



Fernanda Sánchez Jaramillo es una periodista colombiana-canadiense. Es egresada de la Universidad de la Sabana, magíster en relaciones internacionales de la Universidad Javeriana y estudió trabajo social en Vancouver (Canadá) donde laboró con habitantes de calle con enfermedades mentales, adicciones, en situación de discapacidad, con VIH, Sida, y Hepatitis C, entre otras. En Canadá conoció de cerca las enfermedades mentales y el sistema de salud mental en ese país.

Fernanda es periodista profesional hace 20 años y trabajó en el pasado para los principales periódicos colombianos El Espectador y El Tiempo; además, escribió freelance para revistas tales como Credencial, Cambio, Voz a Voz, Misionpyme, y otras publicaciones de Editora Cinco y Editorial Televisa.

Escribió siete ediciones del Libro del Premio Cafam a la Mujer desde el año 2004 hasta el año 2010. Publica, en español e inglés, para medios independientes de España, América Latina y Canadá y, en los últimos años, se ha especializado en derechos humanos, conflicto, paz y “posconflicto”.

En el año 2014 recibió el Premio Colibrí, del Movimiento Humanista de Barrancabermeja, por su contribución a la paz a través del periodismo independiente. En el 2015 obtuvo la beca en salud mental y periodismo del Centro Carter gracias a la cual realizó esta investigación periodística, y este libro sobre Salud Mental y “Posconflicto”. Obtuvo también, en 2016, una beca para periodistas latinoamericanos del Centro Internacional para Periodistas (ICFJ) en Washington.

ISBN 978-958-46-8889-7

Salud mental y “posconflicto”. Violencia sexual, tortura, desplazamiento y minas antipersonal. *Fernanda Sánchez Jaramillo*

Salud mental y “posconflicto”. Violencia sexual, tortura, desplazamiento y minas antipersonal.

FERNANDA SÁNCHEZ JARAMILLO

Salud mental
y “posconflicto”.
Violencia sexual,
tortura, desplazamiento
y minas antipersonal.

FERNANDA SÁNCHEZ JARAMILLO

Salud mental y “posconflicto”. Violencia sexual, tortura, desplazamiento y minas antipersonal.

EDICIÓN 1. Mayo 2016.

ISBN: 978-958-46-8889-7

Autora: Fernanda Sánchez Jaramillo.
colombianreporter@gmail.com

Diseño y diagramación: Sandra Gómez R.
scgomez74@gmail.com

Fotos: Depositphotos.

Impreso en Colombia.

No se permite la reproducción parcial o total de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor.

Agradecimientos



Durante un año la beca Salud mental y periodismo del Centro Carter me permitió dedicarme en cuerpo y alma a mis pasiones y preocupaciones constantes: periodismo, salud mental y derechos humanos, reunidas en esta investigación periodística.

Este libro Salud mental y “posconflicto”. Violencia sexual, tortura, desplazamiento y minas antipersonal y la publicación individual de textos en medios independientes de Colombia, América Latina y España no sería posible sin el apoyo del Centro Carter y de la Universidad de la Sabana, que administra la beca en Colombia, donde estudié comunicación social y periodismo.

Quiero agradecer al equipo del Centro Carter en Atlanta (Georgia), especialmente a Rosalynn Carter, Rebecca Palpant y Stephanie Uribe, quienes en las tres visitas realizadas con motivo de esta beca me hicieron sentir como en casa.

También al equipo asesor, con el cual mantuve contacto durante el año correspondiente a esta beca, que estuvo dispuesto a escuchar y ayudar en lo que necesitara para mi trabajo.

Por supuesto mi agradecimiento más profundo y sincero para quienes compartieron generosamente su testimonio de vida y, en especial, aquellos supervivientes que nunca antes hablaron con los medios.

Finalmente, quiero reconocer el apoyo de mi madre y mi hermana, de amigos como Arturo Guerrero, periodista, Carmen Luisa Castro, activista y Carolina Maya, politóloga, por creer en mí y en este proyecto.

Fernanda Sánchez Jaramillo.

Contenido



PRÓLOGO	8
INTRODUCCIÓN	11
Capítulo I ¿Por qué no se habla de salud mental en Colombia?	13
Capítulo II Violencia sexual y salud mental.	21
Capítulo III Tortura y salud mental.	47
Capítulo IV Desplazamiento y salud mental.	73
Capítulo V Salud mental y minas antipersonal.	83
Capítulo VI Mirada gubernamental.	97
Capítulo VII Retos en salud mental durante el “posconflicto.”	115
Capítulo VIII Medios de comunicación y salud mental.	131



Prólogo

El conflicto armado interno colombiano está lleno de lugares comunes relacionados con la larga duración, la vulneración sistemática de los derechos humanos y el derecho internacional humanitario, lo cruento de las acciones perpetradas por los actores del conflicto y los daños ocultos, silenciados o sometidos a la invisibilidad. Cuatro de estas afectaciones las aborda Fernanda Sánchez Jaramillo en este libro a través de reportajes y entrevistas: El desplazamiento forzado, la violencia sexual, las víctimas de tortura y de las minas antipersonal.

La relación del conflicto colombiano con la afectación a la salud mental ha sido abordada con mayor timidez, a pesar de contar con estudios importantes, como el presentado en 1968 por el psiquiatra Carlos Alfredo León Saltos en el congreso de la Asociación Psiquiátrica Americana, titulado “Patrones inusuales de la delincuencia durante La violencia en Colombia” y publicado un año después en la Revista Americana de Psiquiatría¹. La ausencia histórica de la salud mental en el discurso sobre el conflicto colombiano comenzó a desdibujarse desde que surgieron iniciativas legales como la Ley 387 de 1997 en torno al desplazamiento forzado, la Ley 1448 de 2011 o “Ley de víctimas” y más recientemente la Ley 1616 de 2013, conocida como “Ley de salud mental”. Mención especial ameritan el número importante de fallos judiciales que buscan restablecer los derechos de las personas víctimas de las diferentes formas de violencia en medio del conflicto armado colombiano.

El libro de Fernanda Sánchez, periodista consagrada, becaria del Carter Center y con experiencia en el campo de la salud mental en Canadá, le hace al lector una inmersión en el duro conflicto colombiano desde las voces de un grupo de protagonistas que engloban el etéreo mundo de las “víctimas”, pero que aquí son mostrados de carne y hueso, y nos deja entrar a sus mentes, sus emociones, ha-

ciéndonos saber que estos seres humanos viven como individuos y colectivos los rigores de la guerra. Una guerra a la que fueron llevados a la fuerza, sin invitación. Mujeres, hombres, niños, ancianos, afrodescendientes, mestizos, indígenas, blancos, andinos, caribeños, llaneros, gente del pacífico colombiano, todos y todas pasaron a engrosar las cifras de los registros oficiales de víctimas que ya ronda los 8 millones de personas, compatriotas, 8 millones de nombres, 8 millones de historias de vida de paisanos que representan la sexta parte de quienes habitamos este territorio llamado Colombia.

Las secuelas de esta guerra que acompañó a la gente de Colombia durante casi todo el siglo XX y lo que va corrido del siglo XXI son notorias, como bien lo resaltan las personas entrevistadas por Fernanda Sánchez y que desde sus puntos de vista, resaltan el horror, el sufrimiento, las dificultades técnicas, administrativas y presupuestales para hacerles frente. El talento humano y los recursos existentes se quedan cortos ante la magnitud de los hechos, más aún cuando las propias víctimas, supervivientes o RESISTENTES (así, en mayúsculas), como algunas de ellas prefieren llamarse, perciben que no existe un interés genuino del Estado en ayudarles a subsanar el dolor y las consecuencias de haber sido parte de una guerra, en la que aún en el día de hoy, los móviles reales no han sido develados ni mucho menos sus instigadores.

Las intervenciones, programas, protocolos y rutas de atención trazadas para brindar atención y acompañamiento a las personas resistentes de este conflicto armado están llenas de los mejores fundamentos teóricos disponibles y de buenas intenciones que son rebasadas por un sistema económico y político que tiene capturado al sistema de salud y que sin importar el camino que se tome termina por extraviar a las personas y colectivos que deciden andar por esas sendas llenas de obstáculos y peligros, que sin importar si son conocidos o inadvertidos, acaban por impedir el restablecimiento de los derechos vulnerados.

En este momento histórico en el que existen altas posibilidades de alcanzar un acuerdo de paz con los grupos insurgentes, se abren a su vez nuevos escenarios políticos y de orden público que pueden poner al país en una situación de pre-conflicto, conflicto y posconflicto al mismo tiempo, por lo que es necesario no dejarse embriagar hasta la inconsciencia por los acuerdos que se logren, ya que bajar la guardia puede colocarnos nuevamente en una situación de conflicto armado, que aunque de características distintas, produzca la misma cadena de secuelas para la población.

¹ León CA. Unusual patterns of crime during La Violencia in Colombia. *Am J Psychiatry*. 1969; 125 (11): 1564-1575.

El campo de la salud mental tiene grandes desafíos para poder afrontar las consecuencias de la guerra y de los nuevos escenarios de la vida nacional. Se requerirá, sin duda, de un “sinceramiento” por parte del Estado colombiano para que la salud mental deje de ser un discurso políticamente correcto y pase a la praxis. La academia deberá aportar a la construcción de conocimiento, asumiendo que el concepto de salud mental no es un constructo teórico acabado y que como pueblo deberemos armar nuestros propios conceptos y trazar nuestras propias aspiraciones, más allá de los indicadores impuestos desde las agencias multilaterales, de la hegemonía de las ciencias biomédicas y de las clasificaciones nosológicas. Replantear la formación de los profesionales que integran el equipo de salud es un imperativo ético y técnico, ante la insuficiencia actual de sus respuestas ante los problemas reales de la población.

Será necesario impulsar un movimiento social nacional por la salud mental que reivindique el derecho de todas las personas al bienestar y al disfrute de la salud integral, en una sociedad en paz, que posibilite la reparación, la justicia, la verdad y la garantía de no repetición. La lectura de este libro así lo corroborará.

Edwin Herazo Acevedo, MD, MSc, PhD (c)
Médico psiquiatra
Director del Instituto de Investigación
del Comportamiento Humano.



Introducción

Salud mental y “posconflicto”. Violencia sexual, tortura, desplazamiento y minas antipersonal. Es una investigación periodística que a través de diversos géneros -entrevistas, reportajes y perfiles- ofrece un análisis cualitativo de los retos y deudas que en salud mental tiene el país con los sobrevivientes de estos cuatro hechos victimizantes.

Las víctimas, y resistentes, como prefieren llamarse algunos, nos narran en primera persona lo que han vivido y padecido en el largo camino por recuperarse física y psicológicamente de las marcas de la violencia sexual, la tortura, el desplazamiento y las minas antipersonal.

En sus testimonios podemos encontrar las críticas hechas a la atención recibida pero también recomendaciones claves para superar las debilidades que presenta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (Papsivi).

Mujeres y hombres compartieron de manera generosa su testimonio y lucha por la sobrevivencia en medio de un sistema incapaz de responder a sus necesidades, debido a la magnitud del problema, y otras falencias que son analizadas en el texto.

La falta de profesionales debidamente capacitados, sensibles y conocedores de los hechos del conflicto armado colombiano, la carencia de educación relevante en la academia, las limitaciones presupuestales y la falta de articulación entre entidades, son algunas de las críticas que las víctimas, y los expertos, le hacen al Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (Papsivi).

Este libro está compuesto de ocho capítulos: el primero, plantea la necesidad de conversar sobre la salud mental y definirla apropiadamente; el segundo, describe de la violencia sexual ejercida de manera brutal contra las mujeres en el marco del conflicto; el tercero, contiene historias de personas torturadas e insiste en la necesidad de visibilizar este delito muchas veces subsumido en otros delitos como

el homicidio; el cuarto tema, describe en las voces de sus sobrevivientes las múltiples pérdidas sufridas en el desplazamiento forzado.

El capítulo quinto se refiere a la necesidad de superar los vacíos en la ruta de atención psicosocial para las víctimas de minas antipersonal. El capítulo sexto, reúne tres entrevistas a representantes del gobierno sobre los avances y retos en materia de salud mental en el “posconflicto”; el séptimo capítulo presenta una entrevista y un reportaje que analizan críticamente el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a víctimas (Papsivi) sus fortalezas, falencias y los desafíos más apremiantes en atención para las víctimas, y finalmente, el capítulo octavo recoge las recomendaciones de expertos, nacionales e internacionales, sobre cómo los medios deberían cubrir temas relacionados con la salud mental de los colombianos, y especialmente, de los sobrevivientes de múltiples violencias.

Capítulo I

¿Por qué no se habla de salud mental en Colombia?

El antropólogo Carlos Uribe nos comparte su perspectiva sobre esta impostergable conversación en nuestro país.

“Hablar del malestar en nuestra cultura no se hace porque nos gusta vivir de nuestros lugares comunes”,

Carlos Alberto Uribe.

Entrevista al antropólogo, Carlos Alberto Uribe, profesor titular del Departamento de Antropología de la Universidad de los Andes.

FSJ: ¿Desde una perspectiva antropológica qué impacto tienen los conceptos, los discursos sobre salud mental y las intervenciones psicosociales y terapéuticas, en el conflicto armado en Colombia?

CU: Lo que brindan los antropólogos es la sensibilidad y la diversidad, mirar estas cuestiones desde diferentes puntos de vista y ponerlas en un contexto social y cultural, esto es importante.

Sin embargo, me temo que a estas sensibilidades antropológicas con respecto a la diversidad, a cuidarse de lo etnocéntrico, a cuidarse de lo autoritario, de escuchar la voz del otro, no se les preste atención porque los protocolos son los mismos y de un cierto tipo de aproximación psicológica.

Entonces esto nos lleva a un tema más complicado. ¿De dónde vienen los protocolos, en qué se inspiran y cómo contrastan con esas sensibilidades antropológicas?

Sobre eso se ha escrito mucho, pero básicamente tiene que ver con la biologización de la enfermedad mental, es decir, el avance de la psiquiatría biomédica, un avance centrado en torno a un elemento simbólico de poder extraordinario: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de los Estados Unidos, que a partir de 1980 dio un giro hacia lo biológico.

Hay un sesgo hacia mirar la enfermedad mental en términos de patología médica, con base en investigación neurobiológica y la universalización de ciertas categorías de enfermedad del DMS, por ejemplo, el trastorno por estrés postraumático.

FSJ: ¿Qué es la salud mental?

CU: ¿Qué es la salud? Es suficiente pensarse como se piensa en ciertos sectores médicos como ausencia de enfermedad? ¿O desde una perspectiva sistémica es práctico pensar la salud como el equilibrio

biopsicosocial? Porque si ese equilibrio no se da en Dinamarca, donde tienen altas tasas de suicidio y depresión, mucho más difícil que se dé acá. ¿O podemos hablar como lo planteó René Leriche en el siglo XIX: “La salud es la vida en silencio de los órganos”.

FSJ: Es poética esa definición...

CU: Es bellísima, es mi preferida. Cuando usted está sana usted no siente su cuerpo.

Pero usted quiere una perspectiva antropológica, entonces añadiría yo, que en un contexto particular, dentro de un tejido de relaciones sociales, y unas definiciones culturales de normalidad y patología.

De hecho esta definición es tomada del filósofo y médico francés George Canguilhem autor del libro: “Lo normal y lo patológico” en el cual demuestra que la enfermedad también es normal, desde el punto de vista biológico porque es un proceso biológico pero no es normativo. No es tan fácil separar lo normal de lo patológico hasta el punto de que los epidemiólogos prefieren hablar de un rango más que de una taxonomía, hablan de procesos de salud y enfermedad.

FSJ: ¿Qué efectos tiene el conflicto armado en las comunidades afrodescendientes e indígenas, en sus “cosmovisiones”?

CU: “Cosmovisiones” son visiones del mundo, del universo y la cosmogénesis es cómo se origina. Siempre que se habla de “cosmovisión” y cosmogénesis se habla de que son comunidades no tan sofisticadas, que están en el terreno del mito y no de la ciencia.

La idea de cosmovisión los “exotiza”, los pone en el terreno de la creencia y no de la razón, los ponemos en el terreno de la tradición pero estas personas son mucho más sofisticadas.

Por ejemplo para los indígenas de la Sierra Nevada uno de sus problemas filosóficos es explicar por qué sus hermanitos menores se matan y por qué nos llamamos civilizados, por qué vamos a la Sierra a dañar el equilibrio del mundo.

Ahí hay pensamientos vivos aunque la idea de la “cosmovisión” es que son pensamientos inertes, pero estos hombres son pensadores, están explicando el mundo.

La violencia afecta a los grupos afrodescendientes del Pacífico y lo están pensando y lo más interesante es que esto que llaman “cosmovisiones” tienen unas intersecciones de puro lenguaje planificador. Entonces hablan de actores armados, por ejemplo, de priorizar acciones, todos hablan el lenguaje de las víctimas y como están ins-

“Soy muy escéptico de lo que están haciendo, precisamente por ese enfoque cognitivo conductual¹ que, me parece, se queda muy corto en este tema”.



critos en el Registro Único de Víctimas, son reconocidos como tales, saben cómo tienen que hablar para ser víctimas y para acreditar sus búsquedas de ayuda porque de lo que se trata es de sobrevivir. Son comunidades que pierden la tierra porque en las zonas rurales, zonas de colonización, zonas selváticas, en la altillanura, en las zonas donde avanza la frontera agrícola, el problema es la tierra, estas comunidades son expulsadas de la tierra y desplazadas. Viniendo a las grandes urbes a poblar zonas de periferia pero no cualquiera. La gente del Pacífico y la del Caribe van a ciertas zonas; por ejemplo, la localidad de Suba, Ciudad Bolívar, reorganizando el tejido social porque provienen de veredas próximas y, en algunos casos, se conocen.

FSJ: ¿Prácticas de salud comunitaria y/o psiquiatría clásica, cuál enfoque es mejor para sanar las “heridas mentales” que ha dejado el conflicto?

CU: Yo creo que hay demasiado experto en estos temas. Sí hay muchas estrategias psicoterapéuticas que podrían usarse con estas personas víctimas de la violencia, pero no quiero pontificar sobre ellas, no estoy trabajando en ese campo. Soy muy escéptico de lo que están haciendo, precisamente por ese enfoque cognitivo conductual¹ que, me parece, se queda muy corto en este tema.

FSJ: ¿Es la salud mental una construcción socio cultural que debe tratarse desde un enfoque multidisciplinario?

CU: Hay un debate muy serio sobre si los valores son universales o si hay valores que tengan sentido sólo desde la costumbre, desde el entorno cultural. ¿Qué es lo construido culturalmente en términos de bienestar?

Eventualmente puede resultar no tan bondadoso porque se puede pensar que el machismo -que es muy responsable de la violencia- es normal desde el punto de vista cultural porque se da en ciertas regiones del país, pero eso no es saludable.

Si se asume una posición construccionista-relativista, no se pueden criticar las conductas agresivas de los hombres contra las mujeres porque eso forma parte de tejidos culturizados.

Entonces, hay que apelar a ideas generales, a valores universales que tienen que ver con el respeto por la mujer, valores desde el discurso feminista, pos-feminista para explicar la violencia masculina y todo ese entorno de agresividad, que está muy ligado al trauma de la violencia. Ese es el peligro del construccionismo, no quiere decir que no haya una resignificación desde el aquí y el ahora, que lo hace más fascinante, pero la discusión no es sólo entre universalismo y construccionismo, es algo más complejo, como tampoco exclusivamente una discusión entre biología y cultura.

FSJ: ¿Qué diferencias hay entre los discursos del psicólogo, del psiquiatra, el antropólogo, etc., sobre el impacto del conflicto armado en la salud mental? ¿Cuál debe usarse?

CU: Si va a hablar desde un punto de vista psiquiátrico, la opinión prevalente en cuanto a lo que genera la enfermedad mental, patogénesis, es endógeno, tiene que ver con el sistema nervioso central y, fundamentalmente, con disfunción neurofisiológica.

No es que ese psiquiatra que está a favor de esto defienda una etno-patología endógena y desconozca la relación del sujeto o de su “paciente mental” con el mundo. Pero para ese especialista, generalmente, lo cultural, lo psicosocial no es patogénico sino patoplástico. Son dos términos técnicos.

El segundo término tiene que ver con que los síntomas están matizados, influenciados por la cultura y los contextos particulares en los que se mueve su paciente.

El antropólogo va a decir ¡No! esto es una construcción cultural, tratará de desvirtuar la neurobiología, en particular la neurofisiología, y va a hablar desde una perspectiva muy influenciada por Michel Foucault, en torno al biopoder; entonces va a pensar que el paciente es víctima de ese biopoder y hay que liberarlo de las garras de la psiquiatría.

Que bien puede ocurrir pero el síntoma es psiquiátrico, la enfermedad mental existe; el paciente sufre y termina volviendo donde el psiquiatra para que le dé el tratamiento farmacológico.

¿Ve usted el problema? La alternativa no es liberarlo de las garras de la psiquiatría o dejarlo con tratamiento farmacológico como una especie de camisa de fuerza química.

Hay algunos que se van por la mitad y dicen: realmente la cura por la palabra y no la cura por el fármaco son importantes, la psicoterapia; me inclino mucho a eso, no desdigo del fármaco.

¹ <http://www.cetecova.com/index.php/terapia/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual>

¿Cuál psicoterapia? Cognitivo conductual, sistémica, psicodinámica, inspirada en psicoanálisis, o el psicoanálisis. Eso depende...

FSJ: ¿Y cómo plantearle la idea del psicoanálisis a un Wayuú?

CU: Por ejemplo. Pero hay tratamientos etno-psiquiátricos y gente que está trabajando en eso.

FSJ: ¿Cree que en Colombia se le ha dado suficiente importancia a la comunidad como espacio de intervención, diagnóstico y de prevención en salud mental?

CU: La magnitud de nuestro drama es tal que todas las acciones se quedan cortas. Además estos asuntos entran y salen de la agenda de la opinión pública.

Cuando estamos hablando de enfermedad mental y violencia, estamos haciendo de lado, esa “enfermedad mental callejera” que nadie parece tener en cuenta seriamente, que entra y sale de los titulares rápidamente.

Por ejemplo, ¿No hay algún tipo de malestar en la cultura en la cual hay linchamientos o cuando unas personas persiguen a otras por transportarse en unos carros que no les gustan a ellas?

Ahí hay algo, y no estamos hablando de enfermedad mental; esa violencia de la vida cotidiana y el consecuente trauma que hace que vivamos a la defensiva y no haya una noción de vida en común: ¿La patologizamos o no la patologizamos?

¿Desde qué punto de vista la podemos considerar?

FSJ: ¿Qué lugar ocupa el sufrimiento psíquico en la sociedad colombiana y cuál debería ocupar?

CU: Cuando hablamos de violencia siempre pensamos que eso está por allá lejos... Montes de María, Caquetá, eso es una medida protectora, asumirlo allá. El tema del sufrimiento psíquico nos lleva al papel del sacrificio que está marcado por una palabreja que usamos mucho en Colombia: ¡Tocó!

¿Usted se ha puesto a pensar en el tocó colombiano? ¡Tocó tener paciencia! ¿Qué hay detrás de esa palabreja? ¿Se da cuenta que ese tocó nuestro no tiene nada que ver con la piel, con los sentidos?

FSJ. Es un tocó de sufrimiento...

CU: Es un tocó de sufrimiento, del destino, es un tocó fatalista, que expresa una actitud de resignación o en los términos que están usando ahora, de pérdida de la agencia.

FSJ: ¿Ese lenguaje fatalista es una señal de malestar emocional?

CU: Yo creo que sí porque se pierde la iniciativa para establecer vínculos, para crear tejido social, una frase muy pomposa que utilizan ahora. Sobre todo ese tocó ¿Sabe qué hace? Pospone el gozo, es sospechoso del gozo.

El gozo no tiene que ver definitivamente con la rumba porque la rumba nuestra no es tan gozosa, es catártica y en ese orden de ideas, es explosiva, con peligro porque tiene alcohol. Se podría hacer todo un tratado sobre la rumba y sus relaciones con el gozo y la violencia.

FSJ: ¿Qué cambios se necesitan para tener una conversación abierta sobre la salud mental en Colombia?

CU: Lo primero quitar esas terminologías expertas. Necesitamos sentarnos a hablar en castellano porque aquí estamos plagados de expertos; esta es la tierra de los expertos.

Hay una falta de confianza en nosotros mismos y una capacidad de imitación de lo de allá. Yo sí creo que podemos pensar solitos y hay que entender a los del Norte y a los del Sur, pero atrevemos a pensar originalmente.

