un coadyuvante de una mejor salud mental, se esperaba que este efecto también fuera protector para la población víctima, porque al ver los datos descriptivos la población de ambos grupos presenta proporciones similares.

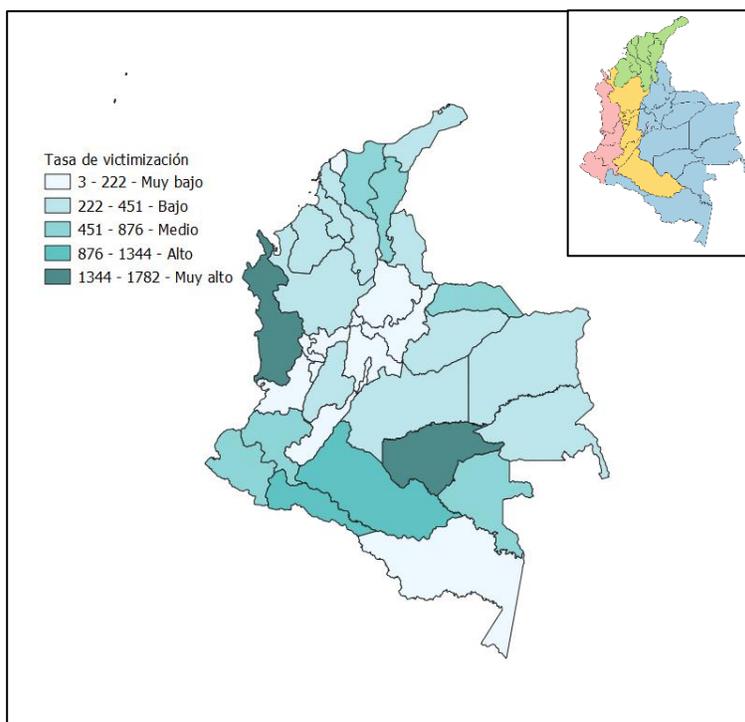
En cuanto a la región de residencia, manteniendo las otras variables constantes, los cinco modelos demostraron que el hecho de vivir en la región Atlántica, con respecto a aquellos que viven en la región central, resulta ser un factor protector que mejora la salud mental y bienestar emocional; siendo más considerable el efecto para el caso de las mujeres, que para el caso de los hombres; y para el caso de las víctimas que para las no víctimas, con un efecto tres veces mayor para el primer grupo que para el segundo. En el mismo sentido, en cuanto a los hombres que viven en la región Oriental el Índice mejora en 0.2 con respecto a quienes viven en la región central, igualmente para los subgrupos por condición de victimización, vivir en esta región resulta ser tres veces más protector para las víctimas que, para las no víctimas. Para las mujeres no resulta significativo vivir en la región Oriental.

Estos resultados resultan coherentes con lo encontrado en el informe de la ENSM-2015 sobre la autopercepción que tienen las personas acerca de su salud mental. En ese informe se analiza que, la mayor proporción de población que calificó su salud como excelente, muy buena o buena, son personas que viven en las regiones Oriental, Central y Atlántica (MSPS & Colciencias, 2016, pág. 66). De forma que resulta consecuente el hecho de que, al valorar su salud mental de forma positiva, los reportes sobre sintomatología de malestares mentales o emocionales sean menores y por lo tanto los resultados en la presente investigación den cuenta de una mejoría del Índice. De igual manera, el estudio de Gómez (2016) refiere que las personas de la región Atlántica reportan menores prevalencias de enfermedades físicas (Gómez R, et al., 2016).

Con respecto a los resultados del subgrupo mujeres y el subgrupo víctimas, quienes son los que muestran mayor incidencia en la salud mental y bienestar emocional, por vivir en la región Atlántica; resulta interesante observar el comportamiento territorial del conflicto armado hasta el año de realización de la ENSM. Con este fin, el gráfico 9 presenta el mapa de la tasa de victimización para el periodo de 1985 (año desde el cual la UARIV reconoce a las víctimas) a 2015 (año de la ENSM), en comparación con el mapa regional del país que muestra las cuatro regiones estudiadas en la ENSM.

Gráfico 9.

Mapa tasa de victimización 1985-2015 vs mapa regional



Nota: La tasa de victimización para el periodo 1985-2015 ha sido calculada en el software Qgis con base en la población de mitad de periodo, es decir del año 2000, y con el método de rupturas naturales.

Fuente: elaboración propia con datos de los Censos de Población y Vivienda y del Registro Único de Víctimas de la UARIV.

Aunque, como lo mencionábamos anteriormente, la trayectoria del conflicto armado demuestra un comportamiento que conforma corredores de violencia (los cuales van cambiando con los años), podemos identificar que a lo largo del tiempo hay algunas regiones con mayor intensidad de victimización, estas son la región Pacífica y la Oriental, y una región con menor intensidad que es la región Central.

En ese sentido, cabe anotar que los estudios que incluyen la región de residencia como categoría de análisis para valorar la salud mental de la población en el país, coinciden en que los lugares con mayor intensidad del conflicto armado cuentan con mayores prevalencias de trastornos de salud mental (Gómez R, et al., 2016), y aunque, en este apartado no estamos valorando prevalencias sino calidad de la salud mental y bienestar emocional a través del índice construido, se esperaría que los resultados fueran en el mismo sentido, en tanto mayores prevalencias indicarían mayor deterioro de la salud.

Sin embargo, si observamos la ilustración 10 percibimos que para el caso de las regiones que los MRLM demuestran mejoran el índice (Atlántica y Oriental) son regiones que tienen departamentos con tasas medias y altas de victimización, entonces *¿qué podría explicar que dos regiones que presentan tasas medias y altas de victimización, resulten ser un factor protector?*

Primero, es necesario reiterar que a juicio de esta investigación la categoría espacial de regiones resulta ser muy amplia para explicar el conflicto armado, pues cada región contempla gran diversidad de departamentos y poblaciones, de forma que lo que podría suceder es que vivir en algunos departamentos de esas regiones sea un factor que contribuye a la salud mental y bienestar emocional, mientras que vivir en otros departamentos no lo sea.

También, estos resultados podrían entenderse en cuanto a las dinámicas de esos territorios al momento de la encuesta, puesto que para el periodo de 2012 a 2014⁵⁵ toman fuerza los procesos de restitución de tierras⁵⁶ en particular en la región Atlántica, donde muchas de sus zonas fueron priorizadas y consideradas como aptas por la Unidad de Restitución de Tierras-URT, para adelantar procesos de investigación y resolución de restitución (Caracol radio, 2011; Unidad de Restitución de Tierras, 2018). Así consideramos que es posible que en las regiones Atlántica y Oriental, al ser las que han concentrado el 46% de los hechos de abandono o despojo de tierras (UARIV, 2021) ante la situación de la implementación de la política de restitución, se podría haber generado cierto

⁵⁵ El 54% de las solicitudes que en la actualidad tiene la Unidad de Restitución de tierra se hicieron durante este periodo (Unidad Administrativa Especial de Gestión de Restitución de Tierras Despojadas, 2022)

⁵⁶ La restitución de tierras es una de las cinco medidas de reparación a las víctimas del conflicto armado. En Colombia con la ley de víctimas 1448 de 2011 creo el marco jurídico para el proceso de restitución de tierras entendido como “el derecho que tienen las víctimas a que se les devuelva su predio cuando éste fue despojado o abandonado a causa del conflicto armado. La restitución no depende de si quien reclama tiene títulos o no. La ley de Víctimas no sólo busca devolver la tierra con su respectivo título de propiedad, sino también mejorar sus condiciones socioeconómicas para una vida más digna.” (Unidad de restitución de tierras, 2022).

ambiente esperanzador que incidiera en la percepción de la salud mental y bienestar emocional de su población⁵⁷.

Para el caso de las mujeres, también revisando los datos de la UARIV y la URT, vemos que la mayor proporción de mujeres beneficiadas se ubica en la región Atlántica (36.14%) (Unidad Administrativa Especial de Gestión de Restitución de Tierras Despojadas, 2022) situación que podría influir en que el efecto en la salud mental y bienestar emocional sea un poco mayor para mujeres que para hombres. Mientras que, en la región Oriental los resultados solo fueron significativos para los hombres, vemos que la proporción de mujeres beneficiadas en esa región es la menor de todas las regiones (Unidad Administrativa Especial de Gestión de Restitución de Tierras Despojadas, 2022). No obstante, no descartamos con relación a las diferencias por sexo, que puedan existir otros factores, entre ellos los mandatos de género, que pueden mediar las expectativas que recaen sobre hombres y mujeres con respecto a un futuro diferente al de la guerra o al de volver a sus lugares de procedencia. También puede tener relación con las políticas afirmativas que suelen priorizar a las mujeres.

Sin embargo, es importante reiterar que, estas explicaciones hacen parte de un ejercicio de pensar posibles escenarios frente a las dinámicas del conflicto y la salud, y no explicaciones cerradas o únicas frente a estos resultados, resultaría interesante en futuras investigaciones profundizar más al respecto.

Finalmente, con relación a la variable ocupación, tanto para toda la población como para los grupos diferenciados por sexo y por condición de víctima, el hecho de contar con ocupación⁵⁸ mejora la salud mental y bienestar emocional, siendo el impacto más pronunciado para el caso de las mujeres que para el caso de los hombres; y más intenso (un poco más del doble) para el grupo de víctimas, que para el de no víctimas.

Como mencionábamos en el apartado de factores de riesgo, podemos considerar que la variable “ocupación” puede ser entendida como un proxy de la adaptación que tienen las personas en sus lugares de residencia, además de las oportunidades con las que cuentan. En ese sentido consideramos, de acuerdo con los estudios previos, que la adaptación es un factor protector de la salud mental y el bienestar emocional.

⁵⁷ Se hace referencia al hecho victimizante de despojo de tierras en particular porque es el hecho en el cual estas regiones presentaron más ocurrencia y esto nos permitió encontrar coincidencias con el fortalecimiento de la política de restitución.

⁵⁸ Recordemos que, la variable ocupación se transformó en una variable dicotómica que hace referencia a ocupados o desocupados, ocupados refiere a las personas con empleo y desocupados recoge a los estudiantes, trabajadores del hogar, desempleados y personas en condición de discapacidad.

Para hacer más claras las relaciones que podemos establecer entre la ocupación y la adaptación resulta útil traer a colación los planteamientos de Téllez (2001)⁵⁹; la autora nos invita a pensar que el trabajo no es solo la actividad para la subsistencia, adquiere significancia como escenario de construcción de sentidos, identidad y reconocimiento social (Téllez Infante, 2001). En este caso, la información analizada no hace relación al escenario amplio del trabajo sino del empleo remunerado. Esta reflexión de Téllez (2001) nos permite entender una de las posibles formas en las que el empleo podría mejorar la salud mental y favorecer el bienestar emocional, pues aunque algunas de las ocupaciones remuneradas puedan resultar agobiantes (en particular para las personas de clases bajas) al encontrar allí un escenario de construcción de sentido, de socialización, de status y de identidad, puede configurarse como un escenario protector de la salud mental. También puede resultar evidente que, el tener una ocupación remunerada, permita ciertos niveles de bienestar material que aporten a la salud y bienestar emocional.

Con respecto a los diferenciales por sexo, tanto para hombres como para mujeres tener ocupación resulta ser un factor protector, pero el impacto positivo sobre la salud de las mujeres es mayor. De ese modo, nuestros resultados refutarían en cierto sentido las reflexiones de Simon (1995) quien llama la atención sobre cómo la combinación de roles puede traer efectos diferenciales en la salud mental y bienestar emocional para hombres y mujeres por los roles de género que se les asignan; de forma que, para las mujeres contempladas en su estudio, se presentaban mayores conflictos de roles entre ser madre, esposa y/o trabajadora (Simon, 2002).

Aunque coincidimos en que las múltiples cargas que recaen sobre las mujeres son una fuente potencial de malestar emocional y desgaste de la salud, nuestros resultados parecen resaltar la importancia que tiene para las mujeres, en comparación con los hombres, el tener una ocupación. También habría que rescatar, como se reconocía en el marco teórico, que aquellas actividades que resultan en favor de la autonomía, independencia, y proyección de vida, son factores que contribuyen a la salud mental y bienestar emocional. Solo cabría analizar más a profundidad qué tipo de ocupaciones son más protectoras y en qué contexto se dan, teniendo en cuenta que el trabajo puede ser una fuente de malestar si se da en condiciones poco dignas o en detrimento de los proyectos de vida de las personas.

⁵⁹ Cabe anotar que la autora tiene un trabajo muy interesante sobre las representaciones ideológicas de género que recaen las dinámicas de trabajo de la sociedad moderna, donde distingue el trabajo del empleo, la profesión, la actividad laboral, los oficios. No queremos con esta reflexión caer en imprecisiones conceptuales por esa razón hacemos referencia al trabajo como el espacio donde se estructura el trabajo productivo y reproductivo y no solo el trabajo remunerado.

Volviendo a los resultados, interesa analizar por qué las mujeres ocupadas tienen mejor salud mental y bienestar emocional que aquellas que no lo están. Al respecto, se nos ocurren varios escenarios posibles: por un lado, dadas las enormes barreras y limitaciones que tienen las mujeres para acceder al trabajo remunerado, el superar esas barreras puede resultar en cierta medida gratificante, favoreciendo la percepción sobre la salud mental y bienestar emocional. Aunque esto no necesariamente implique, como lo menciona Picchio (2012), que el acceder al trabajo remunerado alivie las cargas de las dobles y triples jornadas que ejercen las mujeres con el trabajo de cuidado y el trabajo doméstico.

Por otro lado, dado que sobre una gran proporción de mujeres recae el trabajo de cuidados no remunerado, y que la experiencia vital de las mujeres usualmente está atravesada por labores no remuneradas; puede suceder que el hecho de recibir una retribución por sus labores resulte muy satisfactorio y contribuya a su bienestar tanto material, como emocional y mental.

Siguiendo a Téllez (2001), otra posible explicación es que, ya que a las mujeres en desempleo les cuesta mucho salir de esta situación, quienes logran superar el desempleo pueden encontrar en el trabajo grados de satisfacción que contribuyen a su bienestar emocional. Aunque esto no signifique que su papel de subordinación haya sido superado, el acceder a trabajo remunerado les permite a las mujeres, por lo menos, poner en cuestión la imposición de roles que la sociedad tradicionalmente les ha asignado (Téllez Infante, 2001).

En cuanto a los diferenciales por condición de victimización, como se mencionaba, el efecto de la ocupación resulta dos veces más protector para la subpoblación de víctimas, que para las no víctimas. Esto puede tener relación con que, dentro las afectaciones más recurrentes que experimentan las víctimas, se encuentra la ruptura con sus proyectos de vida y la pérdida de oficios u ocupaciones (MSPS M. d., 2017); en ese sentido, es posible que el tener ocupación opere como un factor importante del proceso de reparación de los daños sufridos por el conflicto, lo cual se vería reflejado en una mejoría en la salud mental y bienestar emocional.

Finalmente, según el estudio de Campo, Oviedo, & Erazo (2014), sobre las víctimas recaen unos estereotipos que hacen sus vidas más difíciles y expuestas a discriminación; es posible pensar que contar con una ocupación, pueda ser para las víctimas, en cierto sentido, una manera de superar estas etiquetas que las encasillan como sujetos pasivos, heridos, rencorosos o con pocos conocimientos, promoviendo su bienestar emocional.