FSJ: ¿Qué aportes puede hacer la antropología para encontrar nuevas maneras de hablar sobre la salud mental en Colombia?

CU: Lo mejor que podemos hacer como antropólogos es darle la palabra a los afectados.

FSJ: ¿Cómo ha influenciado el conflicto armado nuestras representaciones de salud y enfermedad?

CU: Hablar del malestar en nuestra cultura no se hace porque nos gusta vivir de nuestros lugares comunes: que somos un pueblo rumbero, feliz, echado pa' lante y ciertamente hay gente muy valiosa, este es un pueblo valioso; imagínense si logramos hacer las paces con nosotros mismos, eso sería fantástico.

FSJ: ¿Qué tipo de nociones sobre salud mental se deben privilegiar en Colombia?

CU: Una idea de la vida y del ser en la cual se privilegie mucho más el gozo, la biofilia, el placer de vivir en un país con posibilidades, que no se agota en lugares comunes, un país diverso, que es un goce si lo mira uno bien.



Capítulo II



Violencia sexual y salud mental.

En el conflicto armado la mujer ha sido gravemente afectada por las múltiples violencias contra ella, especialmente, la violencia sexual que convirtió su cuerpo en un botín de guerra.

Hay un sistema de creencias y de prácticas alrededor de la violencia sexual que re-victimiza a la mujer

Procesos de acompañamiento colectivos e individuales permiten que las mujeres superen los daños emocionales causados por la violencia sexual.

Entrevista a Natalie Sánchez, psicóloga, magíster en estudios culturales y miembro del equipo profesional de la Casa de la Mujer.

FSJ: ¿Cuáles son los impactos en la salud mental de las mujeres afectadas por la violencia sexual y la tortura?

NS: Nosotras preferimos hablar del bienestar y el malestar asociado a la violencia; hay daños psicosociales asociados a experiencias traumáticas ocasionadas por la violencia.

Los impactos en la salud mental de las mujeres son variados. En nuestra experiencia, hemos encontrado varios ciclos. Al principio el desamparo es total pues se revive el miedo a la violencia sexual que tenemos las mujeres en las sociedades patriarcales; ese miedo se hace realidad y la posibilidad de que vuelva a ocurrir es inminente. El desamparo está unido a un dolor emocional, hay una desconexión con el cuerpo -como mecanismo de defensa- ya que el cuerpo es la prueba de la experiencia traumática.

También las mujeres re-experimentan el hecho traumático, tienen pesadillas, ataques de pánico, en distintos contextos: en el bus, en una noche cualquiera mientras caminan cuando algo les recuerda el hecho. A veces hay reacciones de mucha agresividad hacia algunas personas, hacia los hombres, o el compañero afectivo, si lo hay, esto depende de las circunstancias en que se dieron los hechos.

Cuando el evento ocurre en presencia del compañero afectivo, esto afecta la relación de pareja, se culpa al otro, se le exige lo que no puede hacer y la agresividad aparece como mecanismo de defensa.

Además se presentan daños asociados también con la vida sexual y afectiva de las mujeres ya que muchas veces se culpan por los hechos y, de una manera inconsciente, se castigan.

Cuando vuelven a sentir placer sexual, por ejemplo, hay una tendencia a no sentirse merecedoras de volver a disfrutar la sexualidad porque es como si estuviera mal, esto afecta sus experiencias eróticas y afectivas.

Otras afectaciones están relacionadas con la desconfianza hacia los hombres, alrededor de lo masculino, muy fuerte. Además hay daños físicos pues comprendemos la salud de las mujeres de una manera holística- no separamos el cuerpo de su universo emocional.

La violencia sexual tiene consecuencias físicas como un embarazo no deseado, el VIH, Sida, el virus del papiloma humano y algunas veces, por la sevicia con la que se comete la violación, hay afectaciones en las rodillas y los brazos porque la violencia ocurre en una situación de tortura.

Estas experiencias dejan mucho dolor y son difíciles de procesar. No a todas mujeres les ocurre lo mismo, pero hemos encontrado estas constantes.

FSJ: ¿Qué lenguaje utilizan para referirse a estas afectaciones? ¿Han tenido casos con diagnósticos psiquiátricos?

NS: Nosotras hablamos de daños psicosociales, daños en la salud mental pero entendiendo la salud mental como la posibilidad de bienestar que tienen las mujeres.

En esa medida los daños son interpretados como los malestares asociados a las experiencias traumáticas como la violencia, que dejan secuelas tanto en quienes las padecen como en quienes son testigos.

Nos alejamos de las patologías; es decir, creemos que lo que les ocurre a las mujeres después de las experiencias de violencia son reacciones normales que tiene un ser humano y que lo anormal es la experiencia de violencia. Hay algunos casos que tienen agravantes sí, pero desde nuestro enfoque de acompañamiento no privilegiamos ese lenguaje.

FSJ: ¿Qué clase de acompañamiento ofrecen ustedes?

NS: Nuestro acompañamiento promueve lo colectivo y que las mujeres compartan con otras que han sido víctimas porque así crean lazos de solidaridad, de comprensión.

Nuestro acompañamiento es psicosocial y jurídico, van de la mano los dos procesos. Además del acompañamiento psicosocial, en algunos casos ofrecemos espacios terapéuticos individuales porque no tenemos la capacidad institucional para hacerlo siempre. Tenemos también un proceso de acompañamiento que se llama **Memoria Soy Yo**. A través de este las mujeres pasan por tres espacios: una reflexión crítica feminista de la memoria alrededor de las mujeres; luego se les enseña lo básico en fotografía, las invita-

mos a tomar fotografías de sus experiencias de vida, a que narren lo que quieran, y, posteriormente, se hace una exposición y se publica un libro. Las mujeres son las expositoras de la galería, este es un proceso catártico.

Después de los procesos colectivos quienes lo deseen pueden tener un espacio de acompañamiento individual -según nuestras posibilidades de ir a los territorios porque dependemos de la cooperación- llevamos muchos procesos por teléfono.

En los espacios individuales hacemos una revisión muy cuidadosa de sus experiencias de dolor y aportamos elementos, desde la teoría crítica feminista, que permitan comprender por qué ocurren estas violencias. Esto les ayuda a no culpabilizarse, a fortalecer la autoestima y promover la autonomía.

Hay casos en los que hemos acompañado a una mujer durante seis meses, pero llega un momento en que no vuelve y, de pronto, regresa al año; otros, los atendemos con mucha intensidad, viéndonos cada quince días, y otros cada mes. **Las mujeres tienen sus tiempos y hay que respetarlos.**

FSJ: ¿De qué manera afecta a las mujeres la imposibilidad de ejercer su liderazgo político?

NS: Muchísimo. En el caso de las lideresas el patriarcado ejerce una presión muy fuerte sobre ellas con el fin de constreñirlas en el ámbito privado. Muchas veces los castigos por participar políticamente son la violencia sexual, las amenazas, el reclutamiento de sus hijas e hijos y el asesinato de sus familiares.

La restricción de la participación de las mujeres, además de quebrantar la posibilidad de ejercer su ciudadanía plena, deja daños muy fuertes. Hay mucho dolor al no entender lo que ocurre ahí.

A veces los actores armados logran que las mujeres bajen su perfil político, pero muchas continúan pues las mujeres que ejercen liderazgo tienen unos niveles de resistencia impresionantes.

Entre las afectaciones más comunes que experimentan están la zozobra -ante las persecuciones constantes y las amenazas- la desconfianza, el miedo, y la irritabilidad porque está en riesgo la vida.

“A veces los actores armados logran que las mujeres bajen su perfil político, pero muchas continúan pues las mujeres que ejercen liderazgo tienen unos niveles de resistencia impresionantes”.



FSJ: ¿Cuáles recursos emocionales favorecen la superación del hecho violento?

NS: Las víctimas de violencia sexual son variadas. Dependiendo de esa diversidad aparecen los recursos emocionales para superarla. El baile, el arte y la escritura son algunos de esos recursos que usan las mujeres para llevar a cabo sus procesos y nosotras las acompañamos. **Algo que motiva mucho es que esto no le ocurra a otra mujer. Para algunas se vuelve muy importante narrar lo ocurrido, hacer visible lo que pasa con las mujeres en Colombia y ser una voz de esperanza para otras;** en otras es una apuesta política que la violencia sexual no quede en la impunidad. Las mujeres se ayudan espontáneamente, se conectan a través de las redes sociales y los conversatorios, tejen sus propias redes de apoyo.

Nosotras las guiamos para que la primera motivación sean ellas mismas porque a veces las motivaciones son otras, como por ejemplo los hijos, y es válido pero en el proceso de ganar autonomía se espera que lo más importante sean ellas mismas. Es un proceso lento.

FSJ: ¿Qué importancia tienen los elementos culturales en la recuperación?

NS: Son fundamentales y lamentablemente son precarios porque en nuestra sociedad **hay un sistema de creencias y de prácticas alrededor de la violencia sexual donde se termina revictimizando a la mujer.**

Esto ocurre sobre todo en los sistemas judiciales y de salud donde se crea un contexto agresivo que se convierte en una experiencia traumática adicional. Creo que las organizaciones sociales de mujeres terminan siendo el único lugar acogedor.

Algunas mujeres nos han dicho: **“Yo acá es la primera vez que dejé de sentirme loca porque en todo lado sentía que me trataban como si estuviera loca”.** Además, **los medios de comunicación son terribles;** la forma como hablan en las emisoras sobre casos de violencia sexual con amarillismo y cuestionando la ocurrencia de los hechos.

Estamos en una cultura patriarcal en la cual las acciones de resistencia de la mujeres se ven con sospecha y hay una naturalización, en zonas de conflicto, de la violencia y de la prevalencia de la violencia sexual.

Entonces uno escucha relatos como: **“Pues es que acá a las niñas las violan a los diez años”**, es casi como un orden social y se convierte en algo natural. ¡Es muy difícil! Hay mucho miedo, **una de las formas**

en las que opera la violencia sexual es instalando la vergüenza y la culpa.

FSJ: ¿Ustedes utilizan un enfoque diferencial para mujeres afrodescendientes e indígenas?

NS: Tenemos una mirada crítica frente al proceso de colonización de las mujeres afro e indígenas. Somos conscientes y lo hacemos explícito, hablamos sobre ser mujer y estar en un contexto geográfico particular y racista que incrementa los tipos de violencia; esa es nuestra mirada diferencial, la reconocemos y la ponemos sobre la mesa.

Reconocemos que estamos en una situación diferente nosotras porque somos mujeres profesionales, estamos en la ciudad y tenemos privilegios. **Por eso, nos comprometemos a contribuir en la construcción de un país a medida de todas las mujeres porque somos bien distintas.**

Hacemos unos acuerdos con las mujeres: hablamos de que somos diferentes, ponemos límites, hay temas de los que no conversamos como la política partidista y la religión. Los espacios de cierre de los talleres los construimos con ellas; con las mujeres afro cantamos alabao.

FSJ: ¿Las mujeres evalúan el acompañamiento que les ofrecen?

NS: Cuando tenemos proyectos que nos permiten sentarnos con las mujeres y evaluar, se hace. **Las mujeres tienen autonomía sobre sus casos y sus experiencias, algunas sienten que no tienen un contexto seguro para denunciar y no denuncian.** En todo caso, la violencia sexual no prescribe y en cualquier momento pueden denunciar.

FSJ: ¿Cree que el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas¹ (Papsivi) responde a las necesidades psicosociales de las mujeres que sobrevivieron la violencia sexual y la tortura?

NS: Es una pregunta muy difícil. Nosotras hemos sido críticas frente a la atención psicosocial. Frente al Papsivi cuestionamos su ejecución, su implementación, el tiempo en que tardó en formularse, los contratos que hubo no fueron muy explícitos, las formas poco participativas en que se consolidaron las guías, pero **también creemos que las instituciones van avanzando y haciendo esfuer-**

¹ https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/Victimas_PAPSIIV.aspx

zos, muchas veces en cobertura, pero no sabemos qué tanto en calidad.

En nuestra experiencia, el Papsivi en Buenaventura en el año 2014 no operó. Entonces uno dice: ¿Buenaventura uno de los sitios más críticos en violencia sexual y que no opere el Papsivi²? Que la Unidad de Víctimas estuviera en Cali y sea esto difícil para la gente, son aspectos cuestionables.

Existe una página que permite ver cómo está operando el Papsivi pero no conocemos un informe oficial que dé cuenta de la calidad de esa atención.

También creemos que, a veces, hay desarticulación entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad para las Víctimas. No obstante, en el sistema de salud hay algunas instituciones que han avanzado más que otras, muy lentamente, como por ejemplo Medicina Legal; pero jamás los avances son suficientes para las necesidades del contexto.

FSJ: ¿Cuáles son sus recomendaciones para periodistas y académicos que escriben sobre violencia sexual y tortura?

NS: Primero revisar cuales son sus prejuicios frente a la violencia sexual y cómo esos prejuicios se evidencian cuando narran un caso de violencia sexual; segundo, respetar el principio de confidencialidad porque muchas veces en los afanes del sensacionalismo se flagela la dignidad de la persona; tercero, centrarse en la relación de subordinación entre la víctima y el victimario para que se cree una solidaridad social alrededor de la víctima y una sanción social alrededor del victimario.

No crear especulaciones en las cuales se cuestiona el relato de la víctima, ser cuidadoso con las fuentes, no acelerarse a comprender demasiado rápido, tener una postura reflexiva y crítica sobre por qué ocurre la violencia contra las mujeres.

Hay que leer alrededor de las cifras, oficiales y no oficiales, sobre violencia sexual, evitar el uso sexista del idioma y **revisar la forma en que se enuncia la experiencia de la persona porque muchas veces ésta resulta re-victimizante.**

FSJ: ¿Es necesario utilizar siempre la imagen de una mujer sexualmente victimizada?

NS: Yo creo que no. ¿La pregunta es para qué? ¿Es útil?

² En el año 2015 el Papsivi era ya ofrecido en Buenaventura.

“Cuando ese deseo no está, la concepción es tan violenta como la violación”, Karina Dianderas.

El embarazo por violación sexual deja secuelas psicosociales en las mujeres. Karina Dianderas trabajó en la unidad de salud mental de la Comisión de la Verdad, en Perú, y hace algunas recomendaciones para Colombia.

Karina Dianderas, psicóloga clínica peruana, empezó su trabajo comunitario con víctimas del conflicto armado en el año 1995 en Junín (Perú) donde se perpetraron masacres, en su mayoría por Sendero Luminoso¹.

FSJ: ¿En qué consistió su trabajo en la Comisión de la Verdad y Reconciliación² en Perú?

KD: Mi trabajo con las víctimas del conflicto armado interno empezó antes de que Sendero Luminoso fuera derrotado. Trabajé con comunidades andinas en procesos orientados a la recuperación social y mental. Cuando se creó la Comisión de la Verdad y Reconciliación fui la responsable de salud mental en la sede regional centro.

FSJ: ¿Hubo un componente psicosocial en la Comisión de la Verdad y Reconciliación?

KD: No había un componente psicosocial. Hubo una unidad de salud mental desde que la comisión empezó. Lo primero que se hizo fue capacitar a los comisionados, a los responsables de las áreas y diferentes sectores que trabajaban allí.

FSJ: ¿Qué concepto de salud mental utilizaban en la Comisión?

KD: Que el efecto de la violencia está en el individuo y tiene un impacto en todas las áreas de su vida. Por ello debes mirar todas las áreas de funcionamiento de las personas. Siento que acá, en Colombia, todos tienen miedo de hablar de salud mental porque lo relacionan con la psiquiatría.

FSJ: ¿Las comunidades con las cuales ha trabajado hablan de salud mental?

KD: El concepto de salud mental no existe, como tal, en las comunidades andinas ni entre las minorías étnicas. Existe la idea del estado de bienestar, la capacidad de sentirse y estar bien.

Cuando uno trabaja allí se construye la concepción de salud mental con ellos, lo hacemos a través del arte. Les pedimos, por ejemplo, que dibujen un río; les preguntamos qué puede traer un río, algunos dibujan piedras, basura, casas, puentes, árboles y les preguntamos qué significa lo que han dibujado.

Empiezan a hablar. Las piedras son dificultades; los peces son oportunidades para salir adelante; el puente significa comunicación con alguien o que puedo salir de este lugar que no me gusta. Construimos juntos el concepto de salud mental y decimos: esto es salud mental y ellos van comprendiendo la noción.

FSJ: ¿Qué labor ha desarrollado con mujeres víctimas de la violencia sexual durante el conflicto armado peruano?

KD: Las he tenido en consulta, en terapia individual y trabajé con ellas durante la Comisión de la Verdad y Reconciliación. El trabajo de una Comisión de la Verdad es descomunal, creo que recibimos aproximadamente 17 mil testimonios en dos años.

Había un equipo de entrevistadores y no era suficiente. Las entrevistas duraban horas, y si no se terminaba, ellas volvían o los entrevistadores las visitaban.

Cuando había casos difíciles, mis compañeros me pedían que fuera. Por ejemplo, en el caso de una mujer torturada, a quien amenazaron con violarla y la desnudaron forzosamente.

Cuando llegué a hablar con ella hice la entrevista orientada a su ser de mujer, era distinto para ella hablar con una mujer, me contó que la violaron y me quedé con ella hasta muy tarde.

Fueron muy pocas las mujeres que en sus testimonios decían: me han violado. Ellas contaban todo excepto la violación. Obtuvimos los testimonios de violaciones de manera indirecta; los hombres decían: a todas las mujeres las violaron.

Testimonio directo hubo, pero muy poco; es algo muy íntimo, a la mujer le es difícil hablar, especialmente con entrevistadores hombres.

La Comisión de la Verdad y Reconciliación no reparaba. Ofrecerle acompañamiento a una persona era repararla, no se podían hacer procesos terapéuticos con quienes daban su testimonio. Capacitamos a los entrevistadores, pues se requerían técnicas muy finas de entrevista.

¹ Sendero Luminoso <http://www.cverdad.org.pe/final/pdf/TOMO%20II/CAPITULO%201%20-%20Los%20actores%20armados%20del%20conflicto/1.1.%20PCP-SL/CAP%20I%20SL%20ORIGEN.pdf>

² <http://www.cverdad.org.pe>

FSJ: ¿Definían la violencia sexual como tortura?

KD: En el informe de la Comisión se considera la violación sexual como un hecho de tortura.

FSJ: ¿Las secuelas emocionales de una violación son transmitidas entre generaciones?

KD: Nosotros entrevistamos a una mujer que fue abusada sexualmente por siete soldados, a los 15 años de edad, en el marco del conflicto armado, y quien ha tenido un proceso terapéutico largo. A ella le negaron el derecho al aborto y la abogada que llevó su caso le recomendó no dar en adopción a su bebé. Ahora su hija, de 30 años, presenta secuelas.

¿En qué sentido hay secuelas en los nacidos de violación sexual? Hay una condición importantísima para darle un significado de ser humano a una criatura: el deseo³. **Desear un hijo va a hacer que la mujer le dé significado a esa criatura. Cuando ese deseo no está, la concepción es tan violenta como la violación.**

En este caso, no se desarrolló el lazo afectivo entre la madre y su hija. Ella quería entregarla en adopción y su abogada le sugirió no hacerlo porque si lo hacía no tendría prueba de la violación. En este caso, la hija producto de esa violación es la prueba. Esa niña fue conservada porque tenía un carácter probatorio judicial.

Otro aspecto es la persona con quien has concebido la criatura. La mujer que fue abusada tiene la imagen de la persona que invadió lo más íntimo de su ser; cuando ve la criatura, ve la imagen del terror y esto no favorece que desarrolle el vínculo con el bebé. (En el caso de esta mujer peruana siete soldados la violaron, no se sabe quién es el padre de la criatura).

FSJ: Esta mujer fue abusada sexualmente, no le permitieron abortar, no le permitieron darla en adopción; es decir, la forzaron a ser madre...

KD: Forzada a ser madre y a retenerla. Una adulta, la abogada, le dice a una niña de 15 años, luego de una experiencia de desprotección de la cual nadie la protegió, que conservando a su bebé conseguirá sus derechos.

“La persona es resiliente pero eso no quiere decir que algo no está resquebrajado y necesitas ayudarla a mirarse en un espejo para que lo recomponga”.



FSJ: ¿Cómo se relacionan madre e hija?

KD: Como no desarrolló un vínculo con su madre, la hija tiene actitudes violentas con sus propios hijos.

FSJ: En Perú ¿Una hija o hijo, producto de una violación, es sujeto de reparación?

KD: Sí pero la figura no está bien. La madre es la víctima directa, ella es víctima porque es hija de una víctima.

FSJ: ¿Cuál fue la motivación para publicar el libro *Llover sobre mojado, secuelas psicosociales del embarazo por violación sexual*?

KD: Ofrecer argumentos en el debate sobre el derecho al aborto cuando hay una violación sexual⁴ y aportar evidencia científica sobre la maternidad forzada.

Hicimos el análisis de 10 peritajes psicológicos –para cortes nacionales e internacionales– de mujeres abusadas sexualmente durante el conflicto, y otras en diferente contexto. Se titula *Llover sobre mojado* porque hay doble violación, el embarazo forzado es la segunda violación.

FSJ: ¿Las mujeres violentadas sexualmente se recuperan?

KD: No se recuperan totalmente. Vemos que una mujer se siente aliviada, la damos “de alta” y, de pronto, le ocurre algo y vuelve a empezar. En mi opinión, en Colombia el programa de “reparación mental” tiene que ser abierto, no limitado en número de sesiones ni de tiempo pues mientras la persona esté viva va a tener la manifestación de la secuela. La persona es funcional, pero no se recupera completamente de las secuelas.

FSJ: ¿Qué tipo de acompañamiento ofrecen ustedes en el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) de Perú?

KD: Cada caso es diferente, pero, en general, utilizamos la psicoterapia. Por medio de esta escuchas a la persona, recibes lo que tiene que decir, le devuelves algunas observaciones. Es como estar frente a los caminos. La psicóloga levanta la lámpara

³ “(...) es ella quien debe dar cabida a un elemento que siempre, en algún sentido, tiene una dimensión parasitaria, es decir, la de un organismo extraño que se alimenta de su cuerpo. Su actitud o su deseo inconsciente es lo que determinará si ese organismo será un esbozo de sujeto con intenciones y anhelos, o una *ajenidad* que progresa sin su consentimiento. *Llover sobre mojado, secuelas psicosociales del embarazo por violencia sexual*. Centro de Atención Psicosocial (CAPS). Página 47.

⁴ “En Colombia, la Corte Constitucional a través de la Ley 1719 del 2014 estableció una serie de obligaciones de las instituciones para garantizar el acceso a la administración de justicia y tratamientos de salud efectivos en favor de las víctimas de algún tipo de abuso sexual, especialmente aquellos casos que tuvieran relación con el conflicto (...) Una de esas medidas establecía que las entidades de salud debían tener facultades para establecer un modelo de atención integral para atender a quienes sufrieran ese tipo de agresiones. Además, el plan debía incluir tratamientos para la interrupción voluntaria de embarazos, como quiera que, en casos de violación, su práctica es legal”. Aborto en casos de violación no es sólo una opción. Tomado de <http://www.semana.com/nacion/articulo/aborto-corte-ordena-asesoria-obligatoria-si-hay-violacion/453127-3>

para que la persona vea los caminos y decida por cuál transitar; la acompaña un poco, pero no le dices qué hacer. La persona se apropia del método y continúa.

FSJ: ¿Qué aspectos del acompañamiento que han brindado en Perú, a las mujeres víctimas de violencia sexual, podrían ser útiles en Colombia?

KD: Escuché en el *Seminario Internacional Tejiendo Esperanzas*⁵, acerca de la importancia de no establecer una patología ni medicar a las víctimas. Desde nuestra experiencia, más de 20 años trabajando con ellas, implementando nuestro enfoque psicosocial -individual, familiar y comunitario- encontramos que ellas necesitan un espacio individual para procesar los temas.

Algunas necesitan acompañamiento a lo largo de los años, acá le tienen terror a eso, pero han ocurrido hechos tan terribles que requieren medicación.

Además creo que se requiere personal especializado no cualquier psicólogo sino psicoterapeutas. Por la magnitud del conflicto colombiano -que supera el peruano- se requieren procesos comunitarios; además del individual.

FSJ: ¿Qué retos observa en materia de salud mental durante el posacuerdo en Colombia?

KD: La resiliencia, los recursos emocionales que poseen las personas son formas válidas de cuidarse pero se corre el riesgo de idealizar a la víctima.

FSJ: ¿A qué se refiere con idealizar?