Con este apartado de factores protectores hacemos el cierre del análisis de resultados de los Modelos de Regresión con los cuales se valoró la salud como un proceso en relación con factores asociados. De este modo pasamos a presentar el análisis de las patologías y alteraciones a la salud mental y bienestar emocional según condición de víctima y sexo.

5.3. Resultados de los Análisis de Correspondencias Múltiples para Alteraciones a la Salud Mental y Bienestar Emocional según Condición de Víctima y Sexo

Es importante reiterar que los análisis de correspondencias múltiples-ACM son un tipo de análisis multivariado, que permite a partir de una representación gráfica (en este caso de dos dimensiones) explorar asociaciones entre datos.

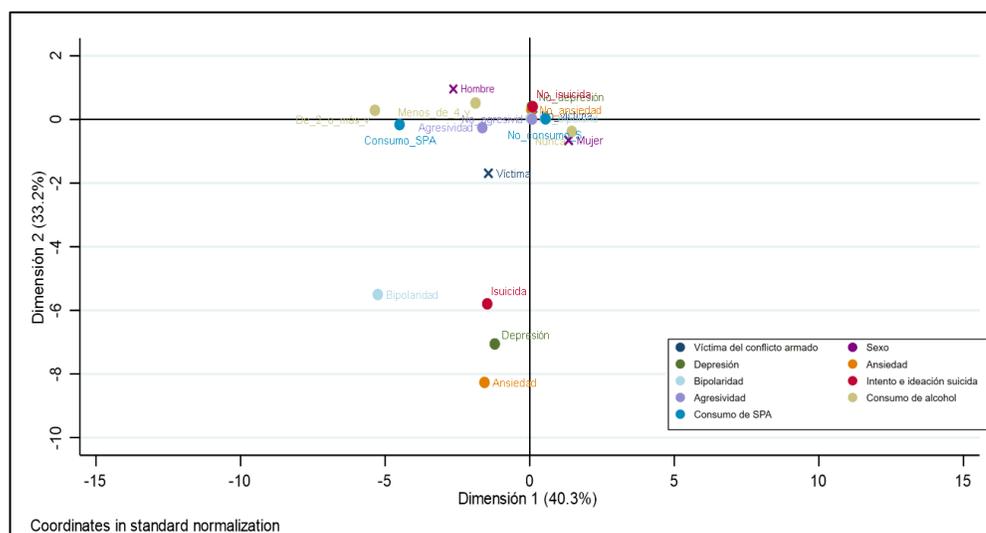
Partiendo de los planteamientos del marco teórico y la evidencia encontrada en estudios previos, este apartado pretende internarse en las hipótesis que refieren la existencia de una tendencia diferencial a experimentar trastornos en salud mental y malestares emocionales para hombres y para mujeres. Se supone que, las mujeres son más propensas a experimentar síntomas asociados a la ansiedad y depresión; mientras que, los hombres son más propensos al consumo de alcohol, de sustancias psicoactivas, comportamientos agresivos, comportamientos disruptivos socialmente, y a padecer bipolaridad.

Con el fin de contrastar dichas hipótesis, se realizaron cinco ACM, el primero para la población total y los otros cuatro diferenciados por sexo y por condición de victimización. Aunque no existe un criterio consensuado acerca de los parámetros para valorar las correspondencias, por lo general se tienen en cuenta los siguientes criterios: i) la cercanía entre las categorías; ii) la distancia de las categorías con respecto al origen; y iii) la identificación de categorías opuestas (Hair, Black, Babin, & Anderson, s.f.; Rencher, 2002). En ese sentido, la forma de interpretar los resultados de los ACM que se presentan a continuación consiste en: a mayor cercanía de los puntos en el plano, mayor es la asociación; y a mayor distancia con el origen, mayor fuerza adquiere dicha asociación.

Primero nos interesa realizar un análisis de toda la población, teniendo en cuenta las variables de sexo y víctima. Los resultados pueden observarse en el gráfico 10.

Gráfico 10.

Resultados del análisis de correspondencias múltiples para alteraciones en salud mental y bienestar emocional población total



Fuente: Elaboración propia. Cálculos realizados en Stata 17 con información de la base de datos de la ENSM-2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Este primer ACM nos permite afirmar que las dos dimensiones consideradas, explican el 73.47% de la varianza acumulada (Ver anexo 25), lo cual indica un ACM bastante fiable. Para la población total, se puede apreciar que las categorías más asociadas son “no ser víctima del conflicto armado” con no presentar alteraciones a la salud mental y bienestar emocional. Sin embargo, la posición que toman estas categorías parece bastante cercana al origen permitiendo pensar que, a pesar de existir una asociación, esta puede resultar débil. Así, parece ser que las personas que no han pasado por situaciones de violencia por conflicto armado no suelen tener prevalencias altas en este tipo de alteraciones emocionales y de salud.

Por su parte, el hecho de ser víctima del conflicto no parece tener asociaciones fuertes con ninguna categoría. Aunque aparentemente puede existir una baja asociación con la agresividad. También, llama la atención que la categoría “víctima” se encuentra más cercana a las categorías de

ideación e intento suicida, bipolaridad, ansiedad, y depresión, en comparación con la categoría de “no víctima”.

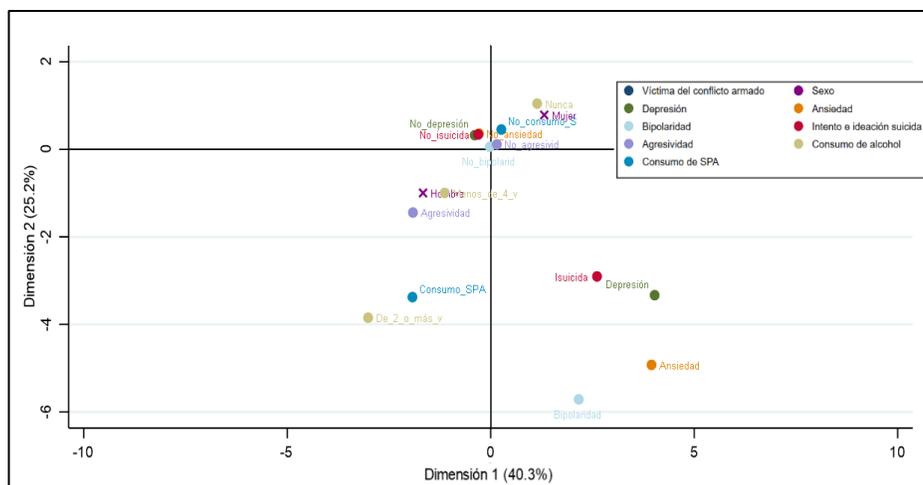
Con relación al sexo, podemos observar que el ser mujer está fuertemente asociado al nulo consumo de alcohol, mientras que el ser hombre se asocia fuertemente al consumo por lo menos una vez al mes, y aunque en menor medida, también se asocia a consumos más frecuentes. Lo que nos permitiría afirmar que, para la población total, existe un mayor consumo de alcohol en hombres que en mujeres. Del mismo modo, para la población total ser mujer parece presentar asociación con el hecho de no tener ninguna alteración en salud mental y bienestar emocional; mientras que el ser hombre puede estar asociado con la agresividad.

También, llaman la atención las categorías acumuladas en el plano inferior izquierdo, puesto que dan la idea de que el presentar ideación suicida, trastorno de bipolaridad, trastorno de ansiedad, o trastorno depresivo, está muy asociado con presentar otro de estos trastornos; cuestión que coincide con las definiciones recopiladas en el marco conceptual del DSMVI y autores como Gómez R, et al., 2016; Tamayo, Rincón, & De Santa Cruz (2016), quienes han encontrado relaciones importantes entre estas patologías.

Con el fin profundizar estos resultados, es interesante realizar el ejercicio de correspondencias múltiples por grupos según sexo y condición de victimización —tal como se ejecutó en los Modelos de Regresión Lineal Múltiple— esperando poder apreciar si por subgrupos se presentan resultados diferenciados. En los gráficos 11 y 12 se presentan los resultados para las subpoblaciones agrupadas por condición de victimización.

Gráfico 11.

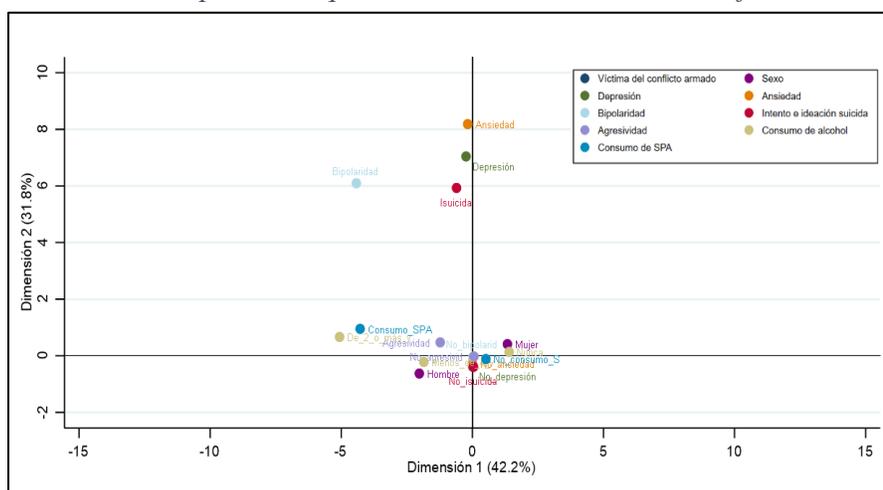
Resultados del análisis de correspondencias múltiples para alteraciones en salud mental y bienestar emocional de las víctimas del conflicto armado



Fuente: Elaboración propia. Cálculos realizados en Stata 17 con información de la base de datos de la ENSM-2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfico 12.

Resultados del análisis de correspondencias múltiples para alteraciones en salud mental y bienestar emocional de las personas que no han sido víctimas del conflicto armado



Fuente: Elaboración propia. Cálculos realizados en Stata 17 con información de la base de datos de la ENSM-2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

En el caso del subgrupo de víctimas (gráfico 11) se ve más claramente y más fuerte la asociación entre las mujeres con un nulo consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas; así como la asociación entre hombres, un consumo alto de alcohol y la agresividad. Para el caso de las mujeres se debilita un poco la relación entre ser mujer y no presentar ninguna alteración en salud

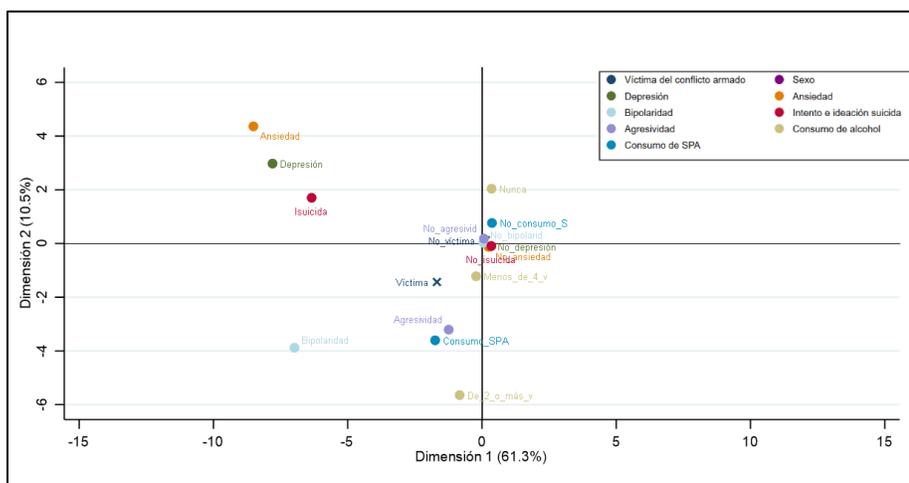
mental y bienestar emocional, con respecto a lo observado en el ACM de la población total. También se advierte una asociación entre el bajo consumo de alcohol y el consumo de sustancias psicoactivas, pero no se vincula claramente a ninguno de los sexos.

Para el subgrupo de quienes no son víctimas (gráfico 12) las diferencias entre sexos parecen disminuir, con respecto a las víctimas, pero se mantiene la asociación entre ser hombre y el mayor consumo de alcohol; y el ser mujer con el nulo consumo de alcohol. Además, cada uno de los sexos parece estar más cerca de las categorías de ausencia de alteraciones a la salud. Para el caso de los hombres llama la atención que se disuelve un poco la asociación que se encontraba con la agresividad, de forma que ahora la categoría “hombre” parece tomar una posición equidistante entre presentar agresividad y no presentarla, sugiriendo una asociación menor que para el caso de las víctimas.

De manera complementaria, los gráficos 13 y 14, presentan el análisis de correspondencias para la población diferenciada entre hombres y mujeres.

Gráfico 13.

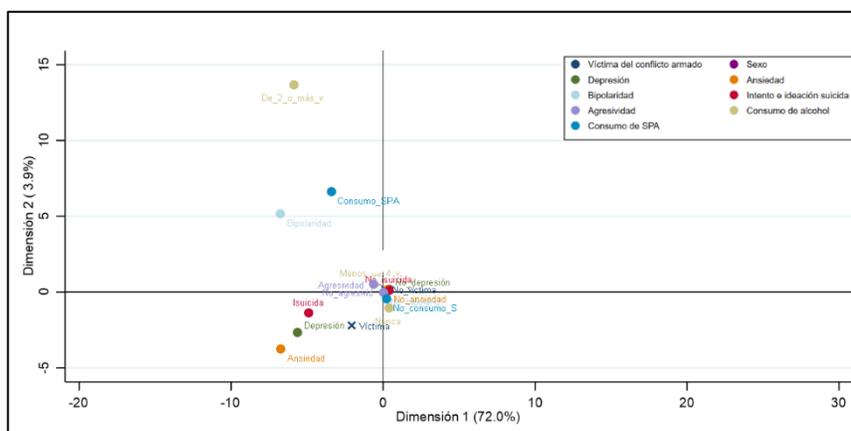
Resultados del análisis de correspondencias múltiples para alteraciones en salud mental y bienestar emocional de los hombres



Fuente: Elaboración propia. Cálculos realizados en Stata 17 con información de la base de datos de la ENSM-2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfico 14.

Resultados del análisis de correspondencias múltiples para alteraciones en salud mental y bienestar emocional de las mujeres



Fuente:

Elaboración

propia. Cálculos realizados en Stata 17 con información de la base de datos de la ENSM-2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se aprecia que analizando por separado el subgrupo de los hombres (gráfico 13), la categoría de ser víctima presenta mayor asociación con altos consumos de alcohol y una asociación, un poco más débil, con la agresividad y el consumo de sustancias psicoactivas. Permanece la categoría de no víctima asociada débilmente a la ausencia de alteraciones a la salud mental, reafirmando los resultados del ACM de la población total.

Analizando a las mujeres por su cuenta (gráfico 14), nos encontramos con que la distribución de algunos de los problemas de salud mental estudiados —depresión, ansiedad, ideación suicida— se asocian mucho más con la condición de víctima. Para este caso el consumo nulo de alcohol asume una posición equidistante de la condición de victimización, permitiendo afirmar que nulos o bajos consumos de alcohol podrían ser una generalidad para las mujeres, independiente de su experiencia con relación a la guerra. El consumo de SPA y la bipolaridad también parecieran estar asociadas.