KD: La persona es resiliente pero eso no quiere decir que algo no está resquebrajado y necesitas ayudarla a mirarse en un espejo para que lo recomponga.

FSJ: ¿Qué otros desafíos existen?

KD: Nosotros tomamos las distintas formas que tienen las culturas para curarse e incorporamos lo nuestro para que haya el proceso intercultural. Los sueños, por ejemplo, y su lenguaje simbólico, son un recurso en las comunidades andinas, ellos se sienten aliviados. Con mi perspectiva clínica lo interpreto.

⁵ Seminario Internacional Tejiendo Esperanzas, atención Primaria en Salud con Enfoque Psicosocial a víctimas del conflicto armado, retos del sistema de salud colombiano frente a las nuevas necesidades de atención psicosocial en el marco de la construcción de la paz y el postconflicto. http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Seminario_Internacional_Tejiendo_Esperanzas.aspx

Si una persona cuenta su sueño es porque confía, el otro escucha, demuestra que le importa y quiere ayudarlo. Ahí hay un componente relacional y el resultado de esa interacción es lo terapéutico.

Entre el chamán y la persona que lo busca se da ese proceso terapéutico, sin necesidad de tener título de psicólogo. Yo dotó al chamán de recursos para que lo haga mejor. Actúo como facilitadora y aprendo de él.

FSJ: ¿Qué impacto ha tenido la psicología comunitaria en Perú?

KD: Cuando ha habido violencia se pierde la confianza. Si logras que una persona de la comunidad confíe se restablece la confianza en lo comunitario. En este proceso aprendemos otra forma de relacionarnos, una relación de cuidado y respeto, que empiezan a volcar entre ellos.

Nos convertimos en el nosotros, no es la psicóloga ayudándolos ni el experto que lleva el conocimiento; nos convertimos en facilitadores, los miembros de la comunidad diseñan, analizan y dirigen su proceso.

Eso lo expresé a miembros de los Centros Dignificar⁶ en Bogotá. Nosotros supervisamos cómo implementamos nuestro trabajo, esto nos ayuda para continuar con el proceso terapéutico individual y comunitario. En los Centros dignificar hablé sobre la importancia de no establecer una relación de poder y desigual; debemos bajar al nivel de la comunidad, eso permite construir una relación de confianza.

Liliana Karina Dianderas estudió psicología en una universidad peruana para mujeres, enfocada en la práctica en consultorio privado. Sin embargo, una oportunidad de trabajo con huérfanos y viudas del conflicto armado le cambió la vida. Desde entonces se dedica a la psicología comunitaria. “No es posible no conmoverse frente al dolor humano”, asegura.

⁶ Los centros "Dignificar" fueron creados en el marco de La Ley 1448 de 2011 (Ley de víctimas y Restitución de tierras), en ellos encontrará la oferta institucional distrital y nacional de las entidades que tienen responsabilidades para el restablecimiento de sus derechos. <http://www.victimasbogota.gov.co/?q=centros-dignificar>

Herencias ancestrales como el comadreo contribuyen a la recuperación emocional de las mujeres en Buenaventura (Colombia)

Cultura, solidaridad entre las mujeres y la atención psicosocial ayudan a superar los daños emocionales causados por la violencia sexual.

“**L**a violencia no nos ha dañado el comadreo”, afirma Bibiana Peñaranda Sepúlveda, lideresa de la Red Mariposas de Alas Nuevas Construyendo futuro de Buenaventura.

Bibiana pertenece a esta red de mujeres afrocolombianas que esperan mejorar las relaciones comunales a través del comadreo, un saber étnico y cultural fundamental, una estrategia “femenina” y no violenta de acompañamiento en el dolor.

Acompañamiento que ofrecen en barrios y comunas del puerto colombiano de Buenaventura donde viven y que pretende reconstruir tejidos sociales rotos. “En las reuniones, la mujer habla de lo que quiere hablar, si quiere llorar, gritar y pedir ayuda... es un momento en que la dejamos ser. Hacemos que sienta la fuerza del grupo, del comadreo”, explica Bibiana.

El objetivo es darle palabras de aliento. Le ofrecen la posibilidad de hablar con una amiga, de acompañarla a la Fiscalía, para que se sienta más segura al exigir sus derechos, ella decide cómo continuar.

Hay mucho dolor en estos espacios. “Uno de los elementos que se expresa cuando las mujeres no han sido tratadas por psicólogos ni psiquiatras, es que cuando se menciona algún tema que les recuerde su victimización empieza el llanto”, añade.

Las mujeres se acompañan sabiendo que todas han experimentado alguna forma de violencia y crean un ambiente de complicidad que ayuda a disipar esos dolores. Elaborando el duelo, comenta Bibiana, disminuye la afectación mental. Por eso realizan una atención en crisis, antes de empezar el trabajo de “sanación mental”, pues aunque las mujeres no usan expresiones como salud mental o trastorno mental, saben que existen.

“Lo sabemos y lo tratamos -asegura Bibiana- la mujer se ha enfermado cuando el hijo es desaparecido y le dijeron: ¡Ya no lo busque más! Esos hechos no son más ni menos graves que la violencia

sexual, el desplazamiento¹, el asesinato de los hijos, del marido, las mujeres intentan trabajarlo a través del comadreo”.

En los encuentros y círculos de saberes se detectan mujeres con mucha tristeza. Pero también encuentran antidotos como el humor, esa capacidad de reírse incluso de los problemas, para superarla.

“El humor es un elemento importante que te ayuda a mirar que el dolor no es lo absoluto; otro es el juego, el comadreo facilita eso, es encontrarse con otro ser humano. El comadreo es una herencia ancestral, el primer bautismo inicial, que lo hacen el compadre y la comadre. El comadreo en las casas, ayuda al encuentro comunitario, a crear un ambiente diferente al violento, distensiona la mente, relaja a las mujeres y crea un espacio fraterno”, dice Bibiana.

Otro recurso es el canto. Danelly Estupiñán defensora de derechos humanos del Proceso de las Comunidades Negras (PCN)² de Buenaventura observa cómo las canciones se incorporaron al proceso del duelo. **“Generalmente las personas que han sido víctimas de hechos violentos, componen canciones de sus situaciones, cantan sus penas y hacen versos.** Uno lo entiende como una terapia y como parte de ese duelo. Las composiciones narran el sufrimiento pero son esperanzadoras; todo está en el marco del legado cultural pues somos seres rítmicos en la vida y en la muerte”.

Briseida López³, una mujer afro de 69 años ha participado en reuniones convocadas por la Red Mariposas de Alas Nuevas Construyendo Futuro y otros grupos de mujeres.

“El humor es un elemento importante que te ayuda a mirar que el dolor no es lo absoluto; otro es el juego, el comadreo facilita eso, es encontrarse con otro ser humano. El comadreo es una herencia ancestral, el primer bautismo inicial, que lo hacen el compadre y la comadre”.
Bibiana Peñaranda.



Se unió a estas organizaciones cuando su hija fue diagnosticada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Después el asesinato de un nieto, de 17 años, y la desaparición de otro, hace cinco años, la acercaron más a estas iniciativas.

“Me tocó ir cambiando de un lugar a otro porque supe quiénes mataron a mi primer nieto –recuerda con voz firme Briseida- yo supe quiénes desaparecieron al otro, supe quien se lo llevó y a dónde. ¿Para qué lo dice uno? En el momento que uno abra la boca, peligra la vida de uno; además, los sueltan al otro día. Es mejor dejar las cosas así”.

¹ Buenaventura entre el desplazamiento interno y la muerte. <http://www.rebelion.org/noticias/2014/2/181274.pdf>

² ¿Qué es el Proceso de Comunidades Negras? <http://www.prensarural.org/recorre/pcn.htm>

³ Nombre cambiado a petición de la persona.

Briseida decidió asistir a los talleres y es una de esas comadres que apoyan a quienes les han asesinado a sus familiares y a personas con enfermedades tales como VIH y tuberculosis.

Ella vive en la Comuna 12 de Buenaventura. Pertenecer a estos grupos le permite estar equilibrada, conversar con otras mujeres. “¿Cómo manejas los duelos? Superado o no superado, hay momentos en que se te viene a la mente y uno pregunta: ¿Por qué? Pero poco a poco lo manejas porque hay personas que lo necesitan a uno”, afirma.

Ella ha acompañado también a mujeres que han sido maltratadas y abusadas sexualmente en este puerto del Pacífico colombiano. Por eso conoce la re-victimización de la que son objeto.

“En un mes una mujer ha recorrido más de 20 personas preguntándole qué le pasó, si iba desnuda ¿Pero y usted por qué andaba a esa hora, ¿Por qué andaba en shores⁴ en la calle, no tenía otra ropa? -asegura Briseida- la moral se la tiran al piso, en lugar de darle moral y no vuelve. Como no volvieron dicen que no pasa nada pero está pasando (...)”.

Jackeline Micolta Victoria, lideresa afro de Buenaventura ha acompañado a mujeres víctimas de la violencia sexual y múltiples violencias en su ciudad. “Desde mi trabajo en organizaciones de mujeres y como coordinadora del colectivo juvenil de violencia de género y derechos sexuales, he podido estar cerca de víctimas y he evidenciado que lo más difícil es perdonar”, indica.

También ha observado que algunas de ellas se sienten inferiores, que no pudieron hacer nada y sentirse impotentes les genera barreras mentales para enfrentar su vida.

“Conocí una joven de 13 años de edad embarazada de su victimario –dice Jackeline- y pude ver esa mirada triste. Le pregunté qué nombre le iba a poner al bebé. Me decía que se llamaría Gabriel porque le parecía bonito ese nombre. Verla en esas condiciones era muy triste”, señala.

Salomé⁵ es santandereana y llegó a Buenaventura hace 21 años. Hace 15 años, cuando trabajaba en un establecimiento de su hermana, fue retenida y violada. Salome es una de las muchas supervivientes de la violencia sexual que es usada como arma de guerra en Buenaventura y en varios departamentos de Colombia⁶.

También ha sido re-victimizada por personas cercanas quienes le dijeron: “Ojalá la hubieran violado todos” y por el sistema de salud⁷.

⁴ Es un colombianismo que se usa coloquialmente y reemplaza al anglicismo *shorts*.

⁵ Nombre cambiado a petición de la persona.

⁶ La violencia sexual en Colombia, un arma de guerra. <https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp-sexual-violence-colombia-sp.pdf>

⁷ “Hay un sistema de creencias y de prácticas alrededor de la violencia sexual donde se termina re-victimizando a la víctima”, Natalie Sánchez http://linkis.com/radiomacondo.fm/Hay_un_sistema_de_cr.html

Cuando habla Salomé parece tranquila pero ella se apresura a aclarar:

“Por fuera entera, por dentro con depresión. Sufro mucho de depresión y al año que volví, porque pusieron escoltas en el negocio de mi hermana, donde yo trabajaba, todos se me parecían, todos. Yo declaré hace un año y lo único que quiero es que cojan escarmiento”.

Le asignaron un psicólogo y recibió ayuda de Médicos Sin Fronteras, pero ese acompañamiento terminó. Salome, quien tiene depresión crónica, solicitó una cita con el psiquiatra en el hospital; esperó tres meses, la atendió en 10 minutos. Le asignaron otra cita por la cual debió esperar dos meses más.

“Uno no puede esperar dos meses. A veces estoy mal, me duele la cabeza, estoy estresada desde eso; ni mi hija ni yo tenemos trabajo, hay unos días duros”, precisa Salomé.

Danelly Estupiñán, amenazada de muerte⁸, sabe que el caso de Salomé no es el único. Como defensora de derechos humanos del Proceso de Comunidades Negras ha observado con preocupación que en los últimos 10 años las afectaciones emocionales se han convertido en un problema de salud pública en Buenaventura y sugiere la apertura de una clínica especializada.

“No hay interés ni de visibilizar ni de atender, por parte del gobierno local ni nacional, esto ha generado un incremento en el número de personas que están enfermas mentalmente y eso se evidencia en la calle, en la gente. Es difícil ocultarlo, en mujeres jóvenes de 30, 17, 25 años.

“Otros trastornos que a veces no son tan evidentes son el insomnio y las afectaciones del sistema nervioso relacionados con los escenarios de intensas violencias en barrios y comunas”, opina Danelly.

Resistencia y resiliencia

A pesar de este panorama, ella también destaca la fortaleza de su gente ante los hechos violentos. Prefiere el uso del término resistente en lugar de superviviente y/o víctima.

“La palabra víctima la acuñamos desde un sentido político (...) entendemos que son personas que sufrieron de manera intensa situaciones violentas, en el marco de un contexto de guerra. La norma colombiana ha usado este concepto y a través de este da ciertas respuestas institucionales a la problemática de la guerra.

“Lo usamos en nuestro discurso pero nosotros nos asumimos mas como un pueblo en resistencia –precisa Danelly- para nosotros el resistir no es aguantar, sino la forma de construir

⁸ Denuncian amenazas contra dos líderes sociales en Buenaventura <http://www.elpais.com.co/elpais/judicial/noticias/denuncian-amenazas-contra-dos-lideres-sociales-buenaventura>

un nuevo país, un país que nos respete, nos incluya, nos valore (...) desde nuestro punto de vista la resistencia no es mas que la verdadera construcción de paz”.

Para esta defensora de derechos humanos del Proceso de Comunidades Negras, el bienestar colectivo es fundamental y, por eso, no se puede vivir bien en un ambiente de violencia.

No poder salir a la calle porque cobran vacunas, tener fronteras invisibles, y megaproyectos⁹ como la explotación de carbón a cielo abierto, la estación portuaria son proyectos que en su opinión avasallan a la población.

La resistencia, la resiliencia y los elementos culturales, en general, juegan un papel muy importante en el pacífico colombiano:

“Como cultura afro somos ricos. Podemos ver que las canciones, la poesía, todo está relacionado con el marco del conflicto: sacan danzas donde narran la violencia, las historias y se visibiliza cómo salir de ella. Las expresiones culturales están narrando el conflicto, el abuso sexual contra las mujeres. Muchas organizaciones han incorporado lo cultural como estrategia de recuperación terapéutica”, añade Jackeline Micolta.

Otra forma de expresarse, que han elegido las mujeres, son los murales. Sirven para visibilizar cualquier problemática, es comunicación masiva y contribuye a la prevención. En los murales se presentan los estereotipos que deben eliminarse y explican que la violencia contra la mujer no es un asunto privado sino público.

Los murales fueron pintados para expresar que a las mujeres no les gusta que las maltraten, que merecen vivir una vida libre de violencias y esto es representado de múltiples maneras, un faro, una mariposa volando.

Las mujeres de Buenaventura han participado en la elaboración de murales, en mesas de trabajo y han establecido alianzas para aumentar el impacto de sus acciones a favor de los derechos humanos.

Respuestas institucionales

¿Qué han hecho las instituciones del Gobierno para responder ante esta problemática? Ofrecer atención e intervenir en los casos de las mujeres violentadas sexualmente requiere sumar esfuerzos. De acuerdo con Luz Nefalia Alegría, de la secretaria de Convivencia, Mujer y Género, del Distrito de Buenaventura:

“No es un trabajo que podamos hacer solos. En Buenaventura se trabaja en una mesa intersectorial donde están instituciones que hacen parte de la ruta de salud género, de violencia, y salud mental. Las organizaciones de mujeres son las primeras en atender porque están en la comunidad y porque hay un lenguaje desde lo afectivo, desde la cercanía”.

Además participan entidades de cooperación internacional, secretarías tales como las de salud, educación, de convivencia, mujer y género; además Medicina Legal, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), que suman conocimientos para intentar responder a las necesidades de las mujeres del puerto.

Según esta funcionaria local: “Estamos en el mejor momento de trabajo en equipo. Otra ganancia es el comité interinstitucional que exige transversalidad, en todas las secretarías, para cambiar esquemas de género y hablamos de mujeres, hombres, los colectivos LGTBI y sobre los roles”.

Si bien Luz Nefalia destaca los avances en esta materia, Bibiana Peñaranda considera que la salud mental no es un problema que se tenga en cuenta dentro de las afectaciones que tienen las mujeres que sufren violencia y que para las empresas prestadoras de salud (EPS) no es un asunto prioritario.

En esta área se desempeña Margarita María Cañaverl, coordinadora de salud mental del Distrito Especial de Buenaventura, quien afirma que se ha logrado el posicionamiento del componente de salud mental, como un derecho fundamental, y que la salud mental y violencia, por asunto de género, es importante en las agendas locales.

Peñaranda aclara que en la Mesa intersectorial el tema de la salud mental se introdujo en el año 2015, como elemento a tratar porque la salud mental es importante. “Es necesario para crear rutas y exigir derechos –explica Peñaranda- eso en términos institucionales, pero no hay una caracterización precisa ni plan de acción tan claro”.

Por su parte, Margarita María explica que: “Estamos preparando un plan para la recuperación emocional de las mujeres víctimas de la violencia sexual que han sido atendidas en la mesa de violencia por asuntos de género”.

Margarita es consciente de que aunque el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (Papsivi) atiende diferentes problemas de la población víctima del conflicto armado, por las características de la violencia sexual y las condiciones de los tiempos de la intervención que estos equipos hacen por familia, es difícil que estos casos sean diagnosticados. “Además el tratamiento psicoló-

⁹ Buenaventura: Genocidio invisible ante nuestros ojos. http://www.es.lapluma.net/index.php?option=com_content&view=article&id=606&Itemid=490

gico no alcanza a ser abordado por estos equipos –explica Margarita- ya que la recuperación de las víctimas no puede estar sujeta a un número de horas ni de sesiones determinado”.

“El Papsivi al identificar a una víctima de este tipo le ofrece la atención inicial, pero según las condiciones de la situación traumática debe hacer la remisión a la EPS para que la EPS cumpla con las obligaciones que establece el Plan obligatorio de salud (POS) y lo definido en el Acuerdo 029 de la Comisión Reguladora en Salud donde se define el tipo y número de sesiones que la víctima requiere”.

La psicóloga Natalia Sánchez de Casa de la Mujer afirmó en entrevista¹⁰: “En nuestra experiencia, el Papsivi en Buenaventura en el año 2014 no operó. Entonces uno dice: ¿Buenaventura uno de los sitios más críticos en violencia sexual y que no opere el Papsivi? Que la Unidad de Víctimas estuviera en Cali y sea difícil para la gente son aspectos cuestionables”.

Julián Calero, psicólogo de la Unidad de Víctimas atiende ahora en Cali y Buenaventura. En Buenaventura ha atendido casos como los de Salomé y Briseida, entre otros.

Ha visto en muchas mujeres el sentimiento de desesperanza por la impunidad ante la violación de sus derechos y la dificultad para narrar aquello que les pasó.

“Desde la Unidad de Víctimas se realizan atenciones únicas para generar remisiones al Papsivi¹¹; sin embargo, dada la alta demanda de atención por el impacto que el conflicto genera en esta región del país, se articula el trabajo con instituciones no gubernamentales como El Comité internacional de La Cruz Roja (CICR), Médicos Sin Fronteras (MSF), Heartland Alliance, a través del Proyecto Acopte, que cuentan con profesionales especializados”.

Estas organizaciones pueden extender el número de sesiones mientras que las sesiones del Papsivi son cinco. La posibilidad de ser derivados al acompañamiento por parte de organizaciones no gubernamentales ocurre cuando las personas así lo desean, dice Julián Calero, pues la noción de salud mental no es familiar para quienes

“Las expresiones culturales están narrando el conflicto, el abuso sexual contra las mujeres. Muchas organizaciones han incorporado lo cultural como estrategia de recuperación terapéutica”.
Jackeline Micolta.



provienen de las veredas y los corregimientos de Buenaventura.

“Muchas personas se niegan a tener el acompañamiento por considerar no estar enfermas. Por ello no se maneja el tema directamente en el espacio de la Estrategia de Recuperación Emocional. Se explica que es un acompañamiento a causa del impacto emocional que genera la guerra en sus vidas y cuyo objetivo es aportar herramientas para disminuir el dolor y el sufrimiento”, explica Calero.

Una de esas organizaciones independientes que trabajan en Buenaventura es Médicos Sin Fronteras (MSF). Daniel Macía, psicólogo cartagenero y miembro del equipo de Salud mental, señala que en sus interacciones con los consultantes utilizan el término sobreviviente pues desculpabiliza, desvictimiza y genera empoderamiento en su situación.

“En este proyecto estamos centrados en salud mental, en la parte emocional y cognitiva de la persona y en cómo es afectada por eventos violentos. Vemos la salud como un concepto único que incluye parte física y mental”, comenta Macía.

El acompañamiento que ofrece Médicos Sin Fronteras a mujeres que fueron violentadas sexualmente y torturadas no tiene un tiempo determinado. “Esto depende de la rapidez con que mejoran –agrega Macía- con la que recuperan su funcionalidad. Intentamos hacer intervenciones muy puntuales enfocadas en las situaciones de violencia”.

El proceso de recuperación está ligado también a los recursos de afrontamiento¹², que es la capacidad de respuesta de las personas a los hechos violentos, y de la disposición que tengan. “Hace unos meses -dice Macía- iniciamos un Centro de Atención Psicológica telefónica, gratuita y confidencial, siete días a la semana llamando al #335. Tenemos también varios equipos en la Isla, en las comunas y el casco urbano, se trabaja con base en una programación”.

El servicio que ofrece MSF procura no ser unidireccional. Se nutre de las formas locales de concebir la vida, y la salud, e incluye en su equipo a trabajadores de la región quienes conocen la situación de Buenaventura.

Al preguntarle a Daniel Macía por la diferencia entre esta atención y la del Papsivi señala: “No hay camisa de fuerza, en cuanto al número de sesiones para afrontar la situación e intentamos llegar a personas que difícilmente tienen acceso a la atención”.

¹⁰ “Hay un sistema de creencias y de prácticas alrededor de la violencia sexual donde se termina re-victimizando a la víctima”, Natalia Sánchez <http://linkis.com/ye9XI>

¹¹ Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (Papsivi) https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas_PAPSIVI.aspx

¹² Son recursos y esfuerzos, cognitivos y de comportamiento, orientados a resolver el problema, reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación.

Promoción y prevención

Ante la gravedad y la sistemática violación de los derechos humanos en Buenaventura, y las afectaciones que producen, todo esfuerzo parece insuficiente; otro obstáculo es el acceso a la atención.

Por ello, Médicos Sin Fronteras tiene un componente en psicoeducación, a través de las consultas, en las cuales explican a los consultantes sobre lo que viven y hablan sobre salud mental.

Además cuentan con espacios de formación para identificar signos y síntomas que hablen de un posible caso y poder brindar primeros auxilios psicológicos. “Ofrecemos talleres a docentes porque esos primeros momentos de crisis son fundamentales. Los talleres varían dependiendo del grupo y de la disponibilidad. Se hacen cada 15 días, o cada tres semanas, y consisten en cuatro sesiones de tres horas por sesión”, indica Daniel Macía.

Por su parte el psicólogo de la Unidad de Víctimas, Julián Calero, explica que ellos realizan acciones, dentro y fuera del territorio, y campañas para prevenir la violencia de género y el maltrato infantil.

La Unidad de Víctimas participa en espacios interinstitucionales como la mesa intersectorial y la mesa de salud mental. “Sin embargo -aclara Julián- las acciones que ahí se plantean son para toda la población, y el rango de acción de la Unidad de Víctimas se limita a personas víctimas o en riesgo de sufrir hechos victimizantes”.

Las acciones dirigidas a diferentes sectores de la población agrega Margarita María, coordinadora de salud mental de Buenaventura, están definidas en el plan de intervenciones colectivas que contempla: violencia escolar, violencia intrafamiliar, violencia social y política y violencia sexual, esta última se trabaja de la mano con la mesa de violencia por asuntos de género, la secretaría de educación y con salud sexual y reproductiva.

Estas acciones son importantes¹³. No obstante, en opinión de Bibiana Peñaranda es incipiente lo que se hace en salud mental porque depende del sistema de seguridad social. “Se está empezando a visibilizar el asunto (...) Creo que se necesitan instituciones sensibles -asegura- frente al tema de salud mental y que puedan hacer la relación entre el contexto familiar, social y no como problema personal sino social”.

Bibiana, reconocida lideresa de la ciudad, comenta que en la mesa contra la violencia y la salud mental se sensibiliza para darle nombre y ponerle rostro a la afectación mental.

Allí trabajan para que se conozcan las leyes, los derechos, para crear atención, protección, prevención y trabajar con esos tres elementos. La mesa se reúne una vez al mes.

Retos en salud mental

Según Médicos Sin Fronteras, que hace parte de esas mesa, algunos retos son el acceso a los servicios de salud mental, contar con profesionales preparados para atender a la población, asegurar acompañamiento y control del tratamiento a personas con necesidades psiquiátricas.

En ese mismo sentido se expresa Julián Calero para quien uno de los vacíos tiene que ver con el sistema de salud: “Es precaria la atención, además que el negocio de la salud en Colombia pasa por encima de cualquier principio como el de la humanidad y de cualquier derecho como el de la vida”.

Uno de los aspectos necesarios para avanzar en salud mental es mejorar el servicio que prestan las empresas prestadoras de salud. “En el distrito una de las principales dificultades es la implementación de los planes de atención que deben tener las EPS según lo establece el POS, pues son ellos los responsables de la recuperación física y emocional de las víctimas. Se requiere que cada EPS implemente un plan de atención que acoja el Acuerdo 029 y lo establecido en la Ley 1616, o Ley de salud mental, disponiendo de una adecuada red para la prestación de los servicios tanto en la mediana como la baja complejidad”, reitera Margarita María Cañaverál.

Además, insiste Cañaverál, es fundamental fortalecer la labor interinstitucional, con lo que se ha logrado articular la mesa de violencia de género y la mesa de salud mental para seguir trabajando por los derechos de esta población.

Tratamientos cortos y carencia de un enfoque diferencial son otras falencias a superar. “Estamos a años luz del enfoque diferencial. Falta que los funcionarios y funcionarias del Estado se sensibilicen, que dejen de re-victimizar a las mujeres, que conozcan qué es una violencia de género y étnico y dejar de suponer que ella se lo buscó (...) mientras estemos en la legitimación de la violencia los enfoques diferenciales no se darán porque les diremos que es por culpa de ellas. La estructura debe cambiar y ponerse al servicio de las personas”, señala Bibiana Peñaranda.

Bibiana y Danelly, ambas mujeres afro y activistas, consideran que se debe analizar, al hablar de salud mental y violencia, el enfoque de desarrollo que no responde a los deseos de las comunidades.

¹³ Entre las acciones que adelantan está la difusión de la Ley 1257, violencia contra la mujer, la Ley 1620, convivencia escolar, y derechos humanos, con una mirada integral e integradora, que incluye otras afectaciones relacionadas con la violencia como es el consumo de psicoactivos.

“No hay bienestar integral porque amenazan otras formas de vida. Nosotros comprendemos que para nuestra subsistencia necesitamos de esas otras formas de vida. El carbón contamina el aire, los lixiviados afectan los peces, si no se pesca esto afecta la práctica tradicional (...) –afirma Danelly- nosotros somos erradicados al ser contaminado ese pez. Para nosotros estar bien, que es bienestar, es estar bien en todos los sentidos: la parte física, emocional, mental, en lo organizativo, el medio ambiente, en los lazos de afinidad y familiaridad”.

Danelly cree que es importante dar explicaciones acerca de la violencia como estrategia para imponer un modelo económico que favorece a las empresas privadas.

Bibiana expresa esa misma preocupación por el territorio. “Las mujeres tenemos una forma de mirar el territorio pero no nos permiten vivir como queremos vivir. Hay que seguir cuestionando el sistema patriarcal”.

Mientras persisten la violencia sexual contra las mujeres, las múltiples violencias en Buenaventura y los retos a superar para responder satisfactoriamente a las afectaciones emocionales y físicas que deja el conflicto armado, las mujeres afro siguen trabajando.

Mercedes Segura, exdirectora de la Fundación para el Desarrollo de la Mujer (Fundemujer), quien ahora hace parte de la Secretaria de Convivencia, Mujer y Género, considera que la resiliencia de las mujeres del pacífico colombiano es clave para seguir adelante.

“Las mujeres surgen de las cenizas con más ganas de seguir aportando a través del comadreo para brindar apoyo. No nos amilnamos –dice Segura- hemos creado redes de solidaridad que nos permiten salvaguardar la vida, que es amenazada por defender los derechos humanos. Las mujeres no se echan para atrás”.

Las mujeres de Buenaventura se reúnen en círculos de saberes, encuentros comunitarios donde vuelven a las historias, las leyendas, a los cantos, a las poesías, toman viche¹⁴, y organizan lunadas de solidaridad en los barrios en fechas especiales como el día de la madre, del padre y de la no violencia contra las mujeres, entre otras.

Su forma de ver el mundo, su cultura pacífica de resolución de conflictos es una manera de resistir la violencia que los ha afectado. “Estamos convencidas de que el comadreo nos puede ayudar a desestructurar esa violencia”, asegura Bibiana Peñaranda.

La representación de Buenaventura en los medios de comunicación

Las organizaciones sociales y gubernamentales recomiendan:

- Visibilizar el abuso sexual sin re-victimizar a la mujer.
- Utilizar fuentes confiables.
- No apelar al morbo, a la cantidad de muertos, a describir cómo asesinan, etc.
- Evitar fotos morbosas.
- Mencionar las causas y el contexto.
- Hacerle seguimiento a las noticias.
- Despojarse del lenguaje sexista.
- Escribir, en clave de mujer, el sentir de las mujeres.
- Menos amarillismo.
- Menos clasismo.
- Mostrar las fortalezas de las personas.
- Mostrar los esfuerzos comunitarios.
- Utilizar la comunicación afectiva y asertiva con las supervivientes.
- No presentar los hechos de una manera fría.
- Ofrecer análisis e informes sobre la estructura de la violencia.
- Presentar la guerra detrás de los megaproyectos.

¹³ El Viche <http://legoelviche.blogspot.com.co> Lea también: <http://www.mineduacion.gov.co/cvn/1665/w3-article-316577.html>

Capítulo III

Tortura y salud mental.

La tortura es constantemente invisibilizada por el gobierno y los medios de comunicación, pero deja secuelas en mujeres y hombres torturados física y psicológicamente durante el conflicto armado colombiano.

“La violencia sexual tiene una finalidad y va más allá de lo individual”, Ricardo Tamayo.

“Para el espanto, agrega Maurice Blanchot, no hay la buena distancia posible, sólo la evitación o la fascinación. El que mira está o demasiado cerca - implicado y capturado - o demasiado lejos - ajeno, quizás insensible”.

Entrevista a Ricardo Tamayo Fonseca, psiquiatra forense, miembro de la Asociación Colombiana de Psiquiatría y miembro del Comité de evaluación psicológica de la Tortura de la Comisión Psiquiátrica Mundial.

FSJ: ¿Por qué no se nombra la tortura psicológica al hablar sobre violencia sexual?

RT: Según la legislación internacional, la violencia sexual en el marco de un conflicto es una categoría específica de tortura. La Corte Constitucional reconoció el carácter sistemático y generalizado de la violencia sexual en el conflicto colombiano, reconoce que es un delito de lesa humanidad. Generalmente, los procesos en los cuales hay víctimas de violencia sexual entran en la investigación jurídica como tortura y desde el dispositivo forense, la base fundamental es una evaluación de tortura, aunque la evaluación tiene unas particularidades.

FSJ: ¿Cuáles son las particularidades de la violencia sexual como tortura?

RT: La tortura se hace con un fin específico que no es únicamente el desfogue libidinoso o instintivo de quien comete el delito, obedece más a una estructura con un propósito definido. Lo que hay detrás es generar unos cambios en la mujer víctima y en la comunidad en la cual está inscrita esa mujer¹. El daño se propaga más allá del daño individual y, en ese sentido, cumple con la finalidad de la tortura: la tortura va encaminada a la destrucción del sujeto, a la destrucción del yo, y al daño de la persona inserta en una dinámica social y co-

munitaria; lo que se daña también es cómo funciona una persona en la comunidad. Por eso, la violencia sexual tiene una finalidad y va más allá de lo individual.

FSJ: Durante la Comisión de la Verdad en Perú, las mujeres tenían dificultad para hablar sobre violencia sexual por ser algo muy íntimo y también porque muchos entrevistadores eran hombres.

¿Cómo se aproxima usted, siendo hombre, a una mujer que ha sido violentada sexualmente?

RT: Es una dificultad técnica que a veces obliga a cambiar de evaluador. Pero hemos echado mano de nuevas herramientas. Por ejemplo, conformar equipos de entrevistas; no es una sola persona, un psiquiatra y una psicóloga, eso ayuda a que fluya un poco más la información. La víctima se siente más segura de contar su experiencia frente a un hombre cuando está presente una mujer.

Claro, esto también depende de las habilidades técnicas de quien dirige la entrevista, si se cuenta con la posibilidad de hacer un encuadre empático, respetuoso, donde lo más importante es la dignidad y el cuidado emocional, el puede fluir mejor.

FSJ: ¿En los casos que ha trabajado, qué tipo de sufrimiento psicológico provocó la violencia sexual?

RT: En la evaluación del daño que tiene una víctima después de la experiencia traumática hemos contemplado que la evaluación debe hacerse en varias dimensiones: el daño directo a la salud mental; el daño individual psicosocial, el daño psicosocial colectivo y, otras lesiones al sujeto, tales como el daño a la identidad y el daño al sujeto político. Es muy difícil separar esas dimensiones, lo hacemos más por una razón técnica, cuando se lesiona la salud mental, se lesionan los otros componentes del sujeto. Para nosotros es importante ver cuál es el daño a la salud mental pues como médicos y psiquiatras tenemos la responsabilidad frente a la persona de mostrar el daño, en términos de la nosología, para que el juzgador determine el nivel de reparación.

Si somos poco específicos en la parte de la salud mental y nos centramos sólo en los daños psicosociales el juez puede quedar, digamos, corto en el momento de exigir la reparación. Entonces debemos utilizar el discurso de la psiquiatría para mostrar el daño en la salud mental, pero no nos quedamos solamente en eso. Intentamos evaluar el daño psicosocial individual, colectivo, y en las demás dimensiones.

¹ “Una masculinidad alternativa garantizaría que los procesos de reconciliación sean efectivos y no haya repetición”, Javier Ómar Ruiz. http://www.es.lapluma.net/index.php?option=com_content&view=article&id=6073:2014-09-06-11-10-33&catid=101:las-comunidades-en-resistencia&Itemid=436

FSJ: Las mujeres violentadas sexualmente en la Masacre de El Salado² narran con distancia -en tiempo y espacio- del hecho . ¿Ese distanciamiento afecta o beneficia la narración?

RT: La tortura se instala en la mente de la víctima, se queda ahí, el efecto torturante aparece en cada recuerdo³ del evento, en cada situación que la persona enfrenta. Al buscar atención en salud, al asistir a una diligencia judicial o al escuchar noticias que tenga que ver con su experiencia, se reedita la experiencia traumática.

Los relatos que hacen las víctimas, dependen de muchos factores: de las características propias del sujeto, su educación, su edad, de las posibilidades de verbalizar la experiencia traumática, a algunas les cuesta más que a otras. La mente de una persona que ha sido torturada sufre unos daños y la construcción de la temporalidad se altera. Por eso, los relatos son muy difíciles y relatan su experiencia de una manera un poco caótica, se ubican en un punto en el cual al entrevistador le es difícil seguir un hilo; eso es una característica de una mente traumatizada.

En los casos que hemos visto, a pesar de que pasan muchos años entre el momento del hecho y cuando acceden a la evaluación forense, vemos que el efecto traumático está ahí.

Lo que intentamos en la evaluación forense es explorar cómo es la vivencia emocional del evento traumático y se determina que hay veces en que está vivo y activo, genera sufrimiento en el aquí y el ahora y cuesta dejar esas experiencias en el pasado. La evaluación va encaminada a observar que elementos de la mente han sido puestos en jaque con la experiencia traumática.

Olvidar es imposible, entonces hay que resignificar esa experiencia y ese es un trabajo terapéutico que puede tomar años. El trabajo con víctimas tiene que ser específico y saber que ese estado mental que se instaló desde el hecho violento tiene unas particularidades y las formas de reparar son también muy específicas. El hecho traumático genera

“Olvidar es imposible, entonces hay que resignificar esa experiencia y ese es un trabajo terapéutico que puede tomar años. El trabajo con víctimas tiene que ser específico y saber que ese estado mental que se instaló desde el hecho violento tiene unas particularidades y las formas de reparar son también muy específicas”.



² La masacre de El Salado: diez años después, las exigencias de verdad, justicia y reparación siguen vigentes. http://www.coljuristas.org/documentos/boletines/bol_n42_975.pdf

³ "El testimonio crudo es obsceno", Marcelo Viñar. <http://literariedad.co/2015/07/12/el-testimonio-crudo-es-obsceno-marcelo-vinar/>

unos daños de carácter indeleble en la mente; esto no quiere decir que no haya posibilidades de reparación a futuro, pero es difícil para la persona volver a ser la de antes.

FSJ: ¿Qué elementos comunes encontraron en las narrativas de las mujeres víctimas de la Masacre de El Salado?

RT: La vivencia del horror y el registro de su cercanía a la experiencia de la muerte; esos dos elementos van de la mano, y marcan la vida emocional y psíquica de una persona.

Generalmente, una persona no tiene acceso a la experiencia subjetiva de estar muriendo o de la inminencia de la muerte. Las víctimas de tortura llegan a esa dimensión de registrar su proceso de morir; eso desestructura la mente, eso genera un daño a largo plazo.

Ese es un elemento que se ve en la víctima de violencia sexual, la víctima de violencia sexual no cree únicamente que la van a violar, tiene la certeza de que va a ser asesinada y, parte de ese proceso, es la vulneración de la sexualidad.

FSJ: ¿Cómo describen el entorno torturante en la Masacre de El Salado?

RT: El entorno torturante de esa masacre comenzó mucho antes de que ocurriera: hubo amenazas, panfletos, hubo una masacre previa y el ambiente de la población estaba enrarecido.

Existía la sospecha de que algo podría ocurrirles. Una vez entra la tropa paramilitar se alteran todas las dinámicas y las relaciones de la población, se irrumpe de manera violenta el espacio, hay un entorno hostil, un entorno amenazante y controlado por las armas y el sujeto armado.

Hay un ejercicio de la violencia y obligan a los habitantes a observar la violencia; con esa obligación de ser testigos de la violencia, ya podemos hablar de que hay tortura. Presenciar la tortura de otro es tortura.

FSJ: ¿Cuáles son los objetivos del psiquiatra forense al recoger el testimonio?

RT: Nosotros tenemos que seguir unos protocolos. Nos basamos fundamentalmente en el protocolo de evaluación básica del Instituto de Medicina Legal, sumado al Protocolo de Estambul⁴.

El Protocolo de Estambul pretende determinar si los hallazgos psi-

⁴ Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1sp.pdf>

cológicos que presenta la víctima son compatibles con la vivencia de esa experiencia; si esa reacción psicológica es de alguna manera esperable en el contexto de la víctima, en el contexto social y cultural en el cual se desenvuelve la víctima.

Hacemos entrevistas únicamente en el marco de un proceso judicial y la entrevista forense es una prueba más dentro del proceso; algunas veces puede ser la prueba definitiva, y, otras, puede que no tenga mucho eco en el proceso judicial.

Con el protocolo tenemos que plantear si el relato es compatible con las vivencias que están denunciando o si hay un falso alegato de tortura. Hasta ahora no hemos tenido ningún testimonio donde pensemos que hay un falso alegato de tortura, en general, los casos que hemos visto tienen coherencia en el testimonio.

La verdad es que los casos de evaluación que llegan a Medicina Legal son muy pocos; es algo preocupante porque la mayor parte se quedan sin acceso a la justicia ni al dispositivo de evaluación forense.

Desde la Ley de Justicia y Paz, del año 2005, hemos atendido en la regional Bogotá 70 casos de violación de derechos humanos, de esos 70 casos, unos 30 eran por el delito de tortura, la mayoría de estos cometidos por paramilitares o miembros del Estado.

FSJ: ¿Por qué si toda tortura física es tortura psicológica, no se maneja ese concepto en Colombia?

RT: Porque realmente el concepto de la tortura psicológica es nuevo y no se había trabajado académicamente en ese sentido. Siempre se le ha dado relevancia a las huellas físicas de la tortura, las investigaciones suelen empezar cuando existen huellas físicas visibles, la dimensión emocional, siempre ha quedado como en segundo plano. Es a través de la investigación y en distintos trabajos con víctimas donde se le ha dado importancia a la vivencia del sufrimiento mental por parte de las víctimas.

Hoy en día, se le da cada vez más importancia además porque aunque existe una prohibición absoluta de la tortura, ésta ocurre en la mitad de los países del mundo y cada vez hay técnicas más sofisticadas para torturar sin dejar huellas físicas.

Son cada vez más relevantes las modalidades de tortura sin dejar huellas físicas; ahí es donde la tortura psicológica ha entrado a jugar un papel importante, la evaluación de esa tortura psicológica⁵ es a veces la única posibilidad de documentar que un hecho sí ocurrió, de mostrarle eso a un juez y es la única herramienta que va a tener el juez para tomar una decisión.

FSJ: ¿Esa línea tan delgada entre la definición de tortura y los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes dificulta aún más la investigación y el trabajo de los psiquiatras forenses?

RT: Sí. Más en nuestro medio porque no existe una categoría jurídica en el Código Penal colombiano que tipifique los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes⁶, está el delito de tortura y nada más. Entonces, esa es una dificultad muy grande, generalmente, ese tipo de situaciones vienen en la investigación por otros delitos: el delito de amenazas, el delito de lesiones personales pero no se tipifica la tortura. Yo pienso que los fiscales tienen esa misma dificultad, en qué lugar ubicar la experiencia de la persona que está buscando justicia, si lo hacen en el delito de tortura o en cual otra categoría para abrir el proceso judicial.

⁵ Sentencia condenando a Hugo Daney Ortiz a pena de prisión y multa por tortura agravada contra la periodista Claudia Julieta Duque. <http://www.derechos.org/nizkor/colombia/doc/julie65.html> Ver también: http://www.elcolombiano.com/periodista_claudia_julieta_duque_conto_a_la_corte_como_fue_la_persecucion_del_das_en_su_contra-FWEC_2897386 Convención contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>

⁶ Convención contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>

Con la tortura se envía un mensaje en clave de terror a las personas

La tortura deja huellas indelebles en los individuos que sobreviven a ella.

“En el oprobio extremo, un ser humano es toda la humanidad, a la vez único y distinto, representante y portavoz de toda la humanidad”,

Marcelo Viñar.

“**N**o vayas a correr porque te dejo ahí tendido”. Le dijeron al hijo de Salomé¹. Lo llevaron detrás de unos tanques, le dieron tablazos mientras él lloraba y repetía que no era un niño malo.

“Mi hijo tenía 13 años y me lo iban a descuartizar. Ese día me levanté, se me nubló la vista. Dios me intranquilizaba, me decía que orara por él, y yo oraba. En el trabajo, algo me decía que orara por él, me gritaba el nombre de mi hijo”, recuerda Salomé.

Al pequeño le gritaban: “Decí la verdad si no querés que te deje en una chuspa en la casa de tu mamá” mientras recibía tablazos, correazos y observaba a su alrededor chuspas, machetes, baldes, y escuchaba gritos detrás del tanque de la Carmelita.

De repente, apareció una mujer y pidió que dejaran quieto al niño, que no era malo, que él fue a dejar una libra de arroz, a una señora, en un carro de balineras.

A Salomé se le erizó la piel al escuchar el relato de su hijo, pero procuró mostrarse fuerte frente a él e intentó convencerlo de hablar con un psicólogo. “Mi hijo tiene secuelas. Él se asusta, se pone nervioso –señala Salomé– y yo me pongo nerviosa. Le digo: si no me ayuda, no voy a poder superarlo ni usted tampoco. Hubo un tiempo que no salía; cuando capturaron al que lo iba a matar, él pegó el grito”.

El pequeño reconoció a su agresor y le pidió a su madre que lo denunciara pero ella no quiso pues pensó que seis meses, o un año, después saldría libre además tampoco puede irse del barrio ni abandonar su casa.

¹ Nombre cambiado a petición de la persona.

² Envié varios correos electrónicos a la oficina de prensa de la Policía Nacional para indagar sobre esto pero nunca respondieron.

“ (...) Los policías los llevan y van y los dejan para que los maten², a algunos los llevaron de un barrio a una casa, los llevaron para que los mataran, a los muchachos con antecedentes, van y los tiran al barrio de la banda contraria”, señala Salomé.

Para Salomé esto es absurdo. Su hijo, inocente, iba a pagar por nada. “No entiendo su lucha porque pagan personas inocentes. Y la persona que delinque también tiene derechos, despreciarlo y despedazarlo... es no tener corazón, no tienen conciencia, no están en sus cabales. No hay derecho, el delincuente tiene dolientes, por el hecho de que esté en un camino indebido no es para hacerle eso”, enfatiza.

Lamentablemente, estos hechos traumáticos no ocurren sólo en Buenaventura. Luis Botero, se desplazó forzosamente de San Carlos (Antioquia)³ en el año 2001. Estuvo en Medellín un tiempo y llegó a Buenaventura donde es comerciante.

Lo torturaron las autodefensas, lo acusaban de ser guerrillero. Él les decía que no era guerrillero ni quería serlo. “Me metieron en medio de 40 uniformados de esas autodefensas y me decían que corriera que si me volvían a ver por allá me picaban, me tiré por un terreno y caí en un alambre de púa y quedé con cicatrices”, señala Luis.

Describe con tristeza que en los años 2000⁴ y 2001 veía bajar camiones con gente que escogían. Al primo de su papá lo “picaron” y al papá de un amigo, lo tiraron a una quebrada.

Tiene en su memoria muy frescos los recuerdos: el llanto de los niños huérfanos, cerca de la finca de su padre en Santa Rita, y levantarse a la una de la mañana para esconderse detrás de las rocas esperando que amaneciera.

“Cuando yo fui torturado me sentí muy humillado. Sin deber nada porque yo no debía nada, ejercía voto, trabajaba como una mula en Santa Rita⁵. Me acusaban de guerrillero sin yo serlo –dice sin poder controlar el llanto–, me torturaban, me enterraban fusiles. Yo me vine de la finquita que conseguí jornaleando, en compañía de un hermano. Es como una mentira estar vivo pero Dios lo quiso así.

“En Medellín veía militares y no sabía dónde meterme, quedé como dos años así. La fuerza me la fui dando yo mismo, alejándome de por allá, sabía que trabajaba y tenía la comidita, de andar tan entretenido, si no me hubiera enloquecido, o estaría en los extramuros, muerto del susto”, asegura.

³ Así vivieron el conflicto armado en San Carlos (Antioquia). <http://www.verdadabierta.com/masacres-seccion/3721-asi-vivieron-el-conflicto-armado-en-san-carlos-antioquia>

⁴ Masacre de San Carlos. <http://www.mioriente.com/embalses/san-carlos/masacre-de-san-carlos-febrero-2000.html>

⁵ La realidad de los desplazamientos forzados en Ituango. <http://www.colectivodeabogados.org/La-realidad-del-desplazamiento>.

⁶ 15 años de la masacre de El Salado <http://www.eluniversal.com.co/regional/bolivar/15-anos-de-la-masacre-de-el-salado-la-reconstruccion-de-un-pueblo-185198>

Luis sobrevivió a la tortura, pero tiene un dolor que no cede: su hermano, John Fredy Botero Morales, fue desaparecido en el año 2001. Su mayor anhelo es saber de él, encontrarlo y, mientras espera, le manda a celebrar misas.

Violencia sexual es tortura

Otra forma en que se ejerce la tortura es a través de la violencia sexual. En opinión de Silvia Gaviria, psiquiatra, el abuso es lo peor que le puede pasar a un ser humano porque deja una huella indeleble e irreparable. “Esto es una tortura, pero una tortura con sevicia, gravísima”.

“La memoria episódica hace compensación con amnesia pero la memoria emocional persiste; lo cual quiere decir –aclara Silvia– que así tú no recuerdes el episodio doloroso, tu sistema y tu respuesta emocional puede permanecer alterada.

“La dimensión del daño al organismo, al cerebro, es algo que hemos subestimado y puede ser tan grave como los secuestros como otro tipo de torturas”.

Por su parte, el psiquiatra forense, Ricardo Tamayo, asegura que la tortura sexual comporta uno de los mayores daños para las víctimas, un ejemplo de ello es la Masacre de El Salado⁶.

En esta masacre, los primeros informes no recogen los testimonios sobre violencia sexual, muchas mujeres no hablaron de la violencia sexual. “No recibieron la atención psicosocial que requerían ni en materia de justicia⁷ y eso puede generar daños en varias generaciones, no sabemos el impacto que ha tenido en las generaciones”, explicó Tamayo en el LIV Congreso Nacional de Psiquiatría.

Aunque se prohíbe la tortura en el marco normativo internacional⁸, esta prevalece y se practica en muchos países del mundo, incluido Colombia pese a los esfuerzos de activistas, defensores de derechos humanos y supervivientes para frenarlo.