De esta manera, una vez descritos los resultados de los ACM, podemos valorarlos a la luz de los planteamientos sugeridos en el marco teórico y la revisión de estudios previos para cada uno de los sexos.

5.3.1. Alteraciones Emocionales y en Salud Mental para Hombres según Condición de Victimización

Los resultados de los Análisis de Correspondencias Múltiples aportan evidencia sobre el hecho de que independientemente de la condición de victimización, el ser hombre, suele estar más asociado a la agresividad, a un mayor consumo de alcohol y sustancias psicoactivas; lo cual se corresponde con los hallazgos de De la Espriella, et al. (2016), Tamayo et al. (2016), Ramos (2014) y Rosenfield & Smith (2009), pero va en contravía de los hallazgos de Gómez et al. (2016).

En particular frente a la agresividad, los resultados pueden estar en la misma línea de los planteamientos de Rosenfield & Smith (2019) sobre las conductas externalizantes que usualmente asumen los hombres para gestionar situaciones límites o que les generan estrés o angustia. Estos argumentos posiblemente se asocien con el hecho de que para los hombres que han sido víctimas del conflicto armado, esta asociación resulta mayor en los ACM.

Con respecto a la condición de ser víctima y el consumo de SPA, los resultados de los ACM nos permiten llegar a conclusiones similares a las de Tamayo et al. (2016) quienes encuentran que al parecer no se presentan diferencias importantes en el consumo de sustancias psicoactivas entre la población que es víctima del conflicto armado y la que no lo es. Mientras que, sí se presenta una asociación entre el ser hombre víctima del conflicto armado y el consumo de alcohol.

De manera que, frente a la hipótesis planteada, esta investigación aporta evidencia de una mayor tendencia de los hombres colombianos, al consumo de SPA, al consumo alcohol y la agresividad. Siendo particularmente relevantes estos dos últimos comportamientos, para el caso de los hombres víctimas del conflicto armado.

No obstante, es interesante valorar estos resultados a la luz de las reflexiones de Smith et al. (2016) quienes alertan sobre la necesidad de evitar interpretaciones estereotipadas sobre la salud mental, puesto que los comportamientos típicamente esperados en los hombres, como los que se reafirman en esta investigación, pueden estar ocultando malestares relacionados con trastornos que no son tan prevalentes en ellos, como la ansiedad o la depresión (Smith, Mouzon, & Elliot, 2016). En ese sentido, De la Espriella et al. (2016) con datos de la ENSM-2015 y con la revisión de estudios previos, encontró importantes asociaciones entre el consumo problemático de alcohol y trastornos del estado de ánimo, como la depresión. De manera que resultaría muy interesante contar con herramientas e información que permitieran develar si detrás de estas conductas “típicas” en hombres se ocultan malestares asociados a la internalización.

Otro escenario posible es que las “normas de expresión emocional” que se imbrican en los mandatos de género, produzcan esta respuesta típica de los hombres, al no estar socialmente aceptada una expresividad emocional de su parte; suprimiendo o llevando a escenarios de mayor consumo o de conductas disruptivas socialmente sus situaciones estresantes (Rosenfield & Smith, 2009; Smith, Mouzon, & Elliot, 2016) y no permitiendo que estas puedan ser tramitadas de formas diferentes, como buscando redes de apoyo o atención en salud mental y emocional.

De la misma forma, en el sentido que lo plantean Ramos (2014) y Smith et al. (2016), también es posible pensar que ante los códigos hegemónicos masculinos que se fomentan en los hombres, el desenlace frente a una situación de afectación emocional o mental, pueda ser este tipo de comportamientos asociados al consumo o la agresividad, dadas las dificultades que dichos códigos imponen para reconocer y aceptar sus malestares emocionales y/o mentales.

Estas reflexiones buscan poner en discusión desde una perspectiva de género los comportamientos que se asocian típicamente a cada uno de los sexos de acuerdo con los resultados de los ACM. Para esta investigación no es posible ampliar el horizonte al respecto, pero se reconoce que los resultados obtenidos frente a las tendencias de los hombres, en particular de quienes víctimas del conflicto armado, instauran un escenario de posibles investigaciones al respecto para el caso colombiano; y también deben llamar la atención de los entes encargados de la salud mental para estar alerta a no estereotipar o ignorar las respuestas en salud mental y bienestar emocional que esta población presenta.

5.3.2. Alteraciones Emocionales y en Salud Mental para Mujeres según Condición de Victimización

En cuanto a la hipótesis sobre la tendencia de las mujeres a padecer malestares y patologías asociadas a la ansiedad y la depresión —cuestiones que según Rosenfield y Smith (2019) pueden asociarse a respuestas internalizantes⁶⁰— los resultados no son tan claros como en el caso de los hombres. Los resultados de las correlaciones múltiples presentan un panorama general en el cual se podría afirmar que con respecto a la población total el ser mujer en Colombia se asocia a no presentar estas alteraciones en salud.

⁶⁰ Recordemos que la internalización se relaciona con responder a situaciones de estrés o angustia, desde las emociones, las cuales conducen a quejas somáticas, retraimiento, inseguridad, dependencia, síntomas ansiosos y depresivos, entre otros (Salavera & Usán, 2019).

No obstante, algunos resultados nos permiten reafirmar respuestas diferenciales para las mujeres según su condición de victimización. Se advierte que, para el subgrupo de mujeres el hecho de ser víctima del conflicto armado afianza la asociación con el padecer trastornos de depresión, de ansiedad, intento e ideación suicida (Ver gráfico 13). De lo cual se podría presumir que ser víctima del conflicto armado para las mujeres es un factor que contribuye al desarrollo de estos problemas de salud mental.

En particular llaman la atención los resultados sobre una asociación entre ser mujer víctima del conflicto armado y tener conductas suicidas, ya que no resultan acordes a los hallazgos de estudios previos, los cuales encuentran que, estas conductas son más prevalentes en hombres que tienen algunos de los siguientes factores de riesgo: experimentar eventos adversos, no tener pareja, ser mayor de 45 años, no tener ocupación, sufrir de alguna enfermedad mental, entre otros (Arenas, Gómez, & Rondón, 2016; Bell, Méndez, Martínez, & Palma, 2021; Ramos, 2014; Tamayo, Rincón, & De Santa Cruz, 2016). Al respecto resulta interesante profundizar por qué los resultados del ACM arrojan esta asociación.

Un posible escenario es el que presentan Tamayo et al. (2016) frente a los vínculos que existen entre los trastornos depresivos y de ansiedad con la ideación suicida, y además con haber pasado por una situación de desplazamiento por violencia. Y un escenario complementario es el que nos presentan los resultados del análisis descriptivo la tabla 8 los cuales, contrariamente a lo encontrado por los estudios previos, nos permiten afirmar que para el caso de la población colombiana la prevalencia de la ideación suicida es mayor en mujeres que en hombres, y aún mayor en mujeres víctimas del conflicto armado.

Con respecto a las “reglas de expresión emocional” los resultados del ACM no presentan evidencia para las mujeres, en la línea del argumento de que para ellas suele ser más fácil reconocer sus malestares emocionales y de salud mental.

En resumen, para el caso de los hombres los resultados demuestran mayor coincidencia con los argumentos de la teoría de las respuestas internalizantes y externalizantes; mientras que, para las mujeres, no parecen mostrar un panorama claro que sea coherente con dicha teoría, como tampoco los planteamientos teóricos asociados a las reglas de expresión emocional. Aunque la condición de víctima constituye para ambos sexos un factor que agudiza estas respuestas “típicas” en la salud y bienestar emocional.

Con estas reflexiones se da por terminado el presente estudio, por lo cual en el siguiente apartado se recogen a manera de conclusiones y consideraciones finales los principales hallazgos, limitaciones y retos con los que contó este proceso investigativo.

Conclusiones y Consideraciones Finales

La investigación presentada tuvo como objetivo analizar el impacto del conflicto armado colombiano, en la salud mental y bienestar emocional de la población de hombres y mujeres adultos en Colombia. Dicho análisis se realizó a través de dos estrategias que tuvieron la intención de conjugar las perspectivas psicosociales sobre la salud mental y el bienestar emocional, con los planteamientos acerca de las patologías en salud mental; en el entendido que, la salud mental y bienestar emocional hacen parte de un proceso dinámico y determinado socialmente por factores contextuales y estructurales, como por las experiencias de vida de la población y sus subjetividades.

Las estrategias utilizadas fueron, primero, a través de la construcción de un índice de salud que mide la calidad de la salud mental y bienestar emocional de las personas, la implementación de Modelos de Regresión Lineal Múltiple, utilizando como factores explicativos la condición de victimización y el sexo, más los factores asociados a la salud mental y bienestar emocional que en contextos de guerra ha sido identificados por estudios previos. Segundo, se implementó un Análisis de Correspondencias Múltiples, entre la condición de víctima del conflicto armado y el sexo, con respecto a las patologías y alteraciones en salud mental y bienestar emocional más recurrentes en

hombres y mujeres, cuyos resultados fueron analizados a la luz de elementos asociados a las teorías de los mandatos de género y salud mental.

En términos generales es posible concluir que la salud mental y bienestar emocional de los colombianos parece no encontrarse en un estado de extremo deterioro, puesto que, aunque para todos los síntomas asociados al SRQ se presentaron reportes, en promedio la proporción que presenta alguno de estos síntomas con respecto al total de la población es del 11.5%, la proporción con el valor mínimo es del 1.23% y el valor máximo el 44%.

Con relación a la finalidad del estudio, uno de los hallazgos más importantes de esta investigación radica en encontrar que la salud mental y bienestar emocional de la población colombiana, se encuentran determinadas por la violencia por conflicto armado y por el sexo.

En el capítulo de marco teórico presentábamos dos posturas sobre el comportamiento de la salud con respecto al sexo y los mandatos de género: por un lado la evidencia que defienden algunas corrientes feministas, sobre un mayor deterioro de la salud de las mujeres, dadas las múltiples cargas que imponen los roles de género sobre sus vidas; en paralelo con la evidencia de algunos psicólogos y especialistas de la salud, que presentan estudios de una prevalencia similar de trastornos de salud mental y emocional en hombres y mujeres, pero diferenciados por el tipo de trastorno y por el mecanismo de expresión de este. Al respecto, la investigación realizada aporta evidencia que permite afirmar que la salud mental y bienestar emocional de las mujeres víctimas del conflicto armado colombiano se encuentra más deteriorada, que la salud de los hombres víctimas y que la salud de la población en general, reafirmando así que ser víctima del conflicto armado y ser mujer en Colombia son factores de riesgo para la salud mental y bienestar emocional.

Aunque la salud mental y bienestar emocional de los hombres también se ve afectada por la victimización, esto solo se puede corroborar omitiendo la variable discriminación en el análisis.

Por otra parte, se encontró evidencia que permite reafirmar que, dentro de los factores de riesgo de la salud mental y bienestar emocional de la población colombiana, en particular de la población víctima del conflicto armado, están: la desocupación y el sentirse discriminado; siendo la discriminación el factor más perjudicial para la salud mental y bienestar emocional, con un agravante para el caso de las víctimas del conflicto armado, en especial de las mujeres víctimas. También se encuentra que, para el caso de los hombres, el sentirse discriminado parece absorber el efecto negativo de la victimización, sumado a que el hecho de vivir en Bogotá es un factor de riesgo para su salud (no necesariamente asociado con el conflicto armado).

Al tiempo que, los resultados de esta investigación apuntan a subrayar que los factores protectores de la salud mental y bienestar emocional de las y los colombianos, en particular de las personas víctimas del conflicto armado, son las redes de apoyo y estar ocupado. Sumado a que solo para el caso de los hombres, el hecho de vivir en las regiones Atlántica y Oriental mejora su salud; y solo para el caso de las personas que no han pasado por hechos victimizantes, en particular para las mujeres, el hecho de contar con estudios de nivel superior mejora su salud mental y bienestar emocional.

En cuanto a los trastornos y alteraciones en la salud mental y bienestar emocional, la presente investigación aporta evidencia sobre que los hombres son más propensos a comportamientos externalizantes como altos consumos de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas y a la agresividad; mientras que no es posible encontrar evidencia acerca de asociaciones fuertes entre presentar trastornos o alteraciones en la salud mental y bienestar para el caso de las mujeres. Sin embargo, el ser víctima del conflicto armado aumenta la magnitud de las asociaciones tanto para hombres como para mujeres.

Al respecto, los planteamientos teóricos sobre el género en relación al sexo, nos invitan a hacer esfuerzos por superar los análisis sesgados por los estereotipos frente al ser hombre y el ser mujer. En ese sentido, aunque los resultados sobre el índice de salud hayan demostrado un mayor deterioro de la salud mental y bienestar emocional de las mujeres, con respecto a los hombres, no quiere decir que la salud de estos últimos no se encuentre en riesgo; al contrario, puede ser una señal de que no existen los mecanismos adecuados para el reconocimiento de la complejidad que se entretiene en la vida los hombres con respecto a su salud mental y bienestar emocional.

También resulta llamativo que las herramientas estadísticas utilizadas arrojaron dos panoramas que pueden ser aparentemente contradictorios, pero que invitan a la reflexión. Como mencionábamos anteriormente, por un lado, el análisis de la calidad de la salud mental y el bienestar emocional a través del Índice de Salud da cuenta de un mayor deterioro en la salud de las mujeres, en particular de las víctimas; mientras que los Análisis de Correspondencias Múltiples advierten fuertes asociaciones para ciertos malestares de salud mental y emocional en hombres, pero no tan fuertes para las mujeres.

Estos resultados nos llevan a pensar que el énfasis que se pone al momento de estudiar la salud de las personas va a determinar los hallazgos, pero lo que realmente nos interesa visibilizar, es el hecho de que es diferente valorar la salud mental y emocional como un proceso que va del bienestar

al malestar (como en el caso del índice); a valorarla en términos de determinados trastornos (como en el caso de los ACM). Así, no es que resulten más o menos válidos ninguno de los dos resultados, al contrario, consideramos dan cuenta de la importancia de complementar la mirada patológica de la salud mental, con la perspectiva de la salud como un proceso dinámico y determinado psicosocialmente.

Con el fin de ir dando cierre a este capítulo y para una buena comprensión de las decisiones metodológicas y los resultados obtenidos, cabe rescatar por lo menos tres de las limitaciones con las que contó esta investigación. Primero, no se encuentra en Colombia una fuente de datos reciente y abierta a la comunidad académica, que permita analizar la salud mental y bienestar emocional de la población expuesta al conflicto armado, razón por la cual los análisis y conclusiones a las que se ha llegado en esta investigación se hacen con respecto a las condiciones de salud y psicosociales que experimentaban las personas hace seis años (2015). Esto nos resulta particularmente inquietante puesto que las dinámicas del conflicto armado han cambiado considerablemente durante el último periodo. Lo cual de ninguna forma quiere insinuar que los datos no sean válidos actualmente, sino que vale la pena considerar la persistencia de la violencia en el país y las dimensiones en las que esta ha mutado y afecta la salud mental y bienestar emocional de la población.

Segundo, se identifica como limitación que la ENSM-2015 no cuenta con información unificada para los diferentes grupos poblacionales con respecto a salud y violencia por conflicto armado, de forma que los análisis comparativos entre estos grupos, aunque puedan resultar muy interesantes para ver los efectos intergeneracionales de la violencia, no están al alcance.