“En Colombia se invisibiliza la tortura, se da la subsunción de la

“No entiendo su lucha porque pagan personas inocentes.

Y la persona que delinque también tiene derechos, despresarlo y despedazarlo... es no tener corazón, no tienen conciencia, no están en sus cabales. No hay derecho, el delincuente tiene dolientes, por el hecho de que esté en un camino indebido no es para hacerle eso”.

Salomé.



tortura en otros delitos como la desaparición forzada y la ejecución extrajudicial. Pero por supuesto que no existe desaparición forzada sin tortura, es casi imposible pensar que a las víctimas las desaparecieron, pero no las torturaron previamente. Por el contrario – aclara Ricardo Tamayo– en los hallazgos de cadáveres hay prevalencia de la tortura; sin embargo, ésta no se investiga, se investiga la desaparición forzada”.

En su experiencia como psiquiatra forense, los relatos de las víctimas de violencia sexual permiten establecer y documentar la magnitud del daño psicológico que tienen frente a fenómenos como estos.

“La tarea no es solo en la descripción de signos y síntomas, quedarnos en un diagnóstico como es la depresión porque eso al final no da cuenta de la realidad de la experiencia traumática. (...) Hay repercusiones en el funcionamiento social, cambios perdurables en la personalidad. Está pendiente el trabajo de documentación de la tortura en la génesis del daño”, aclara Tamayo⁹.

En su concepto, la tortura y otros delitos de violación de los derechos humanos tienen consecuencias más allá de lo conocido en las categorías diagnósticas, y existen grandes dificultades en el acceso y la evaluación¹⁰.

Entre tanto, Dora Lucía Lancheros directora de la Corporación Avre explica que la violencia sexual tiene un impacto sobre la concepción de sí mismo, del cuerpo y esa violencia pretende despolitizar a las mujeres.

“Uno se mueve por el mundo creyendo siempre en alguien o en algo y cuando eso se rompe, se trastoca ese piso de seguridad que se tiene –asegura Dora– si la tortura trasgredió la esfera de lo corporal, de lo tangible, siempre está el recuerdo muy vivo.

“La violencia sexual es tortura, la tortura física es siempre psicológica. Hay un avance en el tema de violencia sexual, de visibilizarlo, en el Ministerio de Salud. ¿Pero dónde están los efectos como tortura? Se requiere más experticia”, subraya.

Torturar para silenciar

Con la tortura se envía un mensaje en clave de terror para silenciar a las personas. Las reacciones son variadas. “No se habla de eso porque está el pánico en la gente, porque el próximo es usted; al mismo tiempo, esto termina siendo cotidiano, se ha naturalizado. Fue al de la otra cuadra, mientras no me toquen y yo no escuche, pues me horroriza un poco pero también sigo adelante porque es tan cotidiana la violencia que la gente tiene que seguir, no se puede quedar

7 La masacre de El Salado: diez años después, las exigencias de verdad, justicia y reparación siguen vigentes. http://www.coljuristas.org/documentos/boletines/boi_n42_975.pdf

8 La tortura se prohíbe en este marco normativo internacional: Declaración Universal DH – 1948; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos – 1966; Convención Americana sobre DH (Pacto de San José) 1969; Convención contra Tortura y otros TPCID 1984; Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura 1985, y el Estatuto de Roma de la CPI 1998

9 Tortura: caracterización del fenómeno en Colombia y propósitos análisis de narrativas <http://psiquiatrals.congresovirtual.info/topic/tortura-caracterizacion-del-fenomeno-en-colombia-y-propositos-analisis-de-narrativas/>

10 Ibidem

anclada a eso”, explica Néstor Rubiano Soto, psicólogo y referente de salud mental de Médicos Sin Fronteras.

Briseida López¹¹, es una mujer afro-colombiana que perdió a dos nietos, uno fue asesinado y el otro desaparecido. Es una mujer activa y solidaria con quienes han sufrido tanto o más que ella, su fuerza le ha permitido seguir.

“Se debe tener mucha entereza para manejarlo, donde estoy ahorita, no les ha pasado nada. Pero yo trato de no mantenerme en la casa, si no en una reunión, en un taller, ocupada, activa”, afirma Briseida.

Los hechos violentos provocan miedo entre los habitantes de Buenaventura y los visitantes. “El desmembramiento de personas es una práctica macabra que genera un impacto directo sobre la tranquilidad y la salud mental de quienes habitan los sectores donde están ubicadas las casas. Hay que enfatizar esta modalidad de tortura se realiza hacia la persona que se encuentra con vida, es decir es desmembrada viva –explica Julián Calero psicólogo de la Unidad de Víctimas en Buenaventura- los lugares donde realizan estas prácticas suelen ser casas de personas que han sido desplazadas forzosamente, y luego ocupadas por los actores armados para cometer diferentes delitos como el abuso sexual, hurtos, torturas, entre otros”.

Julián señala que en esa zona del país se cree que cuando las personas son asesinadas y su cuerpos quedan completos pueden realizarse ciertos rituales que harán sufrir al victimario, llevarlo a la muerte o enfermarse mentalmente. Por ello, los cuerpos son cercenados y dispuestos en diferentes lugares para evitar que esto ocurra.

Más allá de estas creencias, las personas son afectadas seriamente. “Los impactos emocionales comunes por causa de la tortura física y psicológica son la ansiedad, el estrés postraumático, el trauma, y la dificultad para establecer relaciones.

“La tortura en conflictos armados tiene una forma de operar diferente, si es el cuerpo femenino o masculino. Tiene un rol importante el género y así mismo se afronta (...). Tienen más fortaleza para seguir adelante las mujeres, en los hombres hay más vergüenza, presión social. La tendencia del conflicto es que sobreviven las mujeres, desarrollan la capacidad para salir adelante. En nuestros equipos de trabajo comunitario muchas son mujeres”, dice Diego Rodríguez, director Clínico en Heartland Alliance Internacional.

Otra forma de reaccionar a la tortura es aceptando como normal

la situación, no queriendo hablar de eso y manifestándose en grupo como ocurrió en Buenaventura el 19 de febrero de 2014¹².

En la Corporación Avre han establecido que los recursos de afrontamiento, individuales y colectivos, de los supervivientes de tortura tienen que ver con el perfil de las personas que atienden.

“Quienes son remitidos por organizaciones de derechos humanos demuestran capacidad de resistencia, de inquietarse por comprender que su experiencia tiene una intencionalidad, cuentan con redes apoyo, familiar y social, y creen que con ayuda pueden tener otro camino. El tema de lo simbólico, Avre lo viene trabajando hace mucho tiempo, representa lo que viene de adentro y cómo sirve en la elaboración de las experiencias”, señala Dora Lancheros.

“Los procesos de acompañamiento psicosocial, tienen más efectividad cuando se articulan con otras acciones relacionadas con el hecho violento –aclara Dora - por ejemplo la búsqueda de justicia: llevar procesos, ubicar a los responsables, que es un poco su verdad, si se quiere, contrastada con la de quien originó los hechos”.

¿Requieren un acompañamiento especial los supervivientes de tortura, diferentes a otros hechos violentos? Dora responde que sí porque la tortura tiene sus particularidades. Muchas veces, por ejemplo, la tortura física requeriría una atención desde un dictamen médico a través del Protocolo de Estambul¹³.

A partir de ese dictamen médico se necesita una coordinación muy fuerte para realizar acompañamiento psicosocial y, en salud mental, que logre determinar si hubo daños cognitivos.

El Protocolo de Minnessota¹⁴, entre tanto, se aplica a personas asesinadas, o que han muerto, para poder constatar lo que pasó, que es lo que le hace falta a los familiares, conocer la verdad, y lo que se busca con las exhumaciones.

“El acompañamiento en casos de tortura (...) requiere ciertas habilidades terapéuticas muy específicas porque el daño es tan fuerte y abarca todos los hechos de violencia, tantas dimensiones, y si fue, por ejemplo, una tortura sostenida durante un largo periodo de tiempo pues se menoscaban las capacidades esenciales de las personas. Por ello, crear un vínculo de confianza con el terapeuta requiere unos tiempos que no se evacuan en cinco sesiones, igual para víctimas de violencia sexual, estamos hablando de procesos de acompañamiento a mediano y largo plazo”.

¹¹ Nombre cambiado a petición de la persona.

¹² Buenaventura marcha para enterrar y ponerle fin a la ola de violencia <http://sjr.col.com/web/movilizacion-pacifica-en-buenaventura-en-contra-de-la-violencia/>

¹³ Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1sp.pdf>

“No estamos hablando de primeros auxilios psicológicos. La persona, para manejar esta situación debe tener un conocimiento de todas las esferas que afecta la tortura, en lo cognitivo, qué puede pasar, en el comportamiento, qué puede pasar, y en lo emocional, eso lo va a determinar mucho en qué condiciones se dio la tortura, es una violación de derechos humanos, que tiene unas connotaciones particulares en cuanto a su intencionalidad. No es como la desaparición forzada que se oculta para que no sepan que pasó, en este caso que se sepa, ahí dejó la huella, lo que en Chile llaman la huella indeleble. Entonces descifrar todo aquello que marcó la psiquis de una manera tan fuerte, es bien complicado”, enfatiza Dora.

Resistencia comunitaria

Además de los daños individuales, la comunidad se ve afectada. Diego Rodríguez asegura que la tortura: “es una forma de terror sistemático, de controlar a una comunidad a través del miedo, de formas más crueles y despiadadas; en segundo grado, hay un tema allí fuerte de cómo se multiplican las afectaciones, de la intencionalidad de propiciar control para confinar y desmontar cualquier organización”.

En Avre comparten esa mirada. La tortura psicológica tiene un impacto en otras generaciones. “En las nuevas generaciones se empieza a naturalizar la violencia. Hace tres años se hizo un informe sobre cómo los niños estaban replicando el modelo de las casas de pique con animales y viene el tema del impacto transgeneracional¹⁵. Entonces –continúa Dora– no solamente es en la gente adulta que pueda haber vivido eso sino en otras generaciones cómo se transmite ese mensaje de desmovilizarse, de no hablar, de replicar formas de violencia en las nuevas generaciones”.

Daniel Macía, psicólogo de Médicos Sin Fronteras en Buenaventura, indica que las acciones de tortura, generan desconexión de las estructuras, ansiedad y una sensación de desconfianza en la naturaleza del ser humano.

“La violencia no sólo afecta la salud mental cuando se vive directamente sino que escuchar y presenciar y violencia termina por alterar el bienestar del ser humano”, agrega Macía.

En Buenaventura muchas personas han tenido que desplazarse forzosamente porque los hechos violentos generan pánico en quienes no experimentan la violencia directamente.

¹⁴ Protocolo de Minnesota <http://www.hchr.org.co/publicaciones/libros/Protocolo%20de%20Minnesota.pdf>

¹⁵ “Pero la experiencia acumulada nos permite afirmar que la experiencia de terror marca no sólo al sujeto agredido, sino a su grupo y a su descendencia. Podemos asumir la evidencia de que ese efecto atraviesa las generaciones y marca el futuro de la especie”. Especificidad de la tortura como trauma. El desierto humano cuando las palabras se extinguen. Marcelo Viñar. IPAC, julio de 2004.

“Acá en Buenaventura han matado familias enteras. Las autoridades brillan por su ausencia, hay barrios que se están quedando sin tiendas porque al que no lo matan, se tienen que ir. Muchas tiendas las cerraron, los dueños se fueron, no aguantan. En la casa donde viven las familias, según sea la casa, les cobran -y eso no sé si la policía lo sabe- gente que no ha soportado y ha tenido que dejar la casa, ¿se justifica eso? Pero para la autoridad todo está bien”, afirma Briseida López.

Según Danelly Estupiñan, lideresa del Proceso de Comunidades Negras y amenazada recientemente¹⁶, el impacto de la tortura de las casas de pique, genera pánico colectivo. Son casas de las que toman posesión, no hay un sitio específico, pueden hacerlo en cualquier lugar (...) hay un miedo de la gente a salir, de andar, de compartir, limita la movilidad social. Pero a pesar del pánico también hay naturalización de la violencia y se acostumbra a que esas situaciones pasen, puede ser otra forma de resistencia”.

Danelly considera que los daños emocionales han ocasionado un verdadero problema de salud pública en Buenaventura en los últimos diez años. “Eso se observa en la calle, es difícil de ocultarlo, otros traumas no tan fuertes que no se evidencian son el insomnio, afectaciones del sistema nervioso, delirio de persecución, relacionados con los escenarios de intensas violencias en barrios comunas”.

La situación del puerto es más compleja que en otras ciudades del país. “En Buenaventura hay otras dinámicas vigentes, otro tipo de organizaciones o grupos armados o bandas criminales cuyo principal incentivo es el narcotráfico, el tráfico de armas, la explotación ilegal de recursos como la minería, el contrabando y el tráfico de personas. Es demasiado complejo pensar que el posacuerdo llevará a un cambio evidente en los próximos años. Sumado a esto los altos índices de corrupción en el ente territorial y la relación de los actores armados con sectores políticos del Distrito”, explica Julián Calero de la Unidad de Víctimas de Buenaventura.

Estas presiones han sido experimentadas en el Espacio Humanitario de Buenaventura. Leonardo López¹⁷, líder, debe man-

“Todavía, aunque no lo quieran, en Buenaventura siguen desapareciendo gente en el sector, no en el Espacio Humanitario y eso lo previene a uno. Algunas personas casi no salen de las casas, sienten miedo”;
Leonardo López.



¹⁶ Amenazas de muerte contra defensoras de derechos humanos <https://www.amnesty.org/download/.../AMR2329462015SPANISH.pdf>
¹⁷ Nombre cambiado a petición de la persona.

tener un perfil bajo. “Actualmente no entran, aprovecharon cuando no estaba Justicia y Paz. A mí me decían que pilas que estábamos hablando mucha pendeja. Yo salgo pero tengo zonas vetadas”.

Él dice que ahora está un poco calmado. “En el sector hacían cosas que nos aterrorizaban – recuerda Leonardo- porque teníamos que salir a las 6 de la mañana y mirar para fuera, veíamos a esos individuos parados al frente, con armas y todo eso. Ahora gracias a Dios, en compañía de Justicia y Paz, hemos mejorado el sistema de vida de acá. Hicimos un esfuerzo entre toda la comunidad, cogimos fuerza y nos enfrentamos con esos bandidos, a raíz de eso hemos recibido muchas amenazas, pero gracias nuestra unión tenemos una tranquilidad, desde hace un año y pico”.

Él, comenta que ha llegado gente al espacio porque ven que hay tranquilidad las 24 horas porque actualmente es uno de los barrios más seguros en Buenaventura, las comunidades cercanas le tienen respeto y admiración porque valoran su esfuerzo.

“Tenemos muchos huevos por enfrentarnos a personas que se quieren tomar el barrio y no les permitimos lo que han hecho en otros barrios, hemos expandido el espacio humanitario”, asevera Leonardo.

Los días de Leonardo transcurren entre el trabajo, asambleas, conversaciones con sus vecinos, labores para fortalecer la comunidad y determinar las necesidades por cubrir, entre las cuales la vivienda es prioritaria.

Organizan actividades con los niños, fútbol, y danza, con las niñas, para motivarlos a que salgan más a la calle y jueguen. Mujeres y hombres lideran estos procesos.

“Antes de llegar Justicia y Paz nos acostábamos a las 5. Pero hace un año y medio nos acostamos más tarde y volvimos a la normalidad –afirma Leonardo-; el miedo uno no lo saca de la noche a la mañana, un día se acuesta a las 8, otro a los 10”.

Pero a pesar de la tranquilidad que han alcanzado, a veces se sienten atemorizados, algunas personas no asisten a las reuniones porque les da miedo.

“Todavía, aunque no lo quieran, en Buenaventura siguen desapareciendo gente en el sector, no en el Espacio Humanitario y eso lo previene a uno. Algunas personas casi no salen de las casas, sienten miedo”, afirma Leonardo.

Para enfrentar los miedos, este líder recomienda a los habitantes del Espacio Humanitario pescar, vincularse, reunirse, y pertenecer activamente a la comunidad. Para otros la forma de sobrevivir es,

como lo hizo Luis cambiar de barrio y trabajar, trabajar mucho.

Por su parte, Salomé, la madre del niño que se salvó de ser desmembrado, sobrevive haciendo trabajos varios, hace deporte y es solidaria con los demás.

Salomé quiere además que se muestre la violencia en Buenaventura de la manera más humana posible, decir la verdad sin estigmatizar a sus habitantes.

“Con esos titulares tan horribles¹⁸, nos ponen como lo peor, como cuando descubrieron las casas de pique¹⁹ decían que Buenaventura era la escuela del descuartizamiento, el descuartizamiento empezó con los paramilitares. Eso me dolió como bonaverense”, dice Salomé.

Néstor Rubiano, de Médicos Sin Fronteras, está de acuerdo con esa observación de Salomé. “La gente tiene miedo de hablar y, paralelo a eso, como en este país todo se descontextualiza o se utiliza al acomodo, si sólo se habla de casas de pique, entonces se queda Buenaventura como si fuera una casa de pique. No es así, hay mucha cultura y mucho por rescatar allí, más allá del horror”.

¹⁸ Métodos para descuartizar en Buenaventura <http://www.lafm.com.co/audios/los-metodos-para-descuartizar-156464>

¹⁹ Alcaldía reconoce la existencia de casas de pique en Medellín <http://www.rcnradio.com/locales/en-medellin-sin-duda-hay-sitios-donde-se-descuartizan-personas-alcaldia/> También: Si hay casas de tortura en Medellín <http://analisisurbano.com/?p=15949>

Corralejas entre la memoria y el olvido

El corregimiento de San Juan del Cesar (Guajira) vivió una época de zozobra, hace algunos años, este texto recoge relatos nunca antes compartidos.

“En todas las memorias hay chimeneas humeantes”,
Jorge Semprún.

Corralejas es un corregimiento del municipio de San Juan del Cesar (Guajira) ubicado en las estribaciones de la Serranía del Perijá. El verde de la Serranía, las risas de los niños y la amabilidad de la gente contrastan con un pasaje reciente de la historia de este lugar, años 2007-2009, que dejó una herida abierta en la población.

Según el Informe de la Misión Humanitaria realizada por Acción Humana ONG el 13 de mayo de 2015¹: el 23 de marzo de 2008, en el sitio conocido como La Sierrecita murieron Luis Ángel Añez Ospino, de 15 años de edad y estudiante de noveno grado, y Tomás Alfonso Ospino Álvarez de 48 años de edad. En los hechos habrían estado involucrados miembros del Ejército Nacional², Batallón de Artillería de Campaña N° 10 “Santa Bárbara”³.

El sobreviviente de ese hecho y otros habitantes comparten sus testimonios y describen aquellos años en el corregimiento de Corralejas.

Weisner José Álvarez Frías

“Yo estaba en un paseo pa’ ya pa la parcela y salimos pal río. Cuando ya veníamos bajando nos coge el grupo armado: la guerrilla, las Farc. Eso es una cosa, me trae muchos recuerdos a mí malos y yo no he quedado bien desde lo que me pasó”, recuerda Weisner.

1 La Sierrecita, WEISNER JOSÉ ALVAREZ FRIAS, manifiesta que con él, había un grupo de personas civiles en un paseo en el Río Capuchino, al regreso más o menos eran las 03:30 de la tarde, fuimos sorprendidos por hombres entre ellos habían dos mujeres armados/as, dijeron ser de las guerrillas de FARC, nos pidieron que siguiéramos con ellos, nos compartieron en varios grupos acompañados de dos y tres guerrilleros, intercalados con un ganado que llevaban, conduciéndonos hasta La Sierrecita, como a las 09:20 de la noche, se presentó el Ejército, y disparó un guerrillero, empezó a disparar el Ejército y dieron muerte al guerrillero que había disparado, hay fue el momento en que murió el adolescente LUIS ANGEL AÑEZ OSPINO y el señor TOMÁS ALFONSO OSPINO ALVAREZ, el Ejército, dijo salgan los civiles, Yo, salí, y fui detenido por el Ejército, hasta las 04:00 de la tarde del día siguiente, de ahí me soltaron y me vine para la casa en Corralejas. <http://agenciacamagueyanadeprensalibertad.bligoo.cl/informe-de-mision-humanitaria-corralejasa-la-guajira-situacion>. Ver también pdf del informe de la Misión.

2 La periodista contactó la Décima Brigada la cual no respondió las preguntas sobre estos hechos, ni sobre las sanciones disciplinarias ni su relación actual con la comunidad. Esta brigada remitió a la periodista a la Fiscalía.

3 Informe de Misión Humanitaria Corralejas, La Guajira. Situación de Derechos Humanos. <http://agenciacamagueyanadeprensalibertad.bligoo.cl/informe-de-mision-humanitaria-corralejasa-la-guajira-situacion>. Ver también: www.facebook.com/accionhumana.ddhh

“Ellos nos cogen aquí en la parcela y nos llevaron de escudo porque ellos se llevaron un ganado, y nos llevaron a nosotros, como a 25 civiles, y todo el que iban encontrando se lo iban llevando. Y como a las 9 fue cuando se enfrentó la guerrilla al Ejército. Fue un encuentro, prácticamente una emboscada, porque si ellos sabían que ahí iban civiles, qué iban a hacer con dispararle a uno, el Ejército sabía que iban civiles”, comenta.

La parcela donde ocurrieron los hechos queda a aproximadamente a un kilómetro de Corralejas. Weisner describe los hechos ocurridos el 23 de marzo de 2008 cuando él y sus amigos Luis Ángel Añez Ospino y Tomás Alfonso Ospino Álvarez⁴ caminaban juntos y a quienes la guerrilla les pidió que siguieran con ellos. Los ubicaron intercalados entre el ganado, explica Weisner, luego hubo un enfrentamiento entre la guerrilla y el Ejército.

El guerrillero, que llevaba a Weisner y a sus amigos, disparó. El Ejército disparó también y murieron el guerrillero y los amigos de Weisner. Él lo recuerda así:

- El Ejército dijo alto: ¡Somos el Ejército Nacional!

-“Entonces el guerrillero disparó⁵ y de allá pa’ ca fue la tirameta porque un solo guerrillero no va a hacerse ese poco de tiros.

“Yo quiero precisamente un psicólogo, que me ayude con el nervio que cargo yo encima. Es un nervio porque yo antes no era así, eso desde los ocho años pa’ ca. No me daba miedo, yo sentía un tiro y era normal; ahora siento un tiro y me pongo nervioso; es un nervio que le queda a uno”,
Weisner Álvarez.

Cayeron ahí los muchachos, era hermano del padrastró mío, el otro pelao era primo mío, era un pelaito. Eso salió en las noticias pero pasaban como NN, como guerrilleros y eso es lo que pelean las familias, que limpien el nombre de ellos porque ellos nunca fueron guerrilleros”⁶

“De los cuatro que iban ahí el único que sobreviví fui yo. Milagro de Dios porque donde caigan tres personas y sobrevivir es un milagro (...) ellos hicieron cantidades de tiros que uno no sabe de dónde salían. Yo me tiré al suelo y a los demás si los alcanzaron los tiros”.

Weisner aún siente tristeza. Duró más de un mes sin dormir y no recibió acom-



4 Informe de Misión Humanitaria Corralejas, La Guajira. Situación de Derechos Humanos. <http://agenciacamagueyanadeprensalibertad.bligoo.cl/informe-de-mision-humanitaria-corralejasa-la-guajira-situacion>

5 La periodista consultó a Pastor Alape, uno de los miembros de la delegación de paz de las Farc en la Habana, sobre los hechos del robo de ganado y el uso de la población como escudo pero no obtuvo respuesta.

6 La Décima Brigada y los 146 supuestos falsos positivos <http://www.elpaisvallenato.com/2015/jun/28/ladecimabrig.html> Ver también: <http://www.eltiempo.com/politica/justicia/informe-de-human-rights-watch-sobre-falsos-positivos/15996076>

pañamiento psicosocial, él no pidió ayuda psicológica por miedo. Al preguntarle si el miedo desapareció, responde que todavía no.

“Pa’ qué le voy a echar mentiras. Le voy a decir que no es lo mismo, pero yo por lo menos oigo un tiro en una parte y un nervio que me da”, asegura.

Después de ocho años él siente temor. “El miedo que tengo yo todavía. Yo presiento por ejemplo yo pido una ayuda a un psicólogo y si, por lo menos, el Estado manda a hacer algo a uno, que yo fui el único sobreviviente, eso es lo que pienso yo.