Y tercero cabe rescatar, como se mencionó a lo largo del documento, que la base de datos de la ENSM-2015 no cuenta con información territorial desagregada por departamentos lo cual impide un análisis territorial a profundidad.

De la misma forma, es de vital importancia reconocer que el proceso de esta investigación pone de presente diferentes retos frente a las reflexiones y análisis acerca de la salud mental y bienestar emocional de la población colombiana con respecto al conflicto armado, retos que resultaría muy interesante poder abordar en investigaciones posteriores. Entre ellos podemos mencionar las posibles relaciones que existen entre el hecho de experimentar violencia por conflicto armado, padecer malestares de salud mental y emocional, y a su vez padecer patologías de salud física; segundo, el análisis de los efectos intergeneracionales de la violencia en la salud

mental y el bienestar emocional; tercero, el análisis particular de los impactos diferenciados por cada hecho victimizante en la salud mental y bienestar emocional de la población colombiana; y cuarto, hacer énfasis en el enfoque de género que pueda permear la recolección y análisis de información con el fin de poder realizar lecturas más cercanas a la diversidad sexual y de género.

Finalmente, se espera que los hallazgos y reflexiones acá presentadas sean de utilidad para aquellas y aquellos interesados en el bienestar de la población colombiana y en la búsqueda de mecanismos para aliviar el sufrimiento y dolor de la población, en particular de quienes se ven más expuestos a situaciones de violencia por conflicto armado.

Referencias

- Achenbach, T., Ivanova, M., Rescorla, L., Lori, T., & Althoff, R. (Agosto de 2016). Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and Research Applications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 647-656. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012>
- Aibar J., F. Cortés, L. Martínez & G. Zarembeg. (2017). *El Helicóide de la Investigación*. Ciudad de México, México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-FLACSO.
- Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación. (s.f.). *Género, transformación de conflictos y enfoque psicosocial*.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (21 de junio de 2019). *Distrito reitera que en Bogotá no hay presencia de grupos armados ilegales*. <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/seguridad/en-bogota-no-hay-grupos-armados-ilegales>
- Aluna Acompañamiento Psicosocial. (2019). *Modelo de acompañamiento psicosocial Aluna*. Ciudad de México.
- Angst, J. (1992). Epidemiología de los trastornos afectivos. *Revista de Salud Mental*, 1-5. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/460/460

- American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM V*.
- Arango, C., Rojas, J., & Moreno, M. (2008). Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Revista colombiana de psiquiatría*, 538-563.
- Arenas, A., Gómez, C., & Rondón, M. (2016). Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista colombiana de psiquiatría*. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.03.006>
- Arias, G., & Cardona, L. (2012). Hacia una comprensión psicosocial de la violencia basada en el género: una mirada desde las categorías de legitimación, naturalización e ideología. *Textos y sentidos*(5), 57-80.
- Asmann, P., & Jones, K. (29 de Enero de 2021). *Balance de InSight Crime de los homicidios en 2020*. InSight Crime: <https://es.insightcrime.org/noticias/analisis/balance-insight-crime-homicidios-2020/>
- Baró, I. M. (1983). *Acción e ideología*. San Salvador, El Salvador: UCA Editores.
- Baró, I. M. (1988). La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial. (U. Editores, Ed.) *Revista de Psicología de El Salvador*, 3(28), 123-151. https://www.uca.edu.sv/coleccion-digital-IMB/wp-content/uploads/2015/11/1988-La-violencia-pol%C3%ADtica-y-la-guerra-como-causas-del-trauma-RP1988-7-28-123_141.pdf
- Baró, I. M. (1990). Guerra y salud mental. En *Psicología social de la guerra: trauma y terapia* (págs. 1-91). San Salvador, El Salvador: UCA Editores.
- Baró, I. M. (1990). La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador. En *Psicología social de la guerra: trauma y terapia* (págs. 9-12). San Salvador, El Salvador.
- Baró, I. M. (1993). Guerra y salud mental. *Papeles del psicólogo*, 53, 1-15.
- Baró, I. M. (1997). Guerra y salud mental. En *Psicología social de la guerra* (págs. 1-91). San Salvador, El Salvador: UCA Editores.
- Baró, I. M. (1997). Guerra y trauma psicosocial del niño salvadoreño. En U. Editores (Ed.), *Psicología social de la guerra: trauma y terapia* (págs. 35-39). San Salvador: El Salvador.
- Baró, I. M. (1997). La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador. En *Psicología social de la guerra* (págs. 9-12). San Salvador, El Salvador.

- Baró, I. M. (1998). *Psicología de la liberación*. (E. trota, Ed.) San Salvador: UCA Editores.
- Barrera, A. (2018). *Derecho a la Salud Mental y el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)*, Capítulo 2 [Tesis de Maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales]. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cirp.2016.06.001%0A>
- BBC news mundo. (29 de agosto de 2019). FARC: Iván Márquez, Jesús Santrich y “El paisa”, la vieja guardia de la guerrilla que anunció su regreso a la lucha armada. *BBC news*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-49518212>
- Becker, D., Castillo, M., Gomez, E., Kovalskys, J., & Lira, E. (1997). Psicopatología y proceso psicoterapéutico de situaciones políticas traumáticas. *En Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. San Salvador, El Salvador: UCA Editores.
- Bell, V., Méndez, F., Martínez, C., & Palma, P. P. (2021). Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Conflict and Health*, 1-8. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-6-1>
- Beristain, C. M. (2011). *Transformar las sociedades después de la violencia política. Verdad, reconciliación y salud mental*. . Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Beristain, M. (2010). *Diálogos sobre la reparación: Qué reparar en los casos de violaciones de Derechos Humanos*. (M. d. Humanos, Ed.) Quito, Ecuador: Embajada de Noruega; Embajada Real de Dinamarca; Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- Bird, C. (Noviembre de 1997). Gender Differences in the Social and Economic Burdens of Parenting and Psychological Distress. (N. C. Relations, Ed.) *Journal of Marriage and Family*, 59(4), 809-823. www.jstor.org/stable/353784
- Bird, C. (1999). Gender, household labor, and psychological distress: The impact of the amount and division of housework. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(1), 32-45.
- Borda , J., Carrillo, J., Garzón , D., Ramírez, M., & Rodríguez , N. (2015). Trauma histórico. Revisión sistemática de un abordaje diferente al conflicto armado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(1), 41-49. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.005>
- Brunborg, H. (2001). Contribution of Statistical Analysis to the Investigations of the International Criminal Tribunals. *Statistical Journal of the United Nations Economic Commission for Europe*. 227-238.

- Brunborg, H., & Tabeau, E. (2015). Demography of conflict and violence: An emerging field. *European Journal of Population*, 131–144.
- Burr, V. (1998). Gender and social psychology. *Key issues and perspectives*, 2-49.
- Bustamante, D. M. (2014). La violencia sexual como tortura. Estudio jurisprudencial en la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Revista facultad de derecho y ciencias políticas.*, 24(121), 461-502.
- Campaña “Violaciones y Otras Violencias: SAQUEN MI CUERPO DE LA GUERRA”. (2009). PRIMERA ENCUESTA DE PREVALENCIA “VIOLENCIA SEXUAL EN CONTRA DE LAS MUJERES EN EL CONTEXTO DEL CONFLICTO ARMADO COLOMBIANO” COLOMBIA 2001-2009. Colombia.
- Campo, A., Oviedo, H., & Herazo, E. (2014). Prevalence of mental symptoms possible cases and disorders in victims displaced by internal armed conflict in Colombia: a systematic review. *Revista colombiana de psiquiatría*, 177-185.
- Caracol Radio. (11 de 06 de 2011). En cinco departamentos se enfocará primera fase de restitución de tierras a víctimas. *Caracol*. https://caracol.com.co/radio/2011/06/05/nacional/1307273160_484322.html
- Cárdenas, E., Fera, M., Vásquez, J., Palacios, L., & De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para los trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Carrasco, C. (2003). ¿Conciliación? No, gracias. Hacia una nueva organización social. *Malabaristas de la vida. Mujeres, tiempos y trabajos*, 27-52.
- Castañeda, J. G., Camargo, J. A., & López, W. (2019). Calidad de vida relacionada con la salud en población víctima del conflicto armado en Colombia. *Psicología desde El Caribe*, 36(2), 132-148. doi:<http://dx.doi.org/10.14482/psdc.36.2.303.6>
- Castillo, M., & Salazar, B. (2004). *Guerra irregular, interacción estratégica y conjeturas: ¿Qué esperan los ejércitos y civiles?*. Cali, Colombia. Centro de Investigaciones y Documentación Socioeconómica, CIDSE.
- Castrellón, M., & Romero, C. (2016). Enfoque de género en la implementación de la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras: una propuesta para la caracterización de las mujeres y niñas víctimas del conflicto armado en Colombia. *Revista CS*(19), 69-113. doi:<http://dx.doi.org/10.18046/recs.i19.2166>

- Castro, A., & Urdinola, P. (2018). Armed Conflict and Fertility in Colombia, 2000-2010. *Population Research and Policy Review*, 38, 173-213. doi:<https://doi.org/10.1007/s11113-018-9489-x>
- Centers for Disease Control and Prevention. (09 de mayo de 2021). *Wellbeing concepts*. <https://www.cdc.gov/hrqol/wellbeing.htm>
- Centro de Derechos Reproductivos. (2020). *Una radiografía sobre la violencia reproductiva*. <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/Violencia%20Reproductiva%20en%20el%20conflicto%20armado%20colombia>
- Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición. (Abril de 2022). *"A las víctimas les digo"* [Cortometraje]. Colombia. https://www.youtube.com/watch?v=pNwBBr9_fAE
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2006). *Las Mujeres Frente a la Violencia y la Discriminación Derivadas del Conflicto Armado en Colombia*. Washington: Organización de los Estados Americanos.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2019). *Seguimiento de recomendaciones formuladas por la CIDH en el informe de verdad, justicia y reparación: Cuarto informe sobre la situación de Derechos Humanos en Colombia*.
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013). *Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad*. Bogotá. <https://www.centrodememoriahistorica.gov.co/micrositios/informeGeneral/descargas.html>
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2018). *Los registros estadísticos del conflicto armado colombiano*. Bogotá. <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/micrositios/un-viaje-por-la-memoria-historica/pdf/cifras.pdf>
- Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación. (2011). *Mujeres y guerra: víctimas y resistentes en el Caribe colombiano*. Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (15 de febrero de 2015). Ley 1751/15. *Ley Estatutaria de Salud*. Bogotá, Colombia. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (21 de enero de 2013). Ley 1616 de 2013. *"Por medio de la cual se dicta la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones"*. Bogotá, Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (1994, diciembre 23). Ley 100/94. . *Ley del Sistema General de Seguridad Social Integral*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca Digital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (10 de junio de 2011). Ley 1448/11. *Ley de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno*.

<https://www.unidad victimas.gov.co/es/ley-1448-de-2011/13653>

Corte Constitucional de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá, Colombia.

<https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica>

Corte Constitucional de Colombia. (27 de abril de 2004). *Sentencia T-025/04*. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa. Bogotá, Colombia.

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-025-04.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2 de febrero de 2010). *Sentencia T-045/10*. M.P. Victoria Calle Correa. Bogotá, Colombia. [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-045-](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-045-10.htm#:~:text=T%2D045%2D10%20Corte%20Constitucional%20de%20Colombia&text=La%20jurisprudencia%20de%20esta%20Corporaci%C3%B3n,sus%20condiciones%20de%20extrema%20vulnerabilidad)

[10.htm#:~:text=T%2D045%2D10%20Corte%20Constitucional%20de%20Colombia&text=La%20jurisprudencia%20de%20esta%20Corporaci%C3%B3n,sus%20condiciones%20de%20extrema%20vulnerabilidad](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-045-10.htm#:~:text=T%2D045%2D10%20Corte%20Constitucional%20de%20Colombia&text=La%20jurisprudencia%20de%20esta%20Corporaci%C3%B3n,sus%20condiciones%20de%20extrema%20vulnerabilidad).

Courtwright, S. E., & Flynn M, J. (2019). *Emotional wellbeing in youth: a concept analysis*. Washington, EEUU: Wyle periodicals. doi:10.1111/nuf.12404

Couto, M., De Oliveira, E., Alves, M., & Do Carmo, O. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colectiva*. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>

Cuartas , J., Liévano, L., Martínez, M., & Hessel, P. (2019). The invisible wounds of five decades of armed conflict: inequalities in mental health and their determinants in Colombia. *International Journal of Public Health*, 64(5), 703-711. doi:10.1007/s00038-019-01248-7

DANE, D. A. (2020). *Enfoque diferencial e interseccionalidad*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/enfoque-diferencial-e-interseccional>

- De la Calle, H. (2019). *Revelaciones al final de una guerra. Testimonio del jefe negociador del gobierno colombiano en la Habana. Introducción y prólogo*. Bogotá, Colombia: Penguin Random House.
- De la Espriella, R., Rodríguez, V., Rincón, C., Cabrera, D., Pérez, S., & Gómez, C. (2016). Consumo de alcohol en la población colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista colombiana de psiquiatría*. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.05.002>
- Defensoría del pueblo de Colombia. (1 de junio de 2019). *Alerta temprana N° 023-19*. <http://www.indepaz.org.co/wp-content/uploads/2020/02/AT-N%C2%B0-023-19-Bogot%C3%A1-D.C..pdf>
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J., Angermeyer, M., Bernert, S., de Girolamo, G., Morosini, P., Polidori, G., Kikkawa, T., Kawakami, N., Ono, Y., Takeshima, T., Uda, H., Karam, E., Fayyad, J., Karam, A., Mneimneh, Z., WHO, W. (2004, junio 2). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *World Health Organization World Mental Health Surveys*, 291(21), 2581-2590. doi:10.1001/jama.291.21.2581. PMID: 15173149.
- Diez-Canseco, F., Ipince, A., Toyama, M., Benate-Galvez, Y., Galán, E., Medina, J.C., Sánchez, D., Araya, R., Miranda, J. (2014). Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 131-136.
- Dunayevich, B., & Pelento, M. (1997). La desaparición: su repercusión en el individuo y en la sociedad. *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. San Salvador, El Salvador: UCA Editores.
- Fenrick, W. (2005). International humanitarian law and combat casualties. *European journal of population*, 1-20. doi:10.1007/s10680-005-6421-y
- Flores, F. (s.f.). Psicología social y género: el sexo como objeto de representación social. *Segunda*, 1-66. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México
- Fundación forjando futuro. (2022). *¿En qué va el acuerdo de paz en tierras y víctimas?* Medellín, Colombia.
- Galtung, J. (2015). *Violencia, guerra y su impacto*. <http://them.polylog.org/5/fgj-es.htm>

- Gardam, J. (1997). Women and the law of armed conflict: Why the silence?. *International and Comparative Law Quarterly*, 55-80. doi:10.1017/S0020589300060115
- Geneva Declaration Secretariat. (2015). *Violence, Security, and the New Global Development Agenda*. Global Burden of Armed Violence 2015. <https://doi.org/10.1017/cbo9781107707108.004>
- Gentleman , R., Hornik , K., & Parmigiani, G. (2011). Principal Components Analysis. *An introduction to Applied Multivariate Analysis whit R* (págs. 61-102). Springer. doi:10.1007/978-1-4419-9650-3
- Gil, C. (Mayo de 2018). *Regresión lineal múltiple*. Rpubs: https://github.com/CristinaGil/Estadistica_machine_learning_R
- Goldberg, A. (1997). Efectos psicológicos del exilio y del retorno. *Psicología social de la guerra* (págs. 75-76). San Salvador, El Salvador: UCA Editores.
- Gómez R, C., Aulí, J., Tamayo, N., Gil, F., Garzón, D., Casas, G. (2016). Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. *Revista colombiana de psiquiatría*, 1-11.
- Gómez R, C., Bohórquez, A., Tamayo M, N., Rondón, M., Bautista, N., Rengifo, H., Medina, M., (2016). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población de adolescentes colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista colombiana de psiquiatría*, 50-57.
- Gómez R, C., Tamayo M, N., Buitrago, G., Guarnizo, C., Garzón, N., Eslava, J., De Vries, E., Rengifo, H., Rodríguez, A., Rincón, C. (2016). Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. *Revista colombiana de psiquiatría*, 147-163.
- Gómez, C., Rincón , C., & Medina, M. (2018). Enfermedades crónicas en población afectada por el conflicto armado en Colombia, 2015. *Rev Panam Salud Pública*.
- Gómez, J. (2018). ¿Un conflicto acabado? Sobre el asesinato de líderes sociales en Colombia. Bogotá. *nuso.org*. <https://nuso.org/articulo/un-conflicto-acabado/>
- González Garrido, M. E. (Julio de 2017). *Los efectos económicos de la guerra* [Trabajo de grado, Universidad de Sevilla]. Departamento de economía e historia económica. Sevilla.