“Yo quiero precisamente un psicólogo, que me ayude con el nervio que cargo yo encima. Es un nervio porque yo antes no era así, eso desde los ocho años pa’ acá. No me daba miedo, yo sentía un tiro y era normal; ahora siento un tiro y me pongo nervioso; es un nervio que le queda a uno. Yo de noche no cojo; si me agarra la noche en la parcela, me quedo mejor pero yo solo no me vengo”, afirma.

Alfredo Enrique Añez Álvarez

Alfredo Enrique Añez Álvarez, tiene 58 años de edad, es nativo de Corralejas. Es agricultor vive en la finca Nueva Vida, es padre y abuelo y también fue victimizado.

“Respecto a los ataques de los grupos armados, yo fui una de las víctimas también, del 2006 para acá, en los años, 2006⁷, 2007 y 2008 fueron los ataques contra mí, y contra los agricultores porque ellos a según todo el que estaba metido en el monte era cómplice de lo que sucedía. Entonces, a mí me tumbaron una puerta de la casa: me picaron las mangueras, me pisaron las ollas, y me maltrataban con palabras: apoyador, me decían de todo.

“Llegaban a la casa maltratando porque uno tenía que saber dónde estaba la guerrilla. Me decían apoyador y yo les decía que no era apoyador que así como llegaban ellos, llegaban otros y que yo no podía botarlos porque yo era un campesino y en el camino pasaba la gente. Yo les decía: pónganse en mi lugar si yo me pongo a averiguarle a todo el que pasa me matan más ligero, habían unos que pasaban y me hablaban y otros que no, así sencillamente.

“Sí, yo denuncié. A muchos nos atendieron como desplazados, porque somos desplazados, nos tocó dejar la finca sola, me vine de la finca acá al pueblo. De allá nos hicieron venir al pueblo (...) Yo de terco

7 Los ocho generales cabezas de las brigadas con más falsos positivos <http://www.las2orillas.co/los-8-generales-cabezas-de-brigadas-con-mas-falsos-positivos/>. Ver también: Militares deberán pagar 40 años de prisión por falsos positivos <http://elpilon.com.co/militares-deberan-pagar-40-anos-de-prision-por-falso-positivo/> Ver también: <http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/266121-ejercito-responde-senalamientos-por-falsos-positivos-de-ocho-militares>

me metí, allá tengo unos animalitos, volví en el 2009”, recuerda.

Al preguntarle cuántas veces entraron en su casa responde: “Cantidades de veces. A veces me acostaba y cuando me levantaba en la mañanita estaba el patio lleno de Ejército y era investigándome, metiéndose pa’ dentro a ver si había alguien conmigo adentro”.

Alfredo se sentía confundido: unas veces se quería venir de la finca, otras deseaba quedarse porque no había matado a nadie ni robado a nadie y deseaba quedarse en la finca. “Pero a veces me humillaba por la sugestión de la gente (...) No trabajaba uno confiado porque en el momento menos pensado llegaban, siempre estaba uno con la desconfianza porque uno no estaba tranquilo.

En la actualidad, vive entre su finca, donde tiene un cultivo, y el pueblo. “La ley casi no sube por allá por temor a las emboscadas”, afirma.

Héctor Granadillo

Otra persona que sufrió el acoso del Ejército fue Alfredo Granadillo Coronado, de 53 años de edad, quien cultiva yuca, maíz y frijol. “Yo tenía una parcela y cuando llegó la Décima Brigada. En el año 2007, el papá mío trabajaba allí, un hombre ya mayor, ordeñaba. Entonces él me dijo: hijo ayúdame a ordeñar (...) Yo iba de madrugada, yo me levantaba a las 3:30, me pongo mis botas. Ellos ya les tiraron el dato, ellos venían con información de mi persona.

“Yo me levanté y me fui más temprano. Pasé por ahí y yo llego y encuentro al papá mío que se había levantado, me lo encontré ordeñando. Yo me meto al corral y engancho la primera vaca, vi un ternero y no estaba la mamá. Entonces me dice:

– Quédate aquí, yo voy a buscar la otra vaca, ahí hay un bebedero
“Y se regresó pal cerro. Cuando yo miró pa’ ca, yo vi que apagaron el fuego. Ya veo donde vienen y dicen:

– Ejército Nacional

– Les dije: bueno, gracias.

– Se metieron al patio y apagaron las luces (...) Y me dicen:

– Usted no va a ordeñar, usted me tiene que acompañar.

– ¿Cuáles son los motivos? pregunté

Eran como las cuatro y pico, empezamos a discutir, les pregunté por qué me iban a sacar.

– Yo les dije: si van a matarme, mátenme aquí, si van a ganar plata a costillas mías, no tengo enemigos.

– Entonces un militar dijo: si tuviera enemigos te mataban.

– ¡Respete mi derecho humano! le digo.

—¡Qué derecho humano, ni qué nada!, respondió el militar
“Pero yo era dando tiempo a que el papá mío llegara, unos hermanos míos y un concuñado que estaban trabajando. Yo dando tiempo para que ellos llegaran, pero se metieron seis y me agarraron todos. Me llevaban a rastras. A unos pocos metros venía el papá mío y le dije:

—¡Papá los soldados me llevan y me van a matar, eso es lo que quieren ellos!

“Entonces empezó a hablar él con ellos. Nada... no le va a pasar nada y lo apartaron así a un lado y a mí me bajaron. Me estaba asfixiando y en eso yo saqué fuerza, le metí los pies y las manos y lo tumbé.

Cuando yo me traté de parar, él se paró primero y me mete la pata a mí y me decía que yo vivía extorsionando a los ganaderos.

—¿Cómo, dije, tienes pruebas?

Entonces llegaron los hermanos míos. Primero llegó un concuñado, le vino a decir a la mujer mía.

—Y yo le dije últimamente yo no camino más, si me vas a matar mátame.

“Ahí llegó la mujer mía, empezó a discutir con ellos, llegaron los hermanos, míos, un tío, esto se llenó de gente, todo eso se llenó y ahí me tuvieron hasta las 10 de la mañana. De ahí me dijeron váyase. Eso fue en el mes de junio, era un día feriado, un lunes feriado”, afirma Héctor.

El personero, cuando era alcalde Hernando Marulanda Brito, era amigo de Héctor. Fue a su casa a contarle lo que pasó y él le dijo que volviera el martes para hacer la diligencia y presentar todo ante la Décima Brigada⁸.

El Capitán de esa brigada lo conocía y fue a buscarlo donde su mamá. Allá le contaron lo que pasó. Héctor se encontró con él y el capitán le preguntó qué había ocurrido. Él le dijo que sus hombres lo iban a matar y el capitán le respondió que presentaría el caso en el Ejército y lo arreglarían.

Así fue. “Y duré allá casi como un mes porque esto lo pasaron a la justicia militar allá. Si yo hice todo, la denuncia, me venían a buscar aquí, a hacer las entrevistas, tomar el testimonio, me traían y llegamos a donde el que me golpeó. Pero usted sabe cómo es la justicia”.

Me trajeron al que me golpeó y le preguntaron:

—¿Usted por qué le pegó?

—Yo me equivoqué, respondió el militar.

“Usted sabe una cosa que manejan ellos, allá son unos y con uno son otros. Lo regañaron y mas nada. Le dijeron que no vuelva a suceder

porque esa no es la metodología del Ejército”, cuenta Héctor.

Después de eso el personero, José Alfredo Plata Mendoza, se presentó en la Popa. Él y José Antonio aparecían como muertos. El personero les avisó a ambos. Héctor viajó a Valledupar para diligenciar los documentos que demostraran su supervivencia.

Durante un mes después de estos hechos, Héctor no se sentía bien. Algunas personas cambiaron con él, perdió un maíz que tenía sembrado porque no fue a atenderlo, durante un tiempo iba a su parcela acompañado, se sentía triste pero con el tiempo recuperó la confianza.

“Me sentía triste por lo que me estaba sucediendo y dándole gracias a Dios que salí de eso. Pasó ese mes y me entregué a la gente y recibí apoyo de la gente”, asegura.

Después de eso nunca se volvieron a meter con él. Pasan por su finca y a veces le hablan y a veces no. Héctor duerme de nuevo en su parcela, a 10 minutos de Corralejas.

“He seguido yo mis andanzas, yo soy un hombre que a mí me gusta el fútbol y me he dedicado a participar en Villanueva, jugando fútbol, gracias a Dios estoy tranquilo, ahí luchando la vida con ayuda de Dios porque el gobierno por aquí...totalmente abandonados”.

José Antonio Vega

José Antonio Vega, tiene 38 años, es agricultor y vive en Corralejas. En el año 2007 se dedicaba a la siembra de algodón con una hermana. El Ejército lo veía pasar todos los días.

“Un día yo venía y me dicen: Vente pa' requisate.

—Y dije qué me va a requisar si vengo en pantaloneta, qué me va a requisar. Yo casi no le paré bolas y regresé al día siguiente en la mañanita.

—Me la teneis que pagar, me dijo el soldado.

—Y yo le dije qué te voy a tener qué pagar, yo no te debo nada a ti. Tuvimos unas palabras ahí y me fui.

“Cuando regresé estaban toditos. Me quitaron la camisa, me decían hijueputa, que era un perro malcriado, un poco de cosas me decían, malparido, y yo también les decía porque yo no me les quedaba callado”. José Antonio afirma que uno lo empujó. Entonces él le tiró una palmada. Le quitaron la camisa, le tomaron fotos y lo pusieron dos horas al sol sin camisa; después lo llevaron al cerro.

—Eran cuatro. Me sacaron por arriba, por allá arriba sin camisa, monte a monte, sin camisa me llevaron y pua' allá me hicieron unos tiros.

⁸ <http://elpilon.com.co/militares-deberan-pagar-40-anos-de-prision-por-falso-positivo/> Ver también: <http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/286121-ejercito-responde-senalamientos-por-falsos-positivos-de-ochos-militares>

–Me dijeron: corré pa’ que veas que si corta el fusil.
 –Si quereis lo soltas, esta también corta le dije yo, con la mano.
 –Corre hijueputa me decían.
 –Y últimamente yo les dije; si me va a matar mátame acá parado porque yo no voy a caminar más.
 Mientras tanto su familia lo buscaba. Por un rato, lo bajaron del cerro donde lo tenían y luego lo pusieron de nuevo al sol sin camisa. Le hicieron todo eso porque no se dejó requisar cuando caminaba en pantaloneta.
 –Me decían: ¡Párese ahí guevón, ahí tenés qué quemate el cuero!
 – Yo les decía yo si me lo tengo que quemar me lo quemo, pero a mí no me interesa (...)
 Le tomaban fotos y luego quien los mandaba dijo:
 –¡Hay que meterle un castigo para que no sea malcriado!
 –Yo le dije si me lo van a meter métamelo, pero yo de aquí no me voy a mover más, de aquí cojo pal’ pueblo.
 “Me volvieron a tener hora y pico al sol y me pusieron un soldado ahí. Y se puso a hacer rayitas en el suelo y yo me le volé. Me tiré, me fui corriendo y me vine pa’ quí y vinieron dos soldados a sacarme a la casa. “Entonces una hermana mía me dijo: ¡coge un machete! Se meten ahí y mocho uno, pero no se metieron. Trataron pero las hermanas mías estaban ahí, no los dejaron entrar a la casa.
 “De ahí aparecíamos muertos, que nos habían matado, ese mismo grupo a nosotros, con el otro amigo, lo agarraron junto a la casa y lo maltrataron. Aparecíamos muertos él y yo.
 “Un funcionario del gobierno de San Juan se dio cuenta y nos dieron a todos el pasaje y fuimos y nos arreglaron eso. Uno inocente de nada. Uno también va y no busca asesoría de nada y ahí quedó el caso. Ahora que esta gente está viniendo por aquí se ha removido eso⁹ (...) Yo no denuncié y eso quedó así”.

Después de ocurridos los hechos, los primeros días, sintió miedo porque le teme a la muerte porque y ama la vida y a sus hijos. “(...) Esa gente vinieron fue por aquí desatados, trompiando gente, maltratándola. Pero ya eso se calmó bastante”, finaliza.

Por la memoria

Janner Eduardo Puentes, a quien llaman cariñosamente el mono, tiene 35 años y es un líder respetado en Corralejas. En su opinión estos hechos tuvieron un impacto negativo sobre la población: “Saber que a nuestros hermanos los mataban, los ultrajaban y saberse que fue el Ejército, el paramilitarismo que actuó acá en la zona y cambiar la cultura

de paz y tranquilidad que tenía la zona, marca mucho”.

Él no olvida el sufrimiento de las familias, ver pasar los cadáveres como ver pasar un chivo; eso causó un trauma y no tuvieron acompañamiento de ninguna entidad para procesar lo ocurrido.

Según Janner la comunidad se ha sobrepuesto a esa situación y sólo ahora expresan lo que llevan por dentro. Esta población mantiene sus heridas abiertas.

“Eso se refleja en el trato de la comunidad, ya no hay el mismo trato. No hay el mismo respeto, ya no hay la misma solidaridad que había antes. Eso es gracias a ese flagelo y a ese duelo que no tienen con quién expresárselo ni con quien conversarlo si no que lo hacen con el hermano, con el vecino, con el familiar porque es la forma de sacar lo que llevan por dentro”, asegura.

La comunidad no ha recibido apoyo psicológico. Janner estableció unos compromisos en Riohacha para que escuchen a las víctimas. Él espera que oigan a la comunidad aunque ya no puedan tomar declaraciones.

Recientemente ha trabajado con Congreso de los Pueblos, Acción Humana, la Universidad de la Guajira y Sintracarbón porque desea que se conozca lo que pasó en este corregimiento.

Acción Humana ONG realizó el Conversatorio por el derecho a la vida, el 1 de septiembre de 2015 en el que participaron organizaciones de diferentes sectores sociales y la OEA.

El propósito del conversatorio, en el que estuvieron presentes los familiares de las dos personas asesinadas en 2008, fue generar un espacio de diálogo intersectorial para socializar y discutir propuestas pedagógicas para la construcción de la convivencia y la paz en la comunidad.

Él desea acabar con el estigma de guerrilleros que tienen los habitantes de este lugar. “Es fuerte y hay ratos que uno se sale de las casillas defendiéndose, es triste que uno se sale de las casillas defendiéndose. Uno no está con un bando ni con el otro, pero también uno por hacer silencio, se gana el estigma y es duro de limpiarlo. Quiero que el Estado pida perdón público y reconozca que se cometieron errores y atrocidades en esta comunidad”.

Janner y la comunidad anhelan la reconciliación de las personas pues mientras no haya eso es muy difícil que alguien cuente la historia porque pertenecen a familias aparentemente enemigas por las decisiones que tomaron algunos de sus miembros en el pasado. Janil otro líder del corregimiento lucha por reconciliar a su comunidad. Él tenía 16 años cuando asesinaron a los dos hombres que

paseaban con Weisner. Uno de ellos, el menor, esa su amigo. “Con él andaba para arriba y para abajo, para todos lados, al enterarme que lo matan, yo al principio no lo creía”, recuerda.

Antes de que eso ocurriera, señala Janil, los jóvenes caminaban por el monte sin preocupación de nada, pero después los papás restringieron esas salidas, no les daban tanta libertad para ir a los sitios turísticos, a la represa y el manantial, por miedo de que les pasara lo mismo que a Luis o los reclutara la guerrilla.

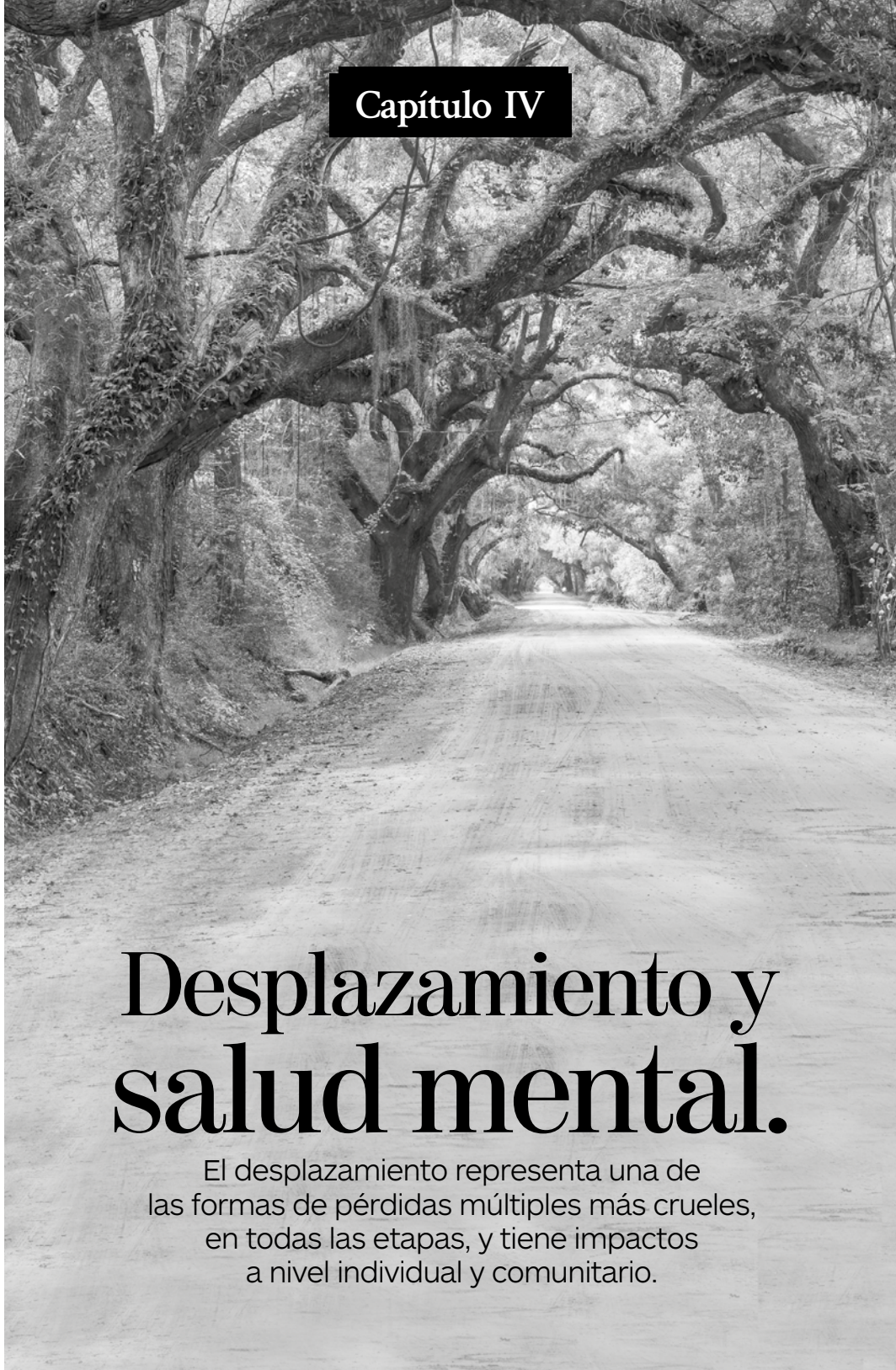
Desde entonces, las relaciones en Corralejas cambiaron. “La gente ha optado por olvidar lo que pasó, de no hablar de eso para no despertar lo que se vivió en ese momento.

Janner y Janil trabajan incansablemente para destigmatizar a su comunidad y rescatar lo mejor ellos: la solidaridad, la unión, y por desenterrar aquellos hechos que persisten entre la memoria y el olvido.

El caso en la Fiscalía

- Una fiscalía adscrita a la Dirección de Derechos Humanos adelanta la investigación donde fueron víctimas Tomás Alfonso Ospino Álvarez, Luis Ángel Añez Ospino y Roberto Carlos Bayona Bayona.
- Hasta el momento esa investigación ha mostrado importantes avances. Entre ellos, que la fiscalía los está trabajando en contexto con nueve procesos más en los que se investigan bajas presentadas por el Batallón de Artillería de Campaña No. 10 Santa Bárbara, adscrito a la Décima Brigada Blindada, pues puede haber elementos de conexidad entre ellos.
- Respecto a los datos sobre personas vinculadas por hechos en los que se relacionan unidades tácticas de la Décima Brigada Blindada preliminarmente, con datos a corte noviembre de 2015, se puede establecer que:

LEY 600 (Sistema mixto)		LEY 906 (Sistema acusatorio)	
Personas vinculadas a la investigación	Sentencias condenatorias	Audiencias de imputación realizadas	Sentencias condenatorias
633	81	22	11



Desplazamiento y salud mental.

El desplazamiento representa una de las formas de pérdidas múltiples más crueles, en todas las etapas, y tiene impactos a nivel individual y comunitario.



El desplazamiento forzado representa una de las formas de pérdidas múltiples más crueles

El desplazamiento, que comenzó hace más de medio siglo en Colombia, ocurre en varias generaciones de una misma familia y, varias veces, esto ha aumentado en los últimos 10 años².

Alfonso Castillo, miembro de la dirección nacional de la Asociación Nacional de Ayudas Solidarias (Andas) trabaja con víctimas de la violencia política y crímenes de Estado como la desaparición forzada, la detención arbitraria, la tortura y el desplazamiento forzado.

“La mayoría de los afiliados –señala Alfonso– provienen del Urabá, del Meta, Guaviare, de los Montes de María, un grupo importante del Tolima, Huila y Norte de Santander, entre otros.

“En los trabajos que ha realizado la organización, en atención psicosocial, lo que hemos encontrado, con más frecuencia, es el dolor del desarraigo, pesar por la pérdida de los bienes materiales, relatos de dolor por la pérdida de familiares y líderes en sus regiones y algunos casos, expresados con más dificultad, el relato de la violencia sexual antes y después del desplazamiento”.

Los afiliados de Andas en Bogotá, en su mayoría desplazados de diferentes regiones del país, han adelantado procesos de duelo y memoria en la Corporación Avre y el Centro de Atención Psicosocial (CAPS), de Colombia, en convenio con el Movice³.

Andas ha atendido aproximadamente 150 familias, en distintos momentos, las cuales obtuvieron el acompañamiento de organizaciones no gubernamentales y pocas familias han sido atendidas a través de los programas del gobierno.

En opinión de Alfonso Castillo: “El Papsivi no garantiza el derecho a la recuperación emocional de las víctimas aunque aclara que no se puede ver sólo el Papsivi, sino con otras medidas que ofrece la

¹ LIV Congreso Nacional de Psiquiatría <http://psiquiatralms.congresovirtual.info/lessons/simposio-impacto-del-conflicto-armado-colombiano-sobre-salud-mental-de-la-poblacion>

² LIV Congreso Nacional de Psiquiatría <http://psiquiatralms.congresovirtual.info/lessons/simposio-impacto-del-conflicto-armado-colombiano-sobre-salud-mental-de-la-poblacion>

³ Movimiento Nacional de Víctimas de Crímenes de Estado. <http://www.movimientodevictimas.org>

ley de víctimas, que aún hoy no es el instrumento para reparar a las víctimas, para recuperarlas emocionalmente”.

Entre las múltiples pérdidas que genera el desplazamiento, ser obligados a abandonar su territorio y relocalizarse es quizás la más dolorosa. “En el desarraigo algo cambió culturalmente porque el desplazado es obligado; ese cambio cultural fragmenta el tejido social, (...) la persona empieza a sentir que no hay lugar el mundo para ella”, afirma Diego Rodríguez, director clínico de Heartland Alliance en Colombia.

El desplazamiento en Colombia, que representa el 91% del desplazamiento del hemisferio occidental y 17% del mundo⁴, ha generado serias crisis humanitarias, y por ello, la Corte Constitucional ha declarado el estado de cosas inconstitucional a causa del desplazamiento.⁵

Si bien en septiembre de 2015 el gobierno colombiano solicitó a la Corte Constitucional levantar parcialmente el estado de cosas inconstitucional⁶, argumentando mejoras en la realidad de estas personas, la situación aún es crítica⁷.

Colombia ocupa el segundo lugar, después de Siria⁸, entre los países con mayor número de desplazados internos. Las crisis humanitarias, y el desplazamiento, han generado afectaciones sociales, económicas, culturales y en salud.

En los últimos años, Médicos Sin Fronteras (MSF) ha respondido a varias emergencias humanitarias, causadas por el desplazamiento, cuando las instituciones responsables de la atención, no han podido hacerlo por diferentes razones.

Según Néstor Soto Rubiano, psicólogo de Médicos Sin Fronteras, las afectaciones en materia de salud mental son olvidadas o desatendidas por diferentes razones: falta de personal, poco interés en dar la atención o falta de formación del personal, entre otras.