- Grasa, R. (2020). Colombia cuatro años después de los acuerdos de paz: un análisis prospectivo. (F. Carolina, Ed.) *Documentos de trabajo* N° 39, (2a época). doi:<https://doi.org/10.33960/issn-e.1885-9119.dt39>
- Gujarati, D., & Porter, D. (2009). Capítulo 11 Heteroscedasticidad: ¿qué pasa si la varianza del error no es constante?. *Econometría* (Quinta edición, págs. 381-401). México: Mc Graw Hill.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (s.f.). *Multivariate Data Analysis*.
- Huertas, M. (13 de septiembre de 2021). Los hijos del glifosato. *Mutante.org*. <https://www.mutante.org/contenidos/los-hijos-del-glifosato>
- Instituto de Estudios para el Desarrollo y la Paz - Indepaz. (19 de marzo de 2021). *Líderes sociales, defensores de DD.HH y firmantes de acuerdo asesinados en 2021*. (Observatorio de DDHH, Productor) <http://www.indepaz.org.co/>
- Instituto Nacional de Salud. (2017). *Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia*. Bogotá. <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>
- Jawad, M., Hone, T., Vamos, E., Rodrick, P., Sullivan, R., & Millett, C. (septiembre de 2020). Estimating indirect mortality impacts of armed conflict in civilian populations: panel regression analyses of 193 countries, 1990-2017. *BMC Medicine*, 10(18). doi:<https://doi.org/10.1186/s12916-020-01708-5>
- Jiménez B, F., & González J, Á. (2012). La negación del conflicto colombiano: un obstáculo para la paz. *Espacios públicos*, 9-34. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67622579003>
- Kalyvas, S. N. (2009). *El carácter cambiante de las guerras civiles 1800-2009*. Yale University. <http://www.scielo.org.co/pdf/rci/n70/n70a09.pdf>
- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 652-657. doi: 10.1093/ije/dyg156
- La Barbera, M. C. (2017). Interseccionalidad=Intersectionality. *ECONOMÍA. Revista de la cultura de la legalidad*, 12, 191-198. https://digital.csic.es/bitstream/10261/258310/1/La%20Barbera_Interseccionalidad.pdf
- Lafta, R., & Maha A. (2019). War or health: a four-decade armed conflict in Iraq. *Medicine, Conflict and Survival*. doi:10.1080/13623699.2019.1670431
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Revista Cuicuilco*, 7(18), 1-24.

- Lennon, M., & Rosenfield, S. (1992). Women and mental health: The interaction of work and family. *Health and Social Behavior*, 33, 316-327. PMID: 1464717.
- Lira, E. (1997). Psicología del miedo y conducta colectiva en Chile. *Psicología social de la guerra: trauma y terapia* (págs. 22-26). San Salvador, El Salvador: UCA Editores.
- Lohan, M. (junio de 2007). How might we understand men's health better? Integrating explanations from critical studies on men and inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 65, 493-504. doi:10.1016/j.socscimed.2007.04.020
- López, O. I. (1997). Apuntes sobre psicología de la tortura. *Psicología social de la guerra: trauma y terapia* (pág. 26). San Salvador, El Salvador: UCA Editores.
- Luna, F. (2017). *Responsabilidad de los miembros de las "bandas criminales": ¿por ejecución de delitos ordinarios cometidos en tiempos de guerra o por comisión de crímenes de guerra?* [Tesis para optar al título de Magister en Derecho, Universidad Nacional de Colombia].
- Madariaga, C. (2001). Tortura y trauma psicosocial [Archivo pdf]. Santiago de Chile, Chile. <http://www.cintras.org/textos/reflexion/r27/torturaytraumapsicosocial.pdf>
- Matud, M. P. (2005). Diferencias de género en los síntomas más comunes de salud mental en una muestra de residentes en Canarias, España. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(2), 395-403. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020634004>
- Max-Neef, M. (1998). *Desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Montevideo. Nordan.
- McKay, S. (1998). The effects of armed conflict on girls and women. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 381-392. doi:https://doi.org/10.1207/s15327949pac_0404_6
- Medina, M. E., Borges, G., Lara, L., Zambrano, J., & Bautista, C. (s.f.). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. (I. N. México., Ed.) *Salud Pública México*. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6585/8123>
- Mendenhall, W., Beaver, R., & Beaver, B. (2010). *Introducción a la probabilidad y la estadística* (Décima tercera ed.). México.
- Meza, H. (2002). Poder, género y psicología social. *Polis México*, 153-184. Obtenido de <https://polismexico.izt.uam.mx/index.php/rp/article/view/519>
- Minsiterio de Salud de la República de Colombia. (18 de junio de 1998). Resolución 02358. Política Nacional de Salud Mental.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Pase a la equidad: Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021* [Archivo PDF]. Bogotá.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PlanDecenaldeSaludP%C3%9Ablica.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Documento Metodológico Encuesta Nacional de Salud Mental* [Archivo PDF]. Bogotá.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/doc-metodologia-ensm.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Estrategia de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado en el Marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral PAPSIVI. Marco conceptual* [Archivo PDF]. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Estrategia de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado en el Marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral PAPSIVI. Marco conceptual* [Archivo PDF]. (Vol. I). Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Marco conceptual para la atención psicosocial a víctimas de reclutamiento forzado, desaparición forzada, tortura y violencia sexual [Archivo PDF]. *Estrategia de atención a víctimas del conflicto armado*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Orientaciones metodológicas para la atención individual [Archivo PDF]. *Estrategia de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado, II*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social & Colciencias. (2016). *Informe Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.006>

Monroy, L., Vidal, R., & Saade, A. (2010). *Análisis de clases latentes: Una técnica para detectar heterogeneidad en poblaciones. Cuaderno técnico 2*. (Primera ed.). México, D.F. : CENEVAL, Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior.

Münkler, H. (2003). Las guerras del siglo XXI. *Revista Internacional de la Cruz Roja*, 11-27.

Muñoz, M. (2019). Análisis de tres casos a partir de los medios escritos de comunicación. *Crímenes y parapolítica en Colombia en el siglo XXI* (Introducción, Capítulo 5.). <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/87498>.

- Murthy, S., & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: a brief review of research findings. (W. P. WPA, Ed.) *World Psychiatry*, 5, 25-30.
- Organización Internacional para las Migraciones, Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional-USAID, & Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (s.f.). *Mujeres y conflicto armado*. Bogotá.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Classification of mental disorders*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (1996). *Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. Comisión de determinantes sociales de la salud. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report*. WH, editor.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Ginebra. https://www.who.int/mental_health
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud., & Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020*. Washinton. <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-sobre-salud-mental-2015-2020>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Social determinants of health*. http://www.who.int/social_determinants/en/
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Observatorio Nacional de Salud Mental. (2017). *Guía metodológica* [Archivo PDF]. Bogotá.
- Organización de las Naciones Unidas - ONU. (2002). , *Informe presentado por la Sra. Radhika Coomaraswamy, Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias: Misión a Colombia (1-7 de noviembre de 2001)*.
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Washintong, D.C.

- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington.
- Palma, C. (2020). Recuperar el legado de Martín Baró: Psicología social de la guerra. (U. N. Colombia, Ed.) *Revista de psicología para América Latina*(33), 53-65.
- Picchio, A. (2012). Trabajo productivo y trabajo reproductivo. *Economía feminista como un derecho*, 31-46.
- Puget, J. (2006). Violencia social y psicoanálisis. De lo ajeno estructurante a lo ajeno-ajenizante. *Violencia de Estado y psicoanálisis*. Buenos Aires: Lumen.
- Punamäk, L.-R. (1997). Respuestas de stress psicológico de las madres palestinas y sus hijos a las condiciones de ocupación militar y violencia política. *Psicología social de la guerra* (págs. 12-15). San Salvador, El Salvador: UCA Editores.
- Ramírez Tobón, W. (abril de 1988). Violencia y democracia en Colombia. *Revista de análisis político de la Universidad Nacional de Colombia* (3), 64-78.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/anpol/article/view/73990/66914>
- Ramos, L. (agosto de 2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Mental*, 37(4).
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400001
- Ramos, L. (2014). Género y violencia. En J. R. De la Fuente, & G. Heinze, *Salud mental y medicina psicológica. Segunda edición*. (pág. Capítulo 4). Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1440§ionid=94742755>
- Rebolledo, O., & Rondón, L. (julio de 2010). Reflexiones y aproximaciones al trabajo psicosocial con victimas individuales y colectivas en el marco del proceso de reparación. *Revista de Estudios Sociales*, 40-50.
- Rencher, A. (2002). *Methods of Multivariate Analysis*. Canadá.
- Reyes, A. (s.f.). Trastornos de ansiedad. *Guía práctica para Diagnóstico y Tratamiento*. Honduras.
<http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Rodríguez, J., De La Torre, A., & Miranda, C. (2002). La salud mental en situaciones de conflicto armado. *Biomédica*, 337-346.
- Rosenfield, S., & Smith, D. (2009). Gender and mental health: Do men and women have different amounts or types of problem. En C. U. Press, *A handbook for the study of mental health: social contexts, theories, and systems* (Second edition ed., págs. 256-267). New York.

- Rubin, G. (1986). El tráfico de las mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropología*, VIII(30), 95-145.
- Salas, L. (2016). Conflicto armado y configuración territorial: elementos para la consolidación de la paz en Colombia. *Bitácora urbano territorial*, 26(2), 45-57.
- Salavera, C., & Usán, P. (2019). Influencia de los problemas internalizantes y externalizantes en la autoeficacia en estudiantes de Secundaria. *Revista de Investigación Educativa*, 37(2), 413-429. doi:<https://doi.org/10.6018/rie.37.2.323351>
- Salaya, H., & Rodríguez, J. (2014). La dinámica poblacional y la violencia armada en Colombia, 1985-2010. *Rev Panam Salud Publica*, 158-163.
- Salazar, S. (2016). La marca del conflicto en la salud mental de los colombianos - Encuesta Nacional de Salud Mental. Entrevista al Dr. Carlos Gómez Restrepo. *Pesquisa*, 15, 13-15. <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/wp-content/uploads/2016/03/Salud-mental-entrevista.pdf>
- Samoya, J. (1997). Guerra y deshumanización: una perspectiva psicosocial. En *Psicología social de la guerra* (págs. 5-9). San Salvador, El Salvador: UCA Edictores.
- Scott, J. W. (2008). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En *Género e Historia* (págs. 48-74). México: FCE, UACM.
- Segato, R. L. (2016). Las nuevas formas de guerra y el cuerpo de las mujeres. *La guerra contra las mujeres*. 57-90. Madrid.
- Shultz, J., Garfín, D., Espinel, Z., & et al. (2014). Internally displaced 'victims of armed conflict' in Colombia: the trajectory and trauma signature of forced migration. *Current Psychiatry Reports*.
- Simon, R. (Junio de 1995). Gender, Multiple Roles, Role Meaning, and Mental Health. *Journal of health and social behavior*, 36(2), 182-194. <http://www.jstor.org/stable/2137224>
- Simon, R. (2002). Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health. *American Journal of Sociology*, 1065-1096.
- Smith, D., Mouzon, D., & Elliot, M. (Febrero de 2016). Reviewing the Assumptions About Men's Mental Health: An Exploration of the Gender Binary. *American Journal of Men's Health*. doi:10.1177/1557988316630953

- Suarez, M. Á. (2010). La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Revista Médica La Paz*, 58-62. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000200010
- Summerfield, D. (2001). *Una crítica de los proyectos psicosociales en poblaciones afectadas por la guerra basadas en el concepto de Trauma Psicológico*. <https://psiquiatria.com/estres-62/una-critica-de-los-proyectos-psicosociales-en-poblacion>
- Tamayo, N., Rincón, C., & De Santa Cruz. (2016). Tamayo Martínez N., Rincón Rodríguez Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. . *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 113-118.
- Tamayo, W., & Bell, V. (8 de octubre de 2020). Armed conflict and mental health in Colombia. *BJPHYSCH INTERNATIONAL*, 40-42. doi:10.1192/bji.2018.4
- Téllez Infante, A. (2001). Trabajo y representaciones ideológicas de género. Propuesta para un posicionamiento analítico desde la antropología cultural. *Gazeta de antropología*(17). http://www.ugr.es/~pwlac/G17_17Anastasia_Tellez_Infantes.pdf
- Terris, M. (1980). La revolución epidemiológica y la medicina social. México D.F: Siglo XXI.
- Tobón G, D. (noviembre de 2019). Perfil de salud de las víctimas del conflicto armado colombiano. *Proyecto de grado para obtener el título de Magíster en Salud Pública y Magíster en Políticas Públicas*. Universidad de los Andes.
- Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (2021). *Registro Nacional de Información-RNI*. <https://cifras.unidadvictimas.gov.co/>
- Unidad Administrativa Especial de Gestión de Restitución de Tierras Despojadas. (mayo de 2022). *Datos abiertos*. Solicitudes de restitución de tierras. <https://www.datos.gov.co/Agricultura-y-Desarrollo-Rural/Solicitudes-de-restitucion-por-mes/2df8-4uep>
- Unidad de Restitución de Tierras. (2018). *Portal geográfico de datos abiertos*. <https://urtdatosabiertos-uaegrtd.opendata.arcgis.com/datasets/uaegrtd::open-data-microzonas/explore?location=4.130204%2C-71.743180%2C6.00>
- Unidad de restitución de tierras. (Mayo de 2022). *Restitución de tierras*. <https://www.restituciondetierras.gov.co/>

- Wood, E. (2012). Variación de la violencia sexual en tiempos de guerra: la violación en la guerra no es inevitable. *Revista Estudios Socio Jurídicos*, 14(1), 19-57. corteidh.or.cr/tablas/r28985.pdf
- Yaffe, L. (Octubre de 2011). Conflicto armado en Colombia: análisis de las causas económicas, sociales e institucionales de la oposición violenta. Bogotá: Universidad ICESI. https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/1133/2923

Anexos



Anexo 1. Análisis de componentes principales para 21 categorías del SRQ

Component	Eigenvalue	Difference	Proportion	Cumulative
Comp1	10.2115	8.7520	0.4642	0.4642
Comp2	1.4594	0.2298	0.0663	0.5305
Comp3	1.2297	0.2855	0.0559	0.5864
Comp4	0.9442	0.0810	0.0429	0.6293
Comp5	0.8633	0.1090	0.0392	0.6685
Comp6	0.7543	0.0122	0.0343	0.7028
Comp7	0.7420	0.0743	0.0337	0.7366
Comp8	0.6677	0.0562	0.0303	0.7669
Comp9	0.6115	0.0348	0.0278	0.7947
Comp10	0.5767	0.0406	0.0262	0.8209
Comp11	0.5361	0.0306	0.0244	0.8453
Comp12	0.5055	0.0565	0.0230	0.8683
Comp13	0.4489	0.0272	0.0204	0.8887
Comp14	0.4217	0.0250	0.0192	0.9078
Comp15	0.3967	0.0359	0.0180	0.9259
Comp16	0.3607	0.0451	0.0164	0.9423
Comp17	0.3156	0.0429	0.0143	0.9566
Comp18	0.2727	0.0413	0.0124	0.9690
Comp19	0.2314	0.0544	0.0105	0.9795
Comp20	0.1770	0.0308	0.0080	0.9876
Comp21	0.1462	0.0191	0.0066	0.9942
Comp22	0.1271		0.0058	1.0000

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Anexo 2. Matriz policórica para el total de la población

	indice_rango	victima	sex	edadgpo	region	nivedgpo	ocupaciongpo	hpm	regimen	discriminacion	agrupado	redapoyo
indice_rango	1											
victima	0.1301	1										
sex	-0.2427	0.0559	1									
edadgpo	0.0376	0.0326	-0.0272	1								
region	0.0015	-0.0296	0.0013	0.0130	1							
nivedgpo	-0.0809	-0.0542	-0.0254	-0.3967	0.0003	1						
ocupaciongpo	-0.2064	0.0522	0.4966	-0.0673	0.0871	0.1180	1					
hpm	-0.0242	0.0299	-0.0793	-0.0385	-0.0145	0.5152	-0.0051	1				
regimen	0.0454	0.1304	-0.1035	0.0115	0.0194	-0.3308	-0.1375	-0.2287	1			
discriminacion	0.3559	0.2066	-0.0586	-0.0320	0.0606	0.0446	0.0447	0.0194	-0.0437	1		
agrupado	0.0382	0.0474	-0.0019	0.0633	0.0098	0.1206	-0.0274	0.0753	-0.0391	0.1106	1	
redapoyo	-0.0572	0.0352	-0.0201	-0.1595	0.0237	0.1558	0.0098	0.0434	-0.0268	-0.0518	0.0267	1

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Anexo 3. Matriz policórica para hombres

	indice_rango	victima	edadgpo	region	nivedgpo	ocupaciongpo	hpm	regimen	discriminacion	agrupado	redapoyo
indice_rango	1										
victima	0.1145	1									
edadgpo	0.0260	0.0672	1								
region	0.0005	-0.0533	0.0233	1							
nivedgpo	-0.0676	-0.0393	-0.3473	0.0160	1						
ocupaciongpo	-0.1700	0.0671	-0.0159	0.0877	-0.0570	1					
hpm	-0.0382	0.0241	-0.0842	-0.0150	0.5410	0.0071	1				
regimen	0.0483	0.1254	0.0572	0.0269	-0.3078	-0.0082	-0.2155	1			
discriminacion	0.3707	0.2344	-0.0903	0.0720	0.0579	0.0337	-0.0151	-0.0532	1		
agrupado	0.0517	0.0314	-0.0352	0.0219	0.1724	-0.0209	0.0815	-0.0257	0.0910	1	
redapoyo	-0.0411	0.0801	-0.1392	0.0349	0.1332	-0.0008	0.0930	-0.0122	-0.0216	0.0673	1

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Anexo 4. Matriz policórica para mujeres

	indice_rango	victima	edadgpo	region	nivedgpo	ocupaciongpo	hpm	regimen	discriminacion	agrupado	redapoyo
indice_rango	1										
victima	0.1561	1									
edadgpo	0.0388	-0.0065	1								
region	0.0024	-0.0040	0.0024	1							
nivedgpo	-0.0955	-0.0697	-0.4506	-0.0148	1						
ocupaciongpo	-0.1160	0.0066	-0.1148	0.1021	0.3216	1					
hpm	-0.0353	0.0417	0.0029	-0.0140	0.4920	0.0367	1				
regimen	0.0178	0.1461	-0.0436	0.0115	-0.3619	-0.2195	-0.2536	1			
discriminacion	0.3311	0.1821	0.0223	0.0506	0.0306	0.0999	0.0424	-0.0426	1		
agrupado	0.0293	0.0652	0.1657	-0.0020	0.0696	-0.0371	0.0699	-0.0542	0.1282	1	
redapoyo	-0.0723	-0.0116	-0.1823	0.0124	0.1785	0.0362	-0.0028	-0.0445	-0.0808	-0.0134	1

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.



Anexo 5. Matriz policórica para víctimas del conflicto armado

	indice_rango	sex	edadgpo	region	nivedgpo	ocupaciongpo	hpm	regimen	discriminacion	agrupado	redapoyo
indice_rango	1										
sex	-0.2750	1									
edadgpo	0.0497	0.0684	1								
region	-0.0496	-0.0597	0.0268	1							
nivedgpo	-0.0147	0.0139	-0.4166	-0.0047	1						
ocupaciongpo	-0.2731	0.5526	-0.0697	0.1025	0.1197	1					
hpm	0.0278	-0.1021	-0.0332	-0.0254	0.5717	0.1293	1				
regimen	-0.0081	-0.1251	0.1227	0.1390	-0.3352	-0.1423	-0.3234	1			
discriminacion	0.2109	-0.0073	-0.1906	-0.1425	0.0774	0.2692	0.1414	-0.1174	1		
agrupado	0.0631	-0.0455	0.1234	0.0093	0.1839	-0.0854	0.1867	-0.0079	0.0661	1	
redapoyo	-0.0677	0.0927	0.0166	0.1587	-0.0435	-0.1038	-0.0862	-0.0219	-0.2964	-0.1746	1

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Anexo 6. Matriz policórica para personas que no víctimas del conflicto armado

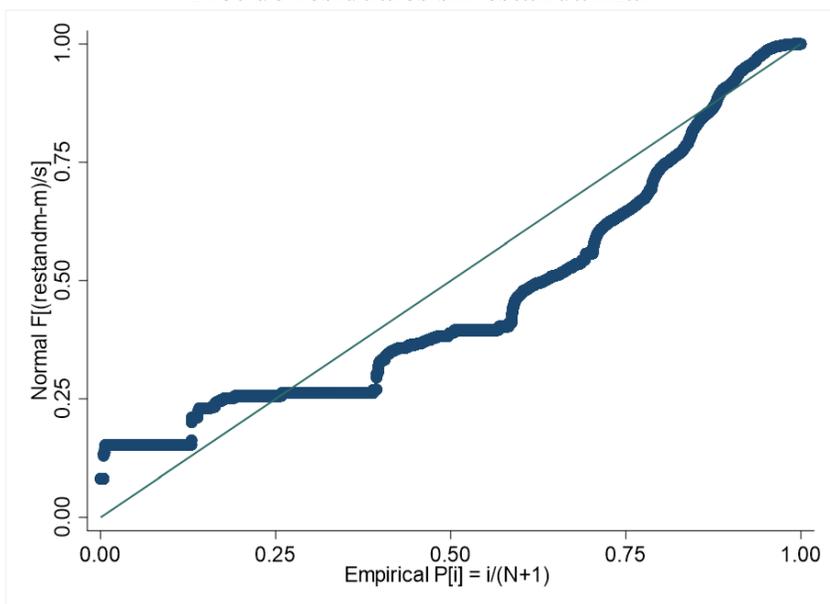
	indice_rango	sex	edadgpo	region	nivedgpo	ocupaciongpo	hpm	regimen	discriminacion	agrupado	redapoyo
indice_rango	1										
sex	-0.2422	1									
edadgpo	0.0353	-0.0335	1								
region	0.0080	0.0057	0.0122	1							
nivedgpo	-0.0852	-0.0272	-0.3953	0.0004	1						
ocupaciongpo	-0.2024	0.4923	-0.0676	0.0863	0.1188	1					
hpm	-0.0311	-0.0782	-0.0391	-0.0138	0.5117	-0.0148	1				
regimen	0.0448	-0.1048	0.0040	0.0119	-0.3301	-0.1395	-0.2238	1			
discriminacion	0.3631	-0.0675	-0.0212	0.0819	0.0455	0.0214	0.0059	-0.0461	1		
agrupado	0.0336	0.0004	0.0591	0.0102	0.1168	-0.0241	0.0669	-0.0430	0.1123	1	
redapoyo	-0.0577	-0.0277	-0.1693	0.0160	0.1691	0.0162	0.0519	-0.0283	-0.0330	0.0397	1

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.



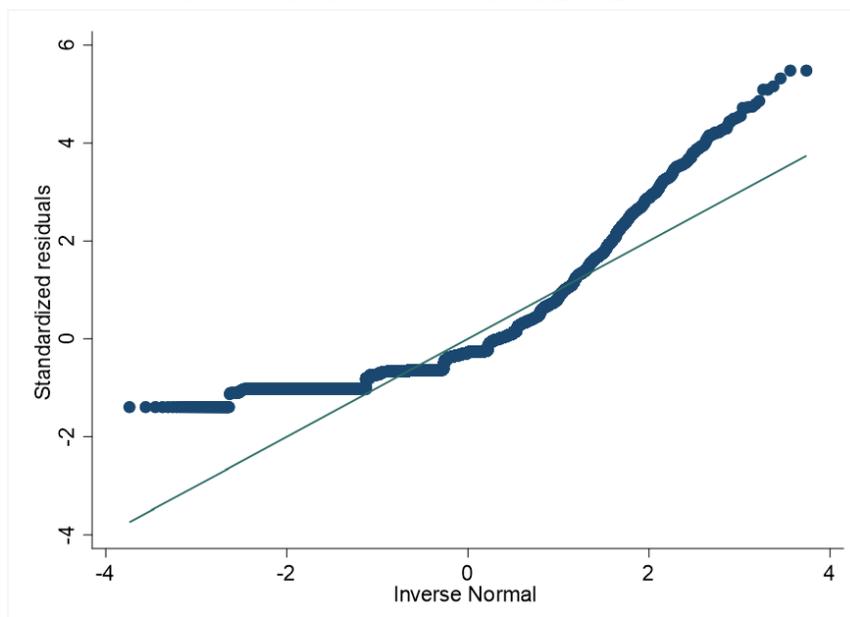
Anexo 7. Comprobación de supuestos sobre normalidad para el modelo 1

Plot de residuales sin estandarizar



Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Plot de residuales estandarizados



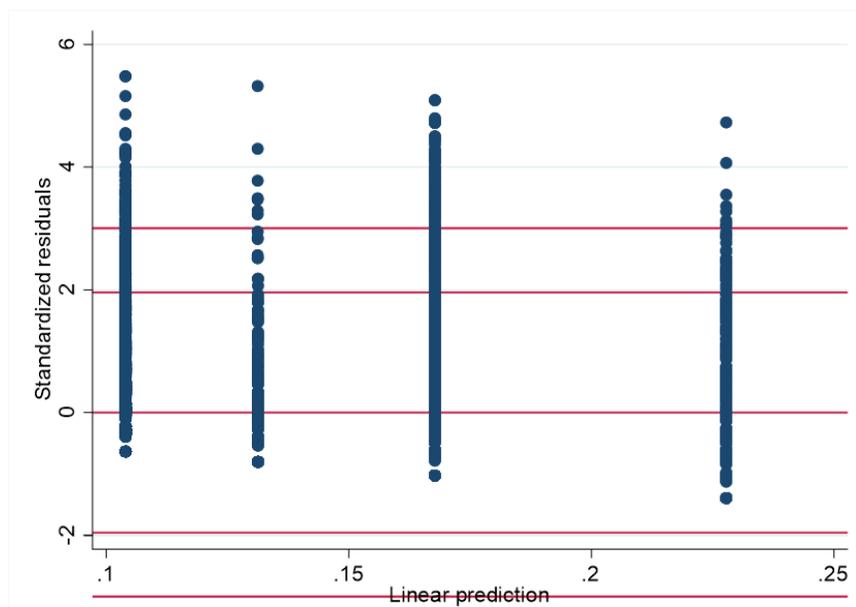
Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Anexo 8. Comprobación de supuestos de no multicolinealidad para el modelo 1

Variable	VIF	1/VIF
vca_sex	2.23	0.449387
victima	2.15	0.466042
sex	1.07	0.93641
Mean VIF	1.81	

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Anexo 9. Comprobación de supuestos de homocedasticidad para el modelo 1



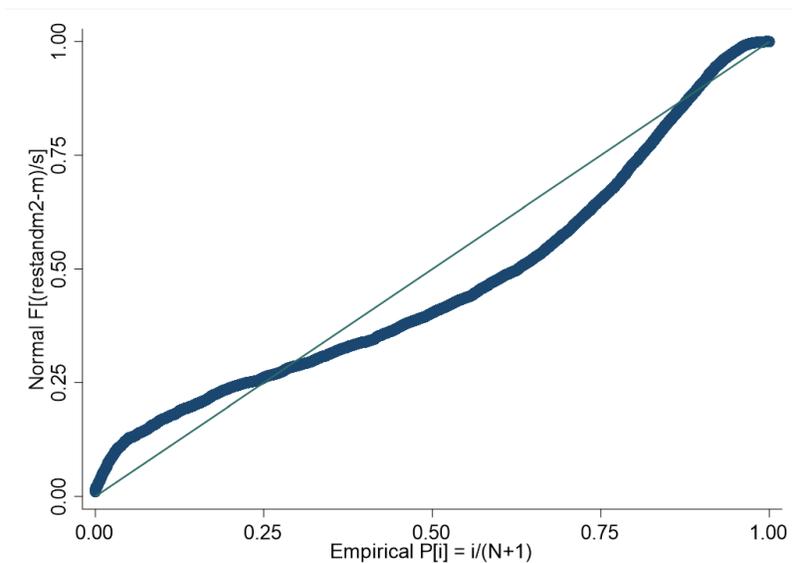
Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Test Breusch-Pagan	
H0: Constant variance	
chi2	312.77
Prob > chi2	0.0000