“En algunos casos, cuando se habla de la atención psicosocial ésta se confunde con caracterización de población y actividades lúdico recreativas lo cual deja de lado la necesidad de realizar acciones de promoción y prevención⁹ en salud mental (primaria, secundaria y terciaria), que contribuyan con una respuesta integral

para disminuir o mitigar problemáticas psicológicas¹⁰ como consecuencia del desplazamiento.

“La prevalencia sintomatológica psicológica puede alcanzar a un 20% de la población durante el primer año después del desplazamiento, razón por la cual podríamos preguntarnos: ¿Qué pasa si no se atiende no sólo a esta población sino a los demás? ¿Podríamos tener mayores tasas y complicaciones?”, pregunta Néstor Rubiano Soto.

En las víctimas de desplazamiento hay traumas y pérdidas durante todas las fases del desplazamiento, éste se asocia con una elevada incidencia y prevalencia de trastornos mentales¹¹.

De ahí la necesidad de brindar acompañamiento psicosocial a las personas desplazadas. Este acompañamiento, según la Corporación Avre: “Parte del reconocimiento de los impactos producidos por los hechos violentos, pero al considerar a la víctima como un sujeto activo frente a la reivindicación de sus derechos, también reconoce los recursos con los que cuentan las personas, familias y comunidades para poder manejar y afrontar los diferentes impactos”¹².

La magnitud del daño y la manera en que los individuos reaccionan ante el desplazamiento forzado varían según las características de las personas, sus recursos para afrontarlo y las redes de apoyo familiares y sociales, que tengan.

“Por ejemplo, en situaciones de desplazamiento forzado donde el proyecto de vida de las comunidades era el cultivo y el trabajo con la tierra, se vivencian las pérdidas de maneras particulares. En estos casos, el sufrimiento emocional está significado por la incapacidad de poder trabajar la tierra y de relacionarse con el territorio y las comunidades campesinas, afrocolombianas e indígenas.

“Además tienen que vivir en condiciones nuevas, generalmente difíciles y llenas de carencias, que los someten a una elevada tensión emocional. Tanto los hechos violentos como el desplazamiento mismo ponen a la persona en una situación de incertidumbre, desconcierto al no contar con una explicación racional frente a lo sucedido y sentimientos de rabia por encontrarse en una situación generada por otro ser humano”, señala la Corporación Avre¹³.

4 LIV Congreso Nacional de Psiquiatría <http://psiquiatrims.congresovirtual.info/lessons/simposio-impacto-del-conflicto-armado-colombiano-sobre-salud-mental-de-la-poblacion>

5 Sala de Seguimiento Especial <http://www.corteconstitucional.gov.co/T-025-04/>. a la Sentencia T-025 de 2004 en la cual la Corte Constitucional declara el estado de cosas inconstitucional <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-025-04.htm>

6 <http://www.eluniversal.com.co/colombia/piden-levantar-parcialmente-estado-de-cosas-inconstitucional-en-desplazamiento-205737>

7 Colombia es única: Número de personas internamente desplazadas (5.7 millones); el paso de zonas rurales a urbanas es del 81%; las ramificaciones sociales del conflicto (Bacrim, paramilitares, narcotráfico, FARC, ELN, M-19, EPL); a través de las décadas han sido víctimas no sólo de un grupo sino de varios; Colombia tiene refugiados 394.000, un número pequeño comparado con el número de desplazados. Colombia tiene 14 desplazados internos por cada refugiado. LIV Congreso Nacional de Psiquiatría <http://psiquiatrims.congresovirtual.info/lessons/simposio-impacto-del-conflicto-armado-colombiano-sobre-salud-mental-de-la-poblacion>

8 <http://www.centrodehistoria.gov.co/noticias/noticias-de-otros-medios/colombia-ocupa-segundo-lugar-en-desplazamiento-forzado>

9 Prevención: son todas las acciones orientadas a la mitigación, tratamiento y/o eliminación del impacto de la enfermedad

10 La OMS 2012 presenta algunas cifras y estimaciones de prevalencia de sintomatología leve, moderada y severa en poblaciones afectadas por desplazamiento hasta 12 meses después de ocurrido el evento, en este sentido hace un llamado a la imperiosa necesidad de atención en materia de salud mental integral, entendiéndose esta como la atención no sólo por el profesional de Psicología sino por personal especializado en psiquiatría así como por acciones de atención psicosocial comunitaria para la prevención. Assessing mental health and psychosocial needs and resources. Toolkit for humanitarian settings WHO-UNHCR. 2012.

11 Roberto Chaskel. LIV Congreso Nacional de Psiquiatría <http://psiquiatrims.congresovirtual.info/lessons/simposio-impacto-del-conflicto-armado-colombiano-sobre-salud-mental-de-la-poblacion/>

12 Acompañamiento psicosocial con víctimas del desplazamiento forzado fundamentado en los Derechos Humanos <http://www.corporacionavre.org/wp-content/uploads/2015/03/ACOMPANAMIENTO-PSICOSOCIAL-CON-VICTIMAS-DEL-DESPLAZAMIENTO-FORZADO-FUNDAMENTANDO-EN-LOS-DERECHOS-HUMANOS1>

Impactos del desplazamiento forzado en las dimensiones individual y comunitaria:

- En el aspecto emocional se presentan sentimientos de amargura, impotencia, tristeza, desesperación, rabia, desesperanza, etc.
- En el comportamiento estos sentimientos están relacionados con el llanto, el aislamiento y la evasión de situaciones relacionadas con la experiencia.
- En el plano del pensamiento, podemos identificar reflexiones recurrentes sobre la experiencia sufrida, desesperanza, pesimismo, entre otros.
- En la memoria, se produce un recuerdo reiterado de los hechos, acompañado de malestar e intenso dolor.
- Las relaciones interpersonales se ven afectadas, no hay confianza en el otro.
- Se afectan de manera significativa los proyectos de vida: alteraciones en lo laboral, transformación de las motivaciones y el sentido de vida.
- Se evidencia en muchas ocasiones un cambio de roles en la dinámica familiar.

En la dimensión colectiva – comunitaria se presentan los siguientes impactos psicosociales:

- Generación de climas de terror y miedo: clima de desconfianza, silencio, miedo a la denuncia, a reunirse, a expresar sus necesidades, su cultura y su espiritualidad.
- Destrucción de liderazgos espirituales, políticos: imposición de autoridades no legítimas.
- Ruptura de dinámicas de transmisión de poder y de saberes culturales, entre otros.

Las personas desplazadas no sólo enfrentan el sufrimiento emocional, presentan además complicaciones de salud: dolores, problemas gastrointestinales y respiratorios, gastritis y pérdida de peso debido a la dificultad para alimentarse¹⁴.

En las mujeres se presentan problemas de desnutrición, osteoporosis, y anemia ya que muchas veces sacrifican su propia alimentación por la de sus hijos y otras personas a su cargo.

13 Acompañamiento psicosocial con víctimas del desplazamiento forzado fundamentado en los Derechos Humanos <http://www.corporacionavre.org/wp-content/uploads/2015/03/ACOMPANIAMIENTO-PSICOSOCIAL-CON-VICTIMAS-DEL-DESPLAZAMIENTO-FORZADO-FUNDAMENTANDO-EN-LOS-DERECHOS-HUMANOS>

14 Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. Mogollón Pérez, Amparo, Vázquez Navarrete, María Luisa y García Gil, María del Mar. Revista Especial de Salud Pública 2003; 77: 257-266 No. 2 - Marzo-Abril 2003. Páginas 259-260

“La violencia contra las mujeres dentro del conflicto es considerada una extensión de la discriminación de género en tiempo de paz (...) son objeto del conflicto armado pero tienen que seguirse ocupando de lo que pasa en su casa, de cuidar a sus hijos, a sus padres, por eso el estrés se multiplica en las mujeres desplazadas”, asegura Silvia Gaviria¹⁵, psiquiatra.

A Claudia Quintero, directora de la Corporación Anne Frank, el desplazamiento forzado que sufrió, en el año 2005, afectó su liderazgo pues no pudo continuar con un proyecto de gestión comunitaria en su comunidad de origen.

Cuando se desplazó de Cúcuta (Norte de Santander), su hija¹⁶ tenía 3 años de edad y estaba embarazada de su segundo hijo¹⁷. Hoy ellos tienen 12 y 9 años, son niños que sienten miedo de salir solos, son temerosos y han sido acosados en el colegio, Claudia atribuye esos temores al desplazamiento.

Ella afirma que si bien las personas desplazadas forzosamente demuestran su fuerza y capacidad, no todo se supera completamente: “Yo no conozco la primera persona que haya superado 100% su situación de desplazamiento forzado, si bien conseguimos trabajo, o logramos salir adelante, siguen los traumas, sigue el dolor y se refleja en aspectos como la agresividad y las malas relaciones de pareja”.

Claudia Quintero trabaja con víctimas de desplazamiento forzado, familiares de personas desaparecidas y asesinadas, trata de personas (dentro y fuera de la guerra, interna y transnacional) y violencia sexual. Estas personas han participado de algunos talleres con el equipo psicosocial de la Unidad de víctimas.

Claudia ha recibido atención de la Unidad de Víctimas. “Yo entré al programa por medio de una queja que interpuse en la Secretaría de Salud, el programa no me identificó ni yo al programa.

“Me da una desazón pensar que otras personas no puedan recibir éste derecho. Entiendo también que es diferente cómo pueda ocurrir en Cundinamarca que en otras regiones, ya que te reitero -dice Claudia- el Papsivi depende de los entes territoriales y, a muchos, el tema de salud mental les parece de poca importancia”.

Según Antonio Hernández, psicólogo de la Corporación Anne Frank, la depresión, el trastorno por estrés postraumático, la hipo-

15 La salud mental de las mujeres en el conflicto. Silvia Gaviria, LIV Congreso Nacional de Psiquiatría <http://psiquiatrains.congresovirtual.info/lessons/simposio-impacto-del-conflicto-armado-colombiano-sobre-salud-mental-de-la-poblacion/>

16 El 70% de quienes se desplazan son niños y mujeres. Los indígenas, los afro-colombianos están altamente representados en este grupo de desplazamiento. Esto nuevamente se refiere a ese elemento transcultural porque quienes se desplazan a poblaciones que no son necesariamente afro-colombianas o indígenas. Roberto Chaskel LIV Congreso Nacional de Psiquiatría. <http://psiquiatrains.congresovirtual.info/lessons/simposio-impacto-del-conflicto-armado-colombiano-sobre-salud-mental-de-la-poblacion/>

17 Los niños que nacen en las familias desplazadas internas no entran en las estadísticas, nacen en los lugares donde las familias no pertenecían originalmente y traen consigo algunas dificultades adicionales. *Ibidem*.

condría, el aislamiento social, los delirios de persecución, las fobias específicas, los trastornos de ansiedad, las ideas suicidas, los trastornos del sueño y la desconfianza son comunes entre las personas desplazadas forzosamente.

“El impacto psicológico es enorme. Yo he tenido que afrontar muchos problemas que le atribuyo a esto; incluso con mi pareja, he tenido que superar procesos. Los he manejado solo ya que nunca he asistido a un psicólogo porque es muy complejo hacerlo; si pides una cita en la EPS son 15 minutos de psiquiatría y mandan pastillas. La unidad para las víctimas prioriza a las mujeres, así que como hombre desplazado no es fácil acceder a la ayuda psicológica”, explica Alberto Gutiérrez León.

Alberto es defensor de derechos humanos y se desplazó por primera vez en el año 2001 cuando los paramilitares le hicieron un atentado en Popayán, y se desplazó por segunda vez, en el año 2009.

Después migró forzosamente a Argentina donde vivió como refugiado durante varios años. Esta experiencia le ayudó a madurar en muchos aspectos de su vida pero representó también un riesgo: “el paramilitarismo ha traspasado fronteras e incluso en Argentina sufrimos persecuciones por este grupo armado”.

Alberto regresó hace poco tiempo a su tierra, al departamento del Cauca. Se conectó de nuevo con sus orígenes y tiene nuevas expectativas. “El actual proceso de paz, la tregua unilateral de las Farc y el cese de los bombardeos, por parte del Ejército, permitió mi retorno y aunque tengo riesgo, tengo mucha esperanza de hacer proyectos en mi territorio, lógicamente me voy a cuidar más. Cauca es una tierra de esperanza que fue golpeada por la violencia de la guerra, pero si los exiliados volvemos a trabajar en ella será el primer departamento de paz en Colombia”.

“Yo no conozco la primera persona que haya superado 100% su situación de desplazamiento forzado, si bien conseguimos trabajo, o logramos salir adelante, siguen los traumas, sigue el dolor y se refleja en aspectos como la agresividad y las malas relaciones de pareja”.
Claudia Quintero.



Fases del desplazamiento

- **Vulnerabilidad y amenazas pre-expulsión:** hay estrés, tensión y angustia porque hay amenazas severas antes de salir. (Combates, secuestros, minas antipersonal, asesinatos, masacres, pérdida de tierra y animales, reclutamiento de niños se dan en esta etapa).
- **Expulsión:** los eventos precipitantes que marcan la decisión de salir son dramáticos. Por ejemplo porque mataron al vecino, atrocidades contra la familia, la amenaza se hizo realidad.
- **Migración:** tiene la expectativa de ir a un hábitat más seguro y en el campo piensan que es la ciudad, en la población más grande. (En esta fase migran a sitios dramáticos donde son víctimas de asaltos, accidentes automovilísticos, accidentes por otros motivos, hambre, pérdida del hogar y la desconexión total de la comunidad lo cual es dramático y se encuentra como un foráneo en otro sitio).
- **Adaptación inicial y relocalización:** en la cual la persona debe reorientarse en su nuevo lugar, en la nueva ciudad donde no ha sido parte.
- **Relocalización prolongada:** en algunos casos cuando la familias se relocalizan se quedan ahí. (En esta fase viven en la pobreza, los niños son expuestos al acoso escolar, aumenta el riesgo de violencia intrafamiliar).
- **El retorno al sitio de origen:** la persona retorna a su territorio, esto es un evento ocasional a pesar de las legislaciones existentes y los programas recientes que hay; es un evento ocasional porque muchos permanecen amenazados o con cierto grado de estigma por haber dejado su sitio de origen y haber dejado a otras atrás.

(En esta fase el retorno genera nuevas amenazas y estigma a pesar de los programas existentes para proteger a la población, sus propiedades están a nombre de otros, líderes asesinados por intentar la recuperación de sus propiedades y por retornar) ¹⁹.

(Fuente: LIV Congreso Nacional de Psiquiatría).

¹⁸ <http://www.corporacionavre.org/wp-content/uploads/2015/03/ACOMPANIAMIENTO-PSICOSOCIAL-CON-VICTIMAS-DEL-DESPLAZAMIENTO-FORZADO-FUNDAMENTANDO-EN-LOS-DERECHOS-HUMANOS1>.

¹⁹ Fases del desplazamiento. Conferencia de Roberto Chaskel, LIV Congreso Nacional de Psiquiatría. <http://psiquiatralms.congresovirtual.info/lessons/simposio-impacto-del-conflicto-armado-colombiano-sobre-salud-mental-de-la-poblacion/>

Salud mental y minas antipersonal.

Mujeres, hombres y menores de edad intentan seguir con sus vidas después de las afectaciones físicas y psicológicas tras los accidentes con minas antipersonal.

Urge superar vacíos en ruta de atención a víctimas de minas antipersonal

Inclusión del núcleo familiar de la víctima en el acompañamiento psicosocial, más calidad en la intervención terapéutica y recursos económicos fijos mejorarían la atención.

“A las minas antipersona se las conoce como el soldado perfecto porque nunca duermen, nunca descansan y no necesitan comer. Una vez colocadas las minas no discriminan. Desoyen cualquier tratado de paz y continúan segando vidas incluso años después de finalizado un conflicto”, Eva Quintero.

Reinel Barbosa Cajica sobrevivió a un accidente de minas que ocurrió el 22 de marzo a las 5:30 de la tarde en la vereda El Diamante, del municipio La Uribe (Meta)¹. Reinel es coordinador de la Red nacional de organizaciones de sobrevivientes de minas antipersonal, municiones sin explotar, artefactos explosivos improvisados y personas víctimas con discapacidad.

Esta red creada en diciembre de 2013 reúne a nueve organizaciones, en nueve departamentos de Colombia. Sus objetivos son, entre otros, visibilizar la situación de los supervivientes de minas antipersonal, exigir la restitución de sus derechos, obtener la reparación administrativa, la atención para las víctimas y las prótesis que necesitan.

La red posibilita la interacción entre personas en municipios lejanos y la obtención de información con rapidez. Además defendió el derecho a la pensión para víctimas del conflicto armado, con más del 50% de pérdida de la capacidad laboral, y, el pago, por parte de Colpensiones de la valoración de la junta regional de calificación de invalidez cuyo costo no podían asumir los supervivientes. “Esto no lo hemos hecho solos, todo es trabajo con otras personas y organizaciones”, aclara Reinel.

Edwin Darío Villanueva, promotor regional del Proyecto Apoyo a víctimas por mina antipersonal en el Sur de Colombia, iniciativa

de Caritas Alemana, ejecutado por la Pastoral Social de Caquetá, conoce la red y su activismo.

En Caquetá el proyecto está pendiente de las ayudas humanitarias, la asistencia para los supervivientes y ofrece educación en el riesgo por minas antipersonal.

Caquetá ha sido uno de los departamentos más afectados por la siembra de minas antipersonal. Entre los años 2000 y 2013 ocupó el tercer lugar entre los departamentos con más minas, después de Antioquia y Meta² y, el tercer lugar con mayor número de accidentes, 9%, entre 1990 y el 14 de diciembre de 2015³.

Por esta razón, el trabajo de la Pastoral Social en Caquetá es constante. “Hemos localizado 34 líderes en el año 2015, los cuales han sido capacitados en educación en el riesgo, prevención, atención y lo hemos complementado con capacitación en primeros auxilios básicos”, señala Edwin.

Estas personas multiplican la información en sus comunidades a través de una capacitación con dos talleres, ocho lecciones, que son ofrecidas a grupos de 10 personas.

Los líderes y lideresas organizan los talleres en la Inspección de Puerto Nuevo Zabaleta, jurisdicción del municipio de San José del Fragua, en la Inspección de la Unión Peneya, jurisdicción del municipio La Montañita, y en el casco urbano del municipio de Curillo. El propósito es sensibilizar acerca de este riesgo inminente.

¿Pero cómo seleccionar las comunidades en un departamento como Caquetá que ocupa el tercer lugar en cantidad accidentes con minas en su territorio? Deben llegar a los sitios con mucha sutileza y explicar que su labor es capacitar a la población civil en prevención de accidentes y declarar su neutralidad como Iglesia Católica.

“Esperamos que la comunidad quede tocada y hagan incidencia con el actor armado no estatal porque lamentablemente acá hay que pedir permiso y eso es un hecho”, asegura Villanueva.

No han podido llevar la capacitación a sitios que son estratégicos para las Farc pero esperan que la situación cambie con el proceso de paz. “Esperamos que en este proceso, como va, se abran las puertas –indica Edwin– y tengamos un poco más de acceso a estos sitios para darle a conocer a la gente estos temas porque el problema de las minas antipersonal es el desconocimiento”.

Otro factor que dificulta esta labor es la expectativa de recibir algo por estar en los talleres pues las personas están más dispuestas a par-

1 En dos semanas empezará desminado humanitario en Mesetas, Meta http://caracol.com.co/radio/2015/11/02/nacional/1446503971_117347.html

2 La explosiva herencia de la zona de distensión. http://www.hchr.org.co/acnudh/index.php?option=com_content&view=article&id=4989:la-explosiva-herencia-de-la-zona-de-distension&catid=73:conflicto-armado&Itemid=91

3 Víctimas de minas antipersonal <http://www.accioncontraminas.gov.co/estadisticas/Paginas/victimas-minas-antipersonal.aspx>

ticipar cuando se trata de un proyecto productivo, de algo económico, pero no para recibir información.

“Esa ha sido una de las barreras para poder llegar a la comunidad porque son comunidades que han sido muy... cómo decirlo –piensa Edwin- manoseadas por todos los programas gubernamentales y hasta muchas instituciones no gubernamentales que hacen acción con daño, que trabajan con victimización”.

Al preguntarle a Edwin si esa educación en prevención incluye el componente psicosocial y la salud mental de los afectados responde: “Eso es muy complejo. En la ruta de atención hay unos vacíos enormes. Si va a empezar el desminado humanitario ¿lo van a hacer con inversión social, cuál es esa inversión social? El desminado no es sólo coger un terreno, sacar las minas y limpiarlo”.

La Pastoral Social en Caquetá promueve un enfoque integral para responder a las necesidades de los supervivientes. “Comenzamos nosotros a construir la ruta y desde al año pasado. Bien o mal, los hospitales han venido atendiendo a las víctimas, ¿Mejor? No lo podemos saber pero sabemos que están dentro del centro hospitalario. Para no duplicar servicios, los psicólogos hacen la atención dentro de la institución y cuando les dan la salida iniciamos nosotros.

“¿Qué sucede? La parte de salud mental que ofrece el Estado para las víctimas de minas antipersonal, la considero nula, es decir, que dos veces las haya visto en el hospital en los ocho días de la emergencia. Pero de ahí a que las EPS obliguen al paciente a continuar o le digan a su casa va a ir un psicólogo, eso no existe”, enfatiza Edwin Villanueva.

Sin embargo, hay ocasiones en que los supervivientes rechazan la atención psicológica debido a sus necesidades económicas y porque están insatisfechos con el trato de algunos profesionales.

“Es que los psicólogos en Colombia empiezan a preguntarle: ¿qué le pasó?, ¿cómo le pasó? Entonces no sé si es para ganar confianza o qué, a mí me parecía era como el chisme, el amarillismo, como que no se saca nada de eso. Yo fui a dos o tres citas de psicología y simplemente empezaba a decir que estoy bien, que no me pasa

“En la ruta de atención hay unos vacíos enormes. Si va a empezar el desminado humanitario ¿lo van a hacer con inversión social, cuál es esa inversión social? El desminado no es sólo coger un terreno, sacar las minas y limpiarlo”.
Edwin Villanueva.



nada. Pero luego lo experimentaba de otra forma -recuerda Reinel- cuando yo estaba sólo me decía: ¿Yo qué hago? No tengo trabajo, no tengo plata, entonces son emociones encontradas. Si hubiera una forma mejor de llegar, si hubiera como más credibilidad en la institucionalidad, una forma mejor de ganar la confianza del individuo se podría llegar más profundo”.

Vacíos en la atención psicosocial

A pesar de los esfuerzos que se hacen para dar respuesta a las necesidades de las víctimas de minas antipersonal persisten algunos vacíos que deben ser superados. “La ruta está incompleta. En el departamento de Caquetá se ha encaminado hacia la atención pre-hospitalaria, hospitalaria, la entrega de prótesis y chao, no hay un acompañamiento, que haya un abogado asignado, no hay”, precisa Villanueva.

Un aspecto que no contempla la ruta es a la familia del superviviente. A los niños que corren a esconderse debajo de la cama, asustados, al ver a su papá sin una pierna y a las mujeres que cuidan de sus esposos tras el accidente.

“¿Qué pasa con los hijos, las compañeras? La cuidadora queda a cargo en el hogar en casos de discapacidad, nadie se ha ocupado de ellas. En su base de datos no esta el núcleo familiar, casos de niños con problemas de seguridad alimentaria. Se deben cubrir los núcleos familiares”, opina Luz Stella Navas, coordinadora de asistencia a víctimas de la Campaña Colombia Contra Minas⁴.

Para aquella persona que se encarga de quien sufrió la amputación, o cualquier otro tipo de discapacidad, es una carga emocional grande y necesita acompañamiento pero la ley no lo contempla.

Desde 2007, la Pastoral Social en Caquetá ha atendido aproximadamente 110 personas con una profesional en psicología; necesitarían por los menos tres profesionales, y más dinero para hacer un trabajo continuo.

“Debería hacerse más incidencia desde la parte gubernamental que asigne recursos para lo psicosocial y la atención sea como debe ser, todos los recursos vienen para desminado humanitario, lo psicosocial no lo tienen en cuenta, no hay psicólogos ni proyectos para que vayan a esas comunidades, para que hagan ese trabajo como debe ser”, enfatiza Villanueva.

Es importante que los psicólogos vayan a donde vive la víctima porque al ingresar a su casa, observan su entorno, su trato con la familia y pueden contrastar esa realidad con lo que expresa en el consultorio; además porque estas personas tienen dificultades, físi-

⁴ Campaña Colombia contra minas <http://www.colombiasinminas.org>

cas y económicas, para trasladarse a donde están los profesionales.