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

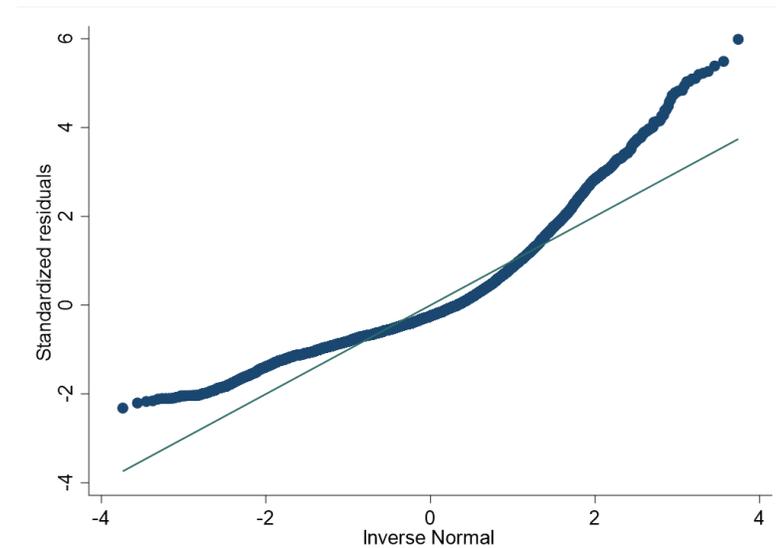
Anexo 10. Comprobación de supuestos de normalidad para el modelo 2

Plot de residuales sin estandarizar



Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Plot de residuales estandarizados



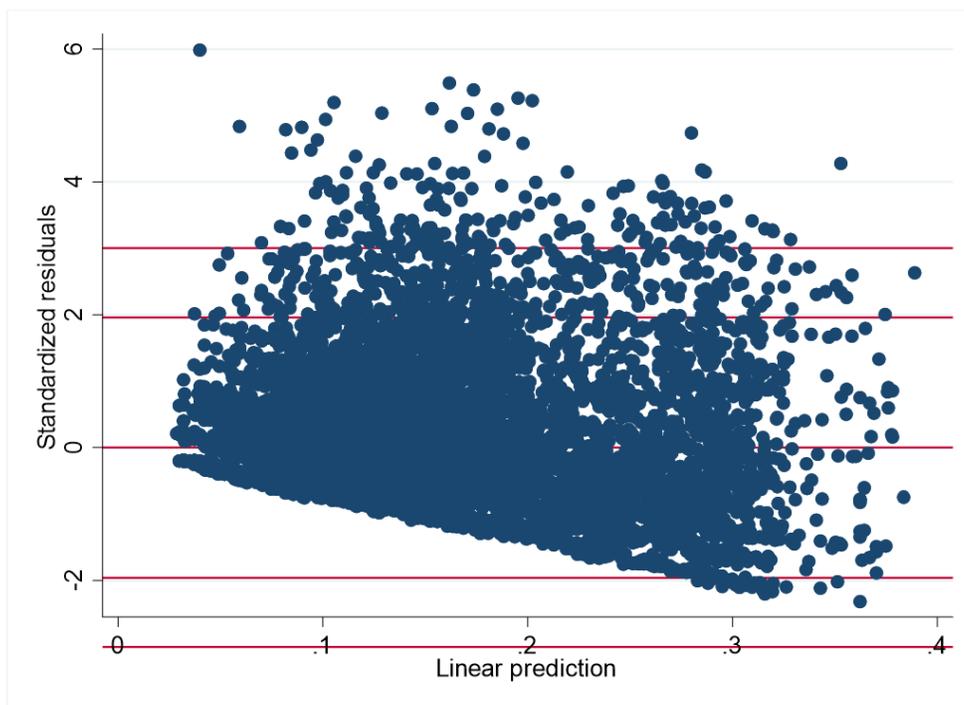
Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Anexo 11. Comprobación de supuestos de no multicolinealidad para el modelo 2

Variable	VIF	1/VIF
victima	1.79	0.558491
sex	1.47	0.681143
vca_sex	1.87	0.533541
edadgpo		
1	1.8	0.555954
2	2.02	0.495043
region		
2	1.68	0.59697
3	1.55	0.645068
4	1.68	0.59424
5	1.58	0.633303
nivedgpo		
1	4.78	0.209184
2	5.7	0.175396
3	5.13	0.194952
ocupaciongpo	1.29	0.772349
hpm	1.22	0.819756
regimen		
1	4.93	0.202867
2	1.42	0.705401
3	4.79	0.208807
discrim_sex	1.81	0.551557
discrimina~n	1.62	0.617381
agrupado	1.03	0.970798
redapoyo	1.02	0.981712
Mean VIF	2.39	

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Anexo 12. Comprobación de supuestos de homocedasticidad para el modelo 2



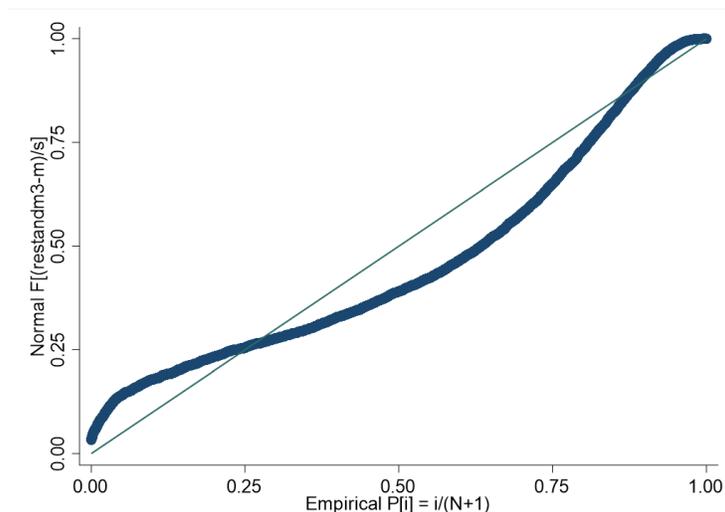
Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Test Breusch-Pagan	
H0: Constant variance	
chi2	1384.75
Prob > chi2	0.0000

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

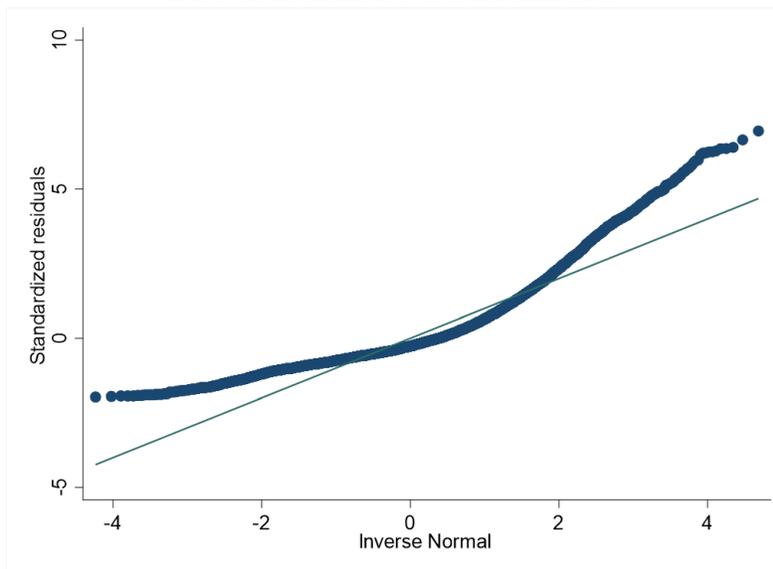
Anexo 13. Comprobación de supuestos de normalidad para el modelo 3

Plot de residuales sin estandarizar



Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Plot de residuales estandarizados



Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

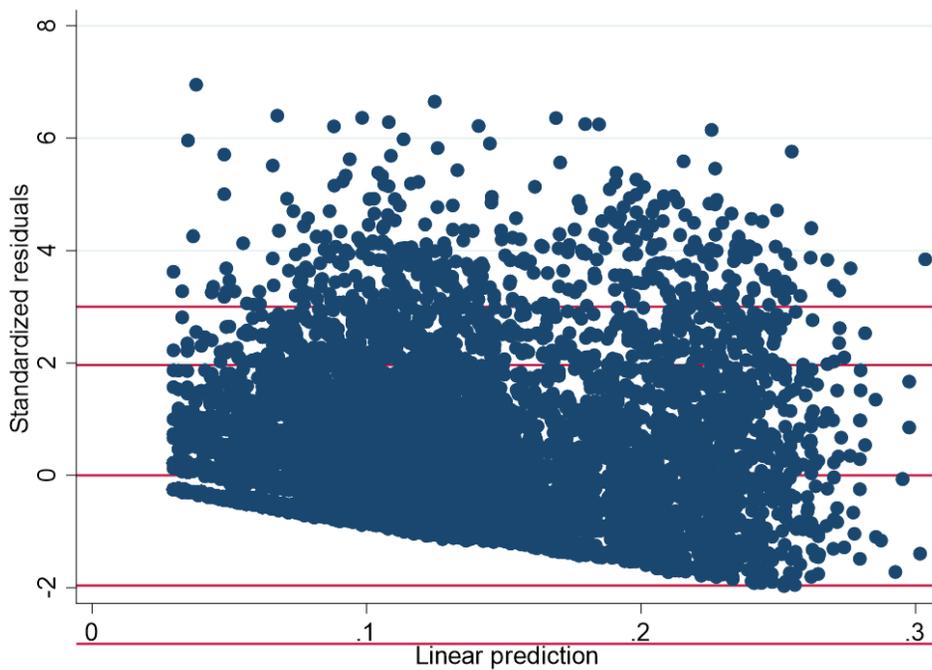
Shapiro-Francia W' test					
Variable	Obs	W'	V'	z	Prob>z
residuom3	10,825	0.87711	738.498	17.529	0.00001

Anexo 14. Comprobación de supuestos de no multicolinealidad para el modelo 3

Variable	VIF	1/VIF
victima	1.04	0.964873
edadgpo		
1	1.58	0.631155
2	1.66	0.601265
region		
2	1.51	0.663112
3	1.43	0.701694
4	1.45	0.689716
5	1.42	0.705777
nivedgpo		
1	5.25	0.190326
2	6.54	0.152876
3	5.98	0.167286
ocupaciongpo	1.19	0.843818
hpm	1.25	0.798164
regimen		
1	3.49	0.286238
2	1.25	0.798016
3	3.33	0.30054
discrimina~n	1.04	0.960041
agrupado	1.02	0.975988
redapoyo	1.02	0.981454
Mean VIF	2.3	

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Anexo 15. Comprobación de supuestos de homocedasticidad para el modelo 3



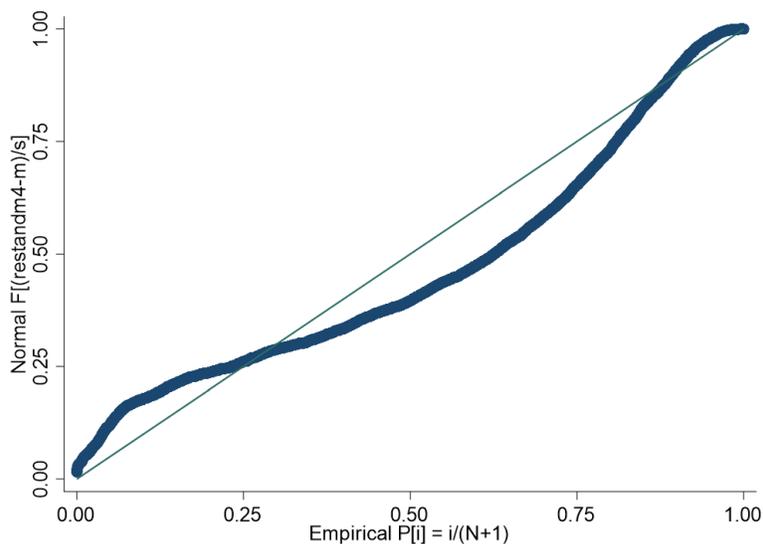
Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Test Breusch-Pagan	
H0: Constant variance	
chi2	761.93
Prob > chi2	0.0000

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

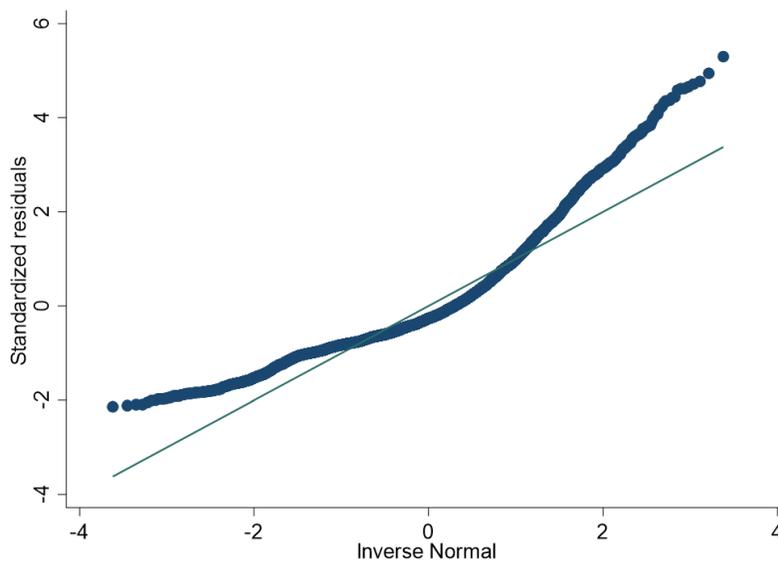
Anexo 16. Comprobación de supuestos de normalidad para el modelo 4

Plot de residuales sin estandarizar



Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Plot de residuales estandarizados



Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Shapiro-Francia W' test					
Variable	Obs	W'	V'	z	Prob>z
residuom3	10,825	0.89187	649.781	17.189	0.00001

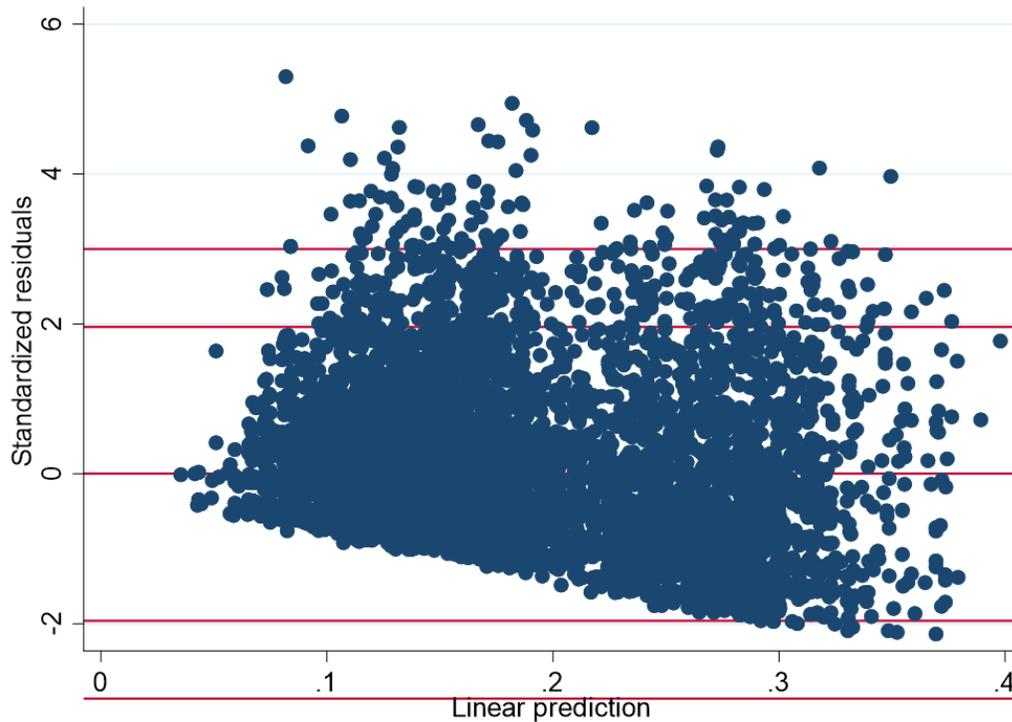


Anexo 17. Comprobación de supuestos de no multicolinealidad para el modelo 4

Variable	VIF	1/VIF
victima	1.02	0.983786
edadgpo		
1	1.7	0.589893
2	1.89	0.528394
region		
2	1.51	0.663632
3	1.46	0.685225
4	1.44	0.693823
5	1.4	0.713358
nivedgpo		
1	5.46	0.18305
2	7.1	0.14084
3	6.83	0.14646
ocupaciongpo	1.17	0.855379
hpm	1.25	0.798477
regimen		
1	5.77	0.173304
2	1.46	0.683507
3	5.59	0.178904
discrimina~n	1.03	0.96828
agrupado	1.04	0.965233
redapoyo	1.02	0.976585
Mean VIF	2.67	

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Anexo 18. Comprobación de supuestos de homocedasticidad para el modelo 4



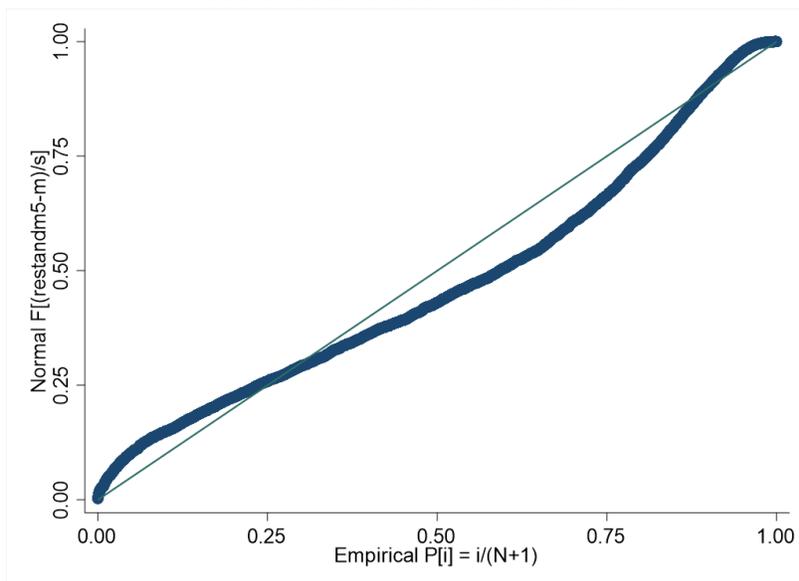
Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Test Breusch-Pagan	
H0: Constant variance	
chi2	543.53
Prob > chi2	0.0000

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

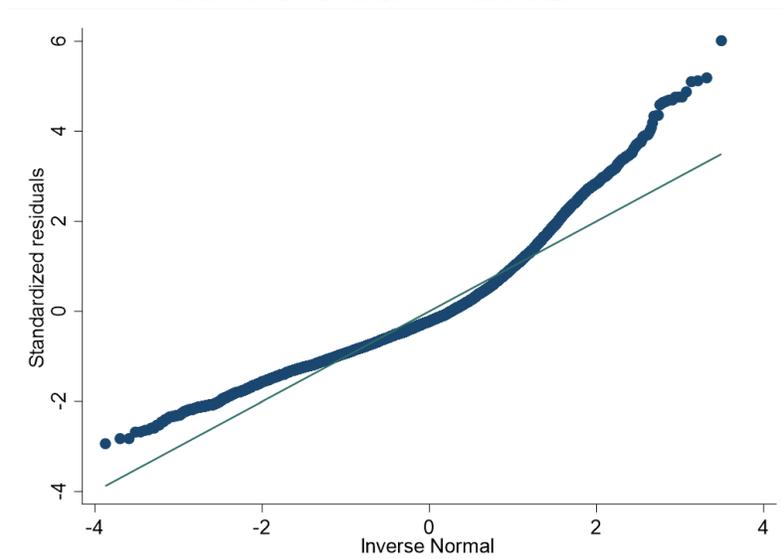
Anexo 19. Comprobación de supuestos de normalidad para el modelo 5

Plot de residuales sin estandarizar



Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Plot de residuales estandarizados



Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Shapiro-Francia W' test					
Variable	Obs	W'	V'	z	Prob>z
residuom3	10,825	0.93956	363.215	15.646	0.00001

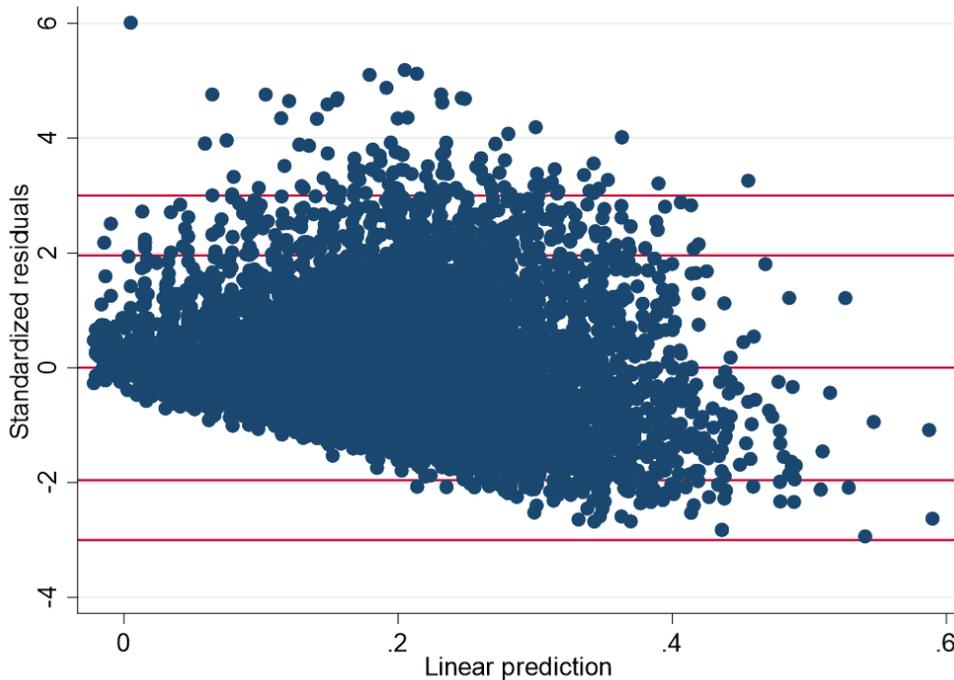
Anexo 20. Comprobación de supuestos de no multicolinealidad para el modelo 5

Variable	VIF	1/VIF
sex	1.86	0.538266
edadgpo		
1	1.73	0.5769
2	2	0.499913
region		
2	1.33	0.751448
3	1.36	0.734224
4	1.41	0.707297
5	1.36	0.734308
nivedgpo		
1	4.36	0.229465
2	5.5	0.181709
3	5	0.19992
ocupaciongpo	1.42	0.702505
hpm	1.37	0.730365
regimen		
1	5.48	0.182644
2	2.05	0.486898
3	5.23	0.191076
discrim_sex	2.73	0.365993
discrimina~n	2.31	0.433625
agrupado	1.09	0.919536
redapoyo	1.08	0.927449
Mean VIF	2.56	

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.



Anexo 21. Comprobación de supuestos de homocedasticidad para el modelo 5



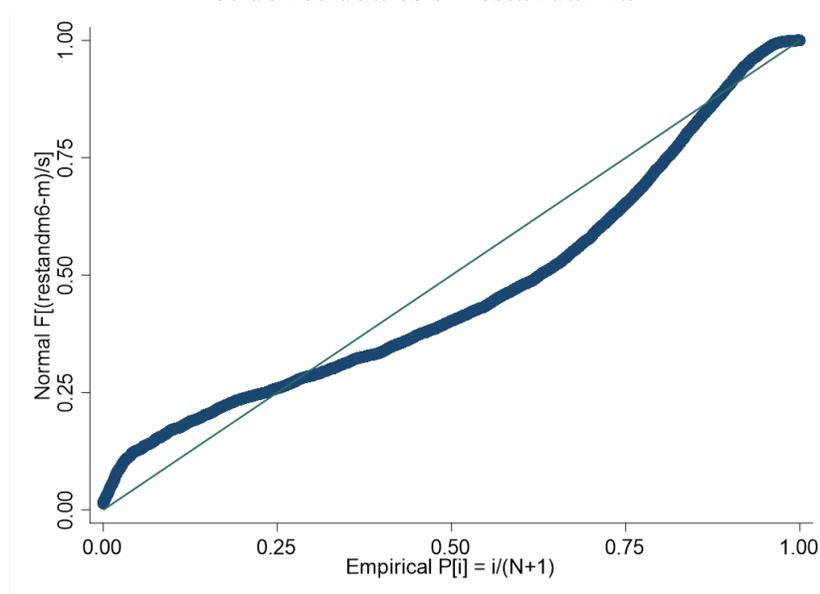
Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Test Breusch-Pagan	
H0: Constant variance	
chi2	115.50
Prob > chi2	0.0000

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

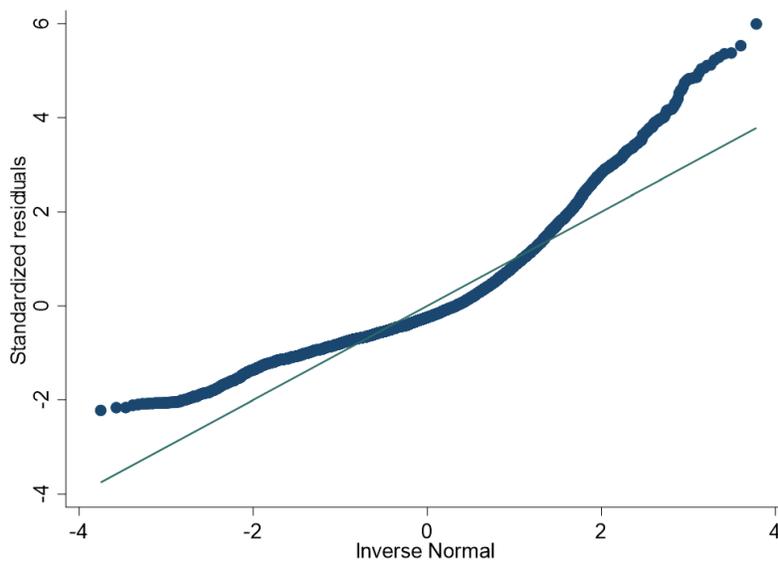
Anexo 22. Comprobación de supuestos de normalidad para el modelo 6

Plot de residuales sin estandarizar



Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Plot de residuales estandarizados



Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Shapiro-Francia W' test					
Variable	Obs	W'	V'	z	Prob>z
residuom3	10,825	0.89279	644.29	17.167	0.00001

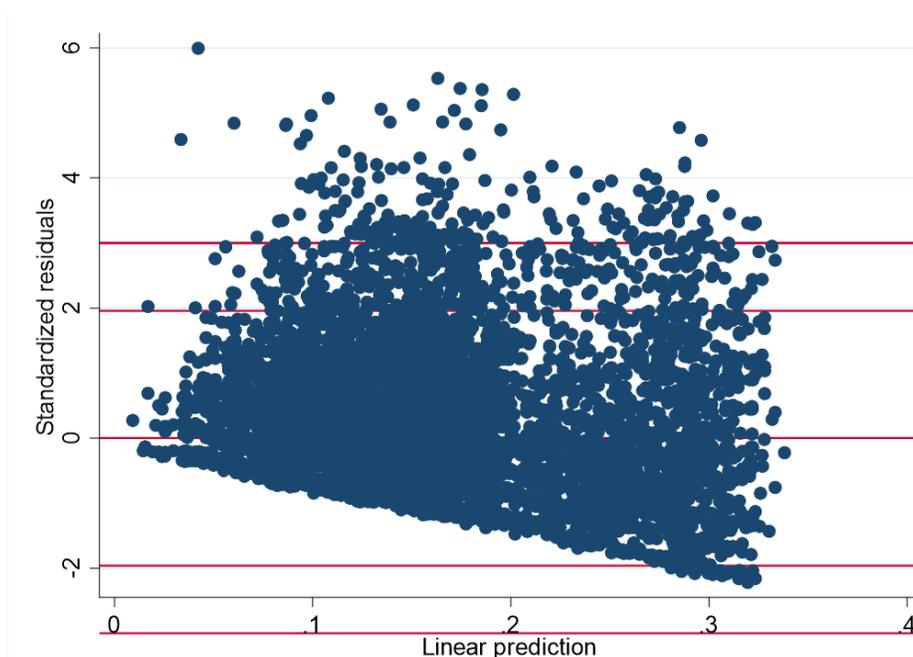


Anexo 23. Comprobación de supuestos de no multicolinealidad para el modelo 6

Variable	VIF	1/VIF
sex	1.39	0.720312
edadgpo		
1	1.6	0.624101
2	1.74	0.573719
region		
2	1.52	0.657465
3	1.45	0.689836
4	1.45	0.689919
5	1.42	0.706622
nivedgpo		
1	5.48	0.182608
2	6.94	0.143999
3	6.48	0.154409
ocupaciongpo	1.27	0.787322
hpm	1.24	0.808234
regimen		
1	4.27	0.234373
2	1.29	0.776885
3	4.11	0.243473
discrim_sex	2.05	0.4874
discrimina~n	1.88	0.532041
agrupado	1.02	0.979945
redapoyo	1.02	0.981712
Mean VIF	2.51	

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Anexo 24. Comprobación de supuestos de homocedasticidad para el modelo 6



Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Test Breusch-Pagan	
H0: Constant variance	
chi2	1458.50
Prob > chi2	0.0000

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Anexo 25. Inercias y porcentajes de varianza acumulada ACM población total

Dimensión	Inercia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dimensión 1	0.0032	40.31	40.31
Dimensión 2	0.0026	33.15	73.47
Total	0.0080	100.00	

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Anexo 26. Inercias y porcentajes de varianza acumulada ACM víctimas del conflicto

armado

Dimensión	Inercia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dimensión 1	0.0061	44.05	44.05
Dimensión 2	0.0035	25.15	69.20
Total	0.0138	100.00	

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Anexo 27. Inercias y porcentajes de varianza acumulada ACM no víctimas del conflicto armado

Dimensión	Inercia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dimensión 1	0.0045	42.15	42.15
Dimensión 2	0.0030	31.79	73.94
Total	0.0096	100.00	

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Anexo 28. Inercias y porcentajes de varianza acumulada ACM hombres

Dimensión	Inercia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dimensión 1	0.0035	61.35	61.35
Dimensión 2	0.0006	10.51	71.86
Total	0.0080	100.00	

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.

Anexo 29. Inercias y porcentajes de varianza acumulada ACM mujeres

Dimensión	Inercia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dimensión 1	0.0042	71.95	71.95
Dimensión 2	0.0002	3.93	75.88
Total	0.0058	100.00	

Fuente: Cálculos realizados en Stata 17 con datos de la ENSM-2015.