Carlos López⁵, es un superviviente de minas antipersonal que ha recibido el acompañamiento de la Pastoral Social y, especialmente, el apoyo de su familia; su hermana, su madre y su padrastro.

Pisó una mina en el año 2008, en el departamento del Meta, donde era agricultor y ganadero. Se desplazó a Caquetá. Estudió zapatería y tiene un pequeño negocio, desde hace un año, y apenas sobrevive.

“La Pastoral ha sido todo para nosotros en lo de psicología a pesar de que esa responsabilidad le toca a la alcaldía y la gobernación; a ellos no les importa la vida de las víctimas, que la pastoral no nos apoyara a nosotros, estaríamos aguantando hambre. La pastoral nos ha capacitado, el gobierno no se mira por aquí.

“En cambio un militar cae en un mina, lo pensionan, tiene casa, indemnización. Un militar cae en una mina, lo pensionan... ellos son los que deben caer en un campo minado⁶, uno no tiene por qué sufrir esas consecuencias de la vida. Sufre la familia (...) la parte económica es muy dura”, afirma Carlos.

Al preguntarle qué lo motivó a hablar con la psicóloga explica: “En Bogotá dije: no voy a hablar con psicólogos. Y vine a Florencia y me encontré con Lina, la psicóloga, y yo dije: ¡Yo con psicólogos no quiero hablar! –recuerda- Pero Lina fue al hospital y me dijo: ¡Vamos y verá que hablaremos bien bacano! Me metieron allá en el consultorio, de ahí pa’ cá fue muy bacano”.

¿Por qué cambió la disposición de Carlos para aceptar la atención? En Bogotá estaba muy afectado, recién accidentado, su pareja lo abandonó y no quería que nadie le hablara. En Florencia se había recuperado físicamente, estaba más abierto a recibir atención psicológica; luego de ese acompañamiento y su trabajo como zapatero, Carlos está listo para ayudar a quien lo necesite.

Franciney Chaux, es otro líder de Caquetá. Sobrevivió a un accidente con minas antipersonal, el 24 de febrero de 2002⁷, entre el municipio de la Montañita y el Paujil, el mismo día que secuestraron a Ingrid Betancourt⁸.

Era empleado de Servientrega y recuerda el hecho de esta manera: “Llegué a un retén de las Farc, en ese momento estaban secuestrando a Ingrid Betancourt. Sentí ganas de orinar y me bajé del carro y a tan solo cinco metros de la orilla de la carretera pisé la mina. Una integrante de

5 Nombre cambiado a petición del entrevistado.

6 A las “minas antipersona” se las conoce como el soldado perfecto porque nunca duermen, nunca descansan y no necesitan comer. Una vez colocadas las minas no discriminan. Quintero, Eva. Las minas antipersona enemigos de la vida. Fundación para el tercer mundo. Ediciones octaedro. Junio 2000. Página 8.

7 Del Caguán para Cuba. www.elespectador.com/noticias/judicial/del-caguan-cuba-articulo-518030

la guerrilla⁹ fue a auxiliarme, una mujer, ella cayó en otra y sufrió amputación bilateral. El actor armado sacó una pistola, la quemó¹⁰. A mí me canalizaron, ellos cargaban medicamento, me preguntaron qué tipo de sangre era”.

Lo más duro fue el encuentro con su familia, verse amputado. Sin embargo, él y sus familiares han persistido; se casó con su compañera, hace dos años, y juntos se consideran sobrevivientes.

En su opinión, sobreviviente no es sólo quien pisa la mina sino la familia, la comunidad. “En el lugar donde yo me accidenté el Ejército encontró 67 minas”, asevera.

Ante su nuevas circunstancias no se quedó de brazos cruzados. Hace 12 años realiza acciones integrales contra las minas y es uno de los fundadores de la Asociación de Víctimas de Minas antipersonal (MAP) y Municiones sin explotar (MUSE) de Caquetá.

Esta iniciativa empezó con 28 personas, al ver las dificultades que todos enfrentaban, hoy son 68. “El trauma para los sobrevivientes es muy triste estar amputados. El caso del niño de la Unión Peneya, en una clínica, él me decía: présteme su prótesis para irme a estudiar y yo lloré”, recuerda Franciney.

Hombro a hombro trabajan él y Norbey Chavarro Guzmán, presidente de esta asociación de víctimas del Caquetá. Norbey nació en San Vicente del Caguán hace 28 años y se dedicaba a la agricultura cuando pisó una mina.

Era un joven callado. Desconocía que tenía aptitudes para el liderazgo pero después del accidente, que ocurrió cuando tenía 18 años, se convirtió en un activista.

El suyo ha sido un proceso largo y difícil pero le ayudó reflexionar acerca de lo que deseaba hacer con su vida después del accidente. Ahora es también miembro de la Mesa de Víctimas de San Vicente del Caguán.

Con dedicación y esfuerzo ha logrado que más supervivientes participen en esos espacios. “Uno no quisiera que volviera a caer nadie en un campo minado. Me duele mucho –comenta Norbey- cuando escucho que cayó una persona en un campo minado”.

Norbey está contento porque este año se legalizaron ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y la Cámara de Comercio. Su objetivo es llegar a la Secretaría de Salud y que se

8 Revelan secretos del secuestro de Ingrid Betancourt <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1923054>

9 En esta entrevista de Yamid Amat uno de los detectives que acompañaban a Ingrid Betancourt, cuando la secuestraron, narra su versión sobre lo ocurrido ese día. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1923054>

10 Al preguntarle a Pastor Alape miembro y vocero de la delegación de paz de la Habana, respondió: Hablé con Joaquín y dice que no tiene reportes sobre el hecho (...) y que, cómo se le va a ocurrir a un guerrillero rematar a un herido, que la sola pregunta le incomoda.

haga seguimiento a las personas afectadas, desean organizar proyectos independientes, que generen calidad de vida y conseguir empleos.

En la Secretaría de Salud departamental de Caquetá trabaja María Paula Cortés, psicóloga y referente de víctimas. Ella es consciente de las fallas que existen en la atención a víctimas de minas antipersonal.

“Hay un programa de atención psicosocial que inició en el año 2014, en noviembre y diciembre, y este año, 2015, en el mes de junio pero es insuficiente la respuesta y la capacidad que tiene el departamento para dar el acompañamiento y atender este tipo de casos¹¹ desde el área de salud mental –dice María Paula- desde el área psicosocial entonces no es la pertinente ni la que se esperaría en respuesta a las víctimas (...) Si bien entendemos que es una responsabilidad de todos, muchas veces se quedan en las intenciones pero nos falta mucho para alcanzar el nivel de respuesta que necesitan las víctimas para ser atendidas con la pertinencia del caso”.

Otra dificultad que señala la funcionaria es la falta de respuestas a nivel nacional, escasez de recursos, el difícil acceso a algunas áreas, para poder salir a las veredas e ingresar cuando hay accidentes por minas.

No obstante reconoce los esfuerzos. “Para mejorar en áreas rurales de Caquetá qué se está haciendo: se está trabajando fuertemente con las alcaldías para que desde las alcaldías haya una apropiación del tema de las víctimas porque desde la gobernación se fijan presupuestos (...) para que se atiendan de manera directa y los servicios psicosociales lleguen donde están las víctimas, para llegar a lugares apartados.

“Ahora que ya tenemos un plan de acción territorial (...) hay identificación y trabajo compartido para que las víctimas tengan acceso en servicios en salud de manera inmediata y que podamos robustecer al departamento con esos equipos Papsivi. Este año sólo están en Florencia, el año pasado sólo estuvimos en San Vicente del Caguán, Cartagena del Chairá y Florencia, pero por recursos, que se disminuyeron

“Yo personalmente hay cosas que no he podido superar, las reconozco y sé que debo empezar a trabajar. Por ejemplo, mi accidente fue en la noche, me cuesta viajar de noche, me da pánico; a veces cierro los ojos, me estoy quedando dormido y escucho el ruido del explosivo”.
Norbey Chavarro.



a nivel de Fosyga¹² –explica María Paula- tuvimos un bajón importante y sólo quedamos con Florencia, es difícil prestar la atención como se quisiera”.

Ella espera que con los planes de acción territorial se desarrollen acciones contundentes, se dé continuidad en los servicios y haya presupuesto fijo.

En el manejo de la situación de los supervivientes de minas antipersonal hay otro vacío: no existe un enfoque diferencial de género. La población de mujeres se maneja desde la ruta de atención, que consta de cinco etapas¹³, y que está diseñada para la población en general.

Este es otro de los puntos a mejorar en la atención, además: “Articular esfuerzos con las entidades que son las encargadas de garantizar el ámbito de salud mental –opina Dalys Silgado- que permitan fortalecer y ampliar las estrategias que se vienen adelantando al espectro de las víctimas de MAP, MUSE y AEI¹⁴, según sus necesidades y los contextos en los que desenvuelven las víctimas”.

Afectaciones físicas y emocionales

Suficientes recursos económicos, acceso a lugares remotos, equipos psicosociales móviles y atención especializada se requieren para que estas personas superen los daños emocionales.

Hay personas que muestran niveles importantes de resiliencia. Jóvenes y niños tienen niveles de aceptación más altos de la discapacidad física y superan las dificultades.

Algunas de las afectaciones más comunes entre los supervivientes son la baja aceptación del accidente, la negación, trastornos del sueño, trastornos de ansiedad y pesadillas.

“Yo personalmente hay cosas que no he podido superar, las reconozco y sé que debo empezar a trabajar. Por ejemplo, mi accidente fue en la noche, me cuesta viajar de noche, me da pánico; a veces cierro los ojos, me estoy quedando dormido y escucho el ruido del explosivo. Yo supongo que les pasará a muchos”, manifiesta Norbey.

Él tiene una observación con respecto al acompañamiento que se les ofrece. “Le ponen el psicólogo cuando ocurren el accidente, en el hospital, pero es con el pasar del tiempo que uno se da cuenta de que hay una falencia psicológica. Seis meses después, un año, se da cuenta que necesita un psicólogo”, añade.

11 “Las IPS son las encargadas de Prestar los Servicios en Salud a nivel físico y de Salud Mental, y deben brindar la atención de manera permanente, las citas son asignadas de acuerdo a la disponibilidad de los especialistas por cada IPS y la garantía la EPS; es decir que si en el territorio no se encuentra se debe remitir a otra ciudad o departamento dependiendo el nivel de priorización. Actúa en todo tiempo porque son los garantes de la Salud. Aunque existen ONG y otras Instituciones, las directamente responsables son las EPS e IPS”, explica María Paula Cortés, referente de víctimas de la Secretaría de Salud del Caquetá.

12 El Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, cuyos recursos se destinan a la inversión en salud. <http://www.fosyga.gov.co/AcercaDelFOSYGA/QueesElFOSYGA/tabid/103/Default.aspx>

13 <http://www.accioncontraminas.gov.co>

14 http://www.accioncontraminas.gov.co/prensa/Documents/PLEGABLE_ASISTENCIA_VICTIMAS.pdf

María Paula Cortés, referente de víctimas de la Secretaría de Salud de Caquetá, está de acuerdo. “Lo hemos conversado con la Pastoral, pensamos que es necesario que haya un tiempo de reconocimiento de lo que les acaba de acontecer. La adaptabilidad no sólo física, cuando un miembro sea amputado, sino a nivel mental. Todo esto que les ocasiona en cuanto a la adaptabilidad, es un proceso que va paso a paso y que al momento de abordarlos de manera inmediata, por parte de las instituciones, no se logra el impacto que se quisiera en esa atención psicosocial en el área de salud mental”.

Las amputaciones no son las únicas lesiones provocadas por las minas antipersonal, éstas causan además limitaciones auditivas y visuales. No es fácil para los supervivientes aceptar esa doble condición: víctima del conflicto y persona en situación de discapacidad.

“En esta perspectiva, la discapacidad incide en las diferentes esferas del individuo, desde el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana –afirma Dalys Silgado- pasando por la incidencia en su salud mente-cuerpo, hasta la interacción y relacionamiento con su familia, la comunidad y la sociedad”.

Esto le sucedió a Reinel después del accidente. “Yo sentía que ahora era nadie, no sabía ni para dónde ir ni qué hacer y cómo me iba a mirar la gente. Lo primero que a mí me pasó es que yo no estaba relacionado con el mundo de la discapacidad. Cuando yo me veo así, mi vida es un caos pero en el tiempo que duré hospitalizado, que fueron 32 días, en el Hospital Departamental del Meta hubo 27 amputados por las minas antipersonal. Fue como empezar a decir: no soy el único”.

Reinel empezó a conversar con la gente y su núcleo familiar siempre estuvo muy cercano. Las redes familiares, sociales y el apoyo institucional permiten que estas personas sigan adelante con sus proyectos de vida, superen el trauma y se adapten a su nueva condición.

“En la víctima directa lo que más se evidencia es la afectación en la autoestima por la pérdida de uno de sus miembros, el cambio de rol en la relación de autoridad con sus hijos y la afectación de la sexualidad de la pareja,” explica Lina Taborda, psicóloga del Proyecto de apoyo a víctimas de minas en el Sur de Colombia.

Otros presentan cambios de estado de ánimo, duelos no muy bien elaborados por la preocupación de obtener la prótesis y no cerrar ciclos; y hay personas, que requieren apoyo psiquiátrico.

“Tuvimos un caso clínico de estrés postraumático de una madre que perdió a sus dos hijos y se sentía culpable de ello. La acompañamos tres meses, de acompañamiento seguido y no avanzaba. Tuvi-

mos que remitirla al hospital María Inmaculada a psiquiatría”, declara Taborda.

Gracias a la labor que ha desarrollado el equipo de la Pastoral Social, esa madre fue atendida por el área de psiquiatría en un tiempo menor y se encuentra bien.

Cuando las prótesis no se ajustan a las personas esto causa irritabilidad entre los supervivientes. “Empieza a molestar, a maltratar y eso me genera impaciencia, dolor –asegura Reinel- en la medida en que pasa el tiempo y yo no obtengo una respuesta efectiva se convierte en un problema mayor. Definitivamente es un tema que no se ve, es psicológico, no es visible”.

El impacto ocurre en el individuo, la familia y la comunidad. “Es trauma para la comunidad y nadie habla de eso. El vecino ayuda al perjudicado. Ese recuerdo vive ahí por el resto de la vida, la gente piensa: ¡Aquí puede haber una mina! Es un problema que le afecta demasiado a la comunidad, sobre todo cuando son miembros de la comunidad muy apreciados, lastima demasiado a los demás. Hace falta hablar de ese tema y prevención, conocer sitios peligrosos”, explica Edwin Mauricio Vargas.

Edwin Mauricio Vargas es el padre de un niño que fue víctima de una mina antipersonal, días antes de cumplir los cinco años de edad junto a su abuelo y un tío, el 30 de septiembre de 2010, en la vereda El Edén del tigre de San Vicente del Caguán.

“Yo vivo en la finca, no me desplazé. Vivo donde ocurrió el evento y no fue fácil volver donde uno tuvo un accidente. Mi hermano –recuerda Edwin - no quería volver”.

Apoyo entre pares

Al preguntarle a Edwin Mauricio qué tipo de acompañamiento ha recibido contesta que la Pastoral Social y el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) han estado pendientes de la recuperación de su hijo.

Él hace críticas a los profesionales en psicología, que atienden a los supervivientes de minas: “No le ha tocado este tema de un sobreviviente del conflicto armado, resulta ser más curioso, quiere que uno le cuente la historia. ¿Cómo le pasó, cómo es eso, cómo fue la explosión? Le causa curiosidad el evento mas no ofrece la atención. ¿Porque él qué le va a decir, si no lo ha vivido”.

Lina María Taborda, quien trabaja con víctimas de minas antipersonal desde el año 2007 conoce los casos del hijo de Edwin, Carlos, Franciney y Norbey. La Pastoral Social apoya a los supervivientes y a sus familias.

Cuando salen del hospital, la Pastoral los contacta con quienes sobrevivieron el mismo hecho y ellos se convierten en orientadores de las nuevas víctimas.

“Ellos se encargan de ir a la alcaldía para que nos den el certificado de víctimas, de acompañarlos a poner la denuncia. Ellos ya vivieron como es ser sobreviviente de minas –afirma Lina- y saben dónde deben tocar puertas, dónde no, conocen la ruta. Al nuevo sobreviviente le genera confianza”.

Este apoyo entre pares ha sido recibido positivamente por las nuevas víctimas. Y para evitar que este acompañamiento fracase los escogen cuidadosamente.

“Ellos están en las comunidades y se enteran de los casos. Desde el 2007 hemos conocido muy bien quién tiene habilidades, quiénes se encuentran recuperados y ellos no van solos”, aclara Lina.

Acciones en otras ciudades

Mientras el proyecto de atención del Caquetá continúa, en Valledupar (Cesar) Jaime Campillo Navarro realiza un trabajo humanitario con supervivientes de minas. Lidera la Fundación Social Esperanzas de Paz y Bendiciones, de carácter social y humanitario, cuyo objetivo es, entre otros, conseguir recursos para ayudar a esta población.

*“Es trauma para la comunidad y nadie habla de eso. El vecino ayuda al perjudicado. Ese recuerdo vive ahí por el resto de la vida, la gente piensa: ¡Aquí puede haber una mina! Es un problema que le afecta demasiado a la comunidad, sobre todo cuando son miembros de la comunidad muy apreciados, lastima demasiado a los demás”,
Edwin Vargas.*



Es socorrista voluntario, de la Cruz Roja del Cesar, y técnico en acciones educativas para la acción integral contra las minas antipersonal del Sena¹⁵. “Esta población no conoce sus derechos, mucho menos saben que pueden reclamar atención psicosocial; a nivel nacional, hay un documento que se llama la Atención psicosocial para la atención de víctimas de minas antipersonal¹⁶ pero acá no se conoce”, enfatiza Campillo^{17*}.

Campillo acompaña a las personas cuando llegan a Valledupar, ayuda a que se registren en la Unidad de Víctimas, les habla sobre la ruta de atención, para exigir sus derechos y redacta derechos de petición, si es necesario.

En Bogotá, Álvaro Jiménez, coordinador nacional de la Campaña Colombia Contra Minas, hace incidencia en instituciones gubernamentales y coordina trabajos con organizaciones de supervivientes.

“Nosotros hacemos incidencia pública, en el plano nacional, departamental, local, con asociaciones de víctimas, promoviendo que se conozcan los derechos, sin pretender ser las voces de ellos –afirma Álvaro- realizamos procesos de acompañamiento a sobrevivientes. Estamos migrando a dos cosas: a que las organizaciones se fortalezcan y, de otro lado, a mejorar la calidad del discurso, el conocimiento técnico; además, formamos educadores, y promovemos la integración como herramienta para atender a población en situación de discapacidad”.

Por su parte, la Dirección para la Acción Integral contra Minas Antipersonal, responsable de la coordinación y regulación de la Acción Integral contra Minas Antipersonal en Colombia, trabaja con las víctimas y las autoridades del ámbito nacional, y territorial, frente a la garantía de los derechos de las víctimas de MAP, MUSE y AEI¹⁸.

“El trabajo que desarrolla la Dirección se concentra en la orientación de las víctimas de MAP, MUSE y AEI frente a los diferentes derechos y a las medidas de atención, asistencia y reparación. Lo anterior implica el seguimiento, acompañamiento y orientación en términos de sus derechos y deberes, instancias competentes y procedimientos para generar la exigibilidad y garantía de sus derechos. La Dirección no desarrolla estrategias específicas y especializadas de atención psicosocial, en virtud de que no hace parte de su misión y experticia¹⁹”, aclara Dalys Cecilia Silgado, asesora de la Dirección para la Acción Integral contra Minas Antipersonal.

En opinión de Reinel Barbosa el trabajo debe ir más allá de las víctimas de minas antipersonal. “Es para las víctimas de discapacidad en el marco del conflicto armado porque no sólo somos nosotros porque como se está haciendo la atención psicosocial, la víctima es la que está yendo a buscar ese servicio, no la buscan. Las personas que no tienen los recursos suficientes para salir a buscar al profesional prefieren vivir con su rencor, con su odio, con su pena, con todas las cosas que lo cargan emocionalmente que buscar un psicólogo”.

15 <http://www.sena.edu.co>

16 http://www.accioncontraminas.gov.co/prensa/Documents/PLEGABLE_ASISTENCIA_VICTIMAS.pdf También ver <http://www.ysilavictimafuerastu.com/victimas/pasos.html>

17 Según Cantillo, en Cesar no se consigue información sobre minas en las alcaldías si no que esta proviene de Bogotá. En el Cesar hay minas en 16 municipios, de los 25 municipios, es decir, 64% del territorio.

18 http://www.accioncontraminas.gov.co/prensa/Documents/PLEGABLE_ASISTENCIA_VICTIMAS.pdf

19 La instancia competente para el desarrollo de atención psicosocial como estrategia especializada, desde la Ley 1448 de 2011, es el Ministerio de Salud y Protección mediante el Programa de Atención Psicosocial y salud Integral a víctimas (Papsivi). La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas (UARI) desarrolla la Estrategia de Recuperación Emocional para atención psicosocial especializada ya que cuentan con equipos específicos y expertos en este tipo de intervención.

Reinel propone continuar con la labor de los pares, que brindan apoyo y genera identificación con esa persona que ha vivido la misma experiencia: “Eso no reemplaza al profesional si no que complementa, es una forma de generar afinidad y confianza”, explica.

Finalmente afirma que es importante hablar de las mujeres. “Están muy ocultas no se quieren dar a conocer por la misma condición en que se encuentran. Los esposos las dejan y tienen problemas diferentes de los hombres, hay más machismo en las áreas rurales que es donde más sobrevivientes de minas hay”.

Capítulo VI



Mirada gubernamental.

Representantes del gobierno evalúan la efectividad que ha tenido el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a víctimas (Papsivi) y los retos para hacer de este un instrumento más útil en la recuperación de las víctimas.

“La Unidad de Víctimas prefirió asumir la noción de sufrimiento y no de trauma”, Lina Rondón Daza.

Entrevista a Lina Rondón Daza, psicóloga y asesora de la dirección general para atención psicosocial y equipo de paz de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

FSJ: ¿Cómo promueve la salud mental la Unidad de Víctimas en el marco de la Ley 1448?

LR: Nuestra misión es atender los daños psicosociales producto de la guerra, dentro del conflicto armado. Por un lado, la unidad es coordinadora del sistema nacional de atención y reparación a víctimas; en ese sentido, acompañamos y damos orientación al Ministerio de Salud y Protección Social para brindar una atención apropiada a las víctimas; además, somos implementadores de estrategias de atención psicosocial y atendemos daños psicosociales en víctimas. La noción de la salud mental más conocida está relacionada con la intervención a través de los servicios de la salud mental. Por ejemplo, servicios de hospitalización, atención por psicología, psiquiatría, y medicamentos; eso es lo que, en general, la gente conoce en salud mental.

El Ministerio ofrece atención en Salud Mental a través de los programas de intervenciones colectivas en municipios en las cuales atiende las mayores recurrencias epidemiológicas². La epidemiología de la salud mental en nuestro país dice que se debe intervenir el consumo de sustancias, alcohol, las conductas suicidas, la violencia intrafamiliar y establece la presencia de trastornos mentales en los colombianos.

Lo que le ocurre a las víctimas se sale de esas normas de la epidemiología de los colombianos, tanto en salud física como en salud mental. Las víctimas del conflicto armado se ven expuestas a graves violaciones de los derechos humanos y el derecho internacional hu-

manitario; por eso, los impactos en la salud física y psicológica no son los mismos del resto de los colombianos.

En el nuevo Plan de Desarrollo 2015-2018, somos tres instituciones las que debemos dar cuenta de la atención psicosocial como medida de rehabilitación, esas tres instituciones son: el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Víctimas.

FSJ: ¿Cree que el número de sesiones establecidas por el Programa de Atención Psicosocial y Salud integral a Víctimas (Papsivi³) son suficientes, para que una persona se recupere?

LR: No todas las víctimas están traumatizadas, pero sí todas están sufriendo. Hay un sufrimiento que no necesariamente encaja en la categoría del trauma o en una categoría clínica. La intensidad del tratamiento en atención psicosocial varía dependiendo de cómo están las personas; la estadística muestra que menos del 5% tiene un trastorno psicológico que requiere servicios de salud mental y, aproximadamente, el 30% tiene algo parecido, pero no encaja en el trastorno psicológico.

Por ejemplo, la categoría clínica de depresión mayor reúne varios síntomas. Las víctimas tienen algunos pero no todos los síntomas. Casi todos los casos de ese 30% son de remisión parcial, son sintomatologías que no encajan en las categorías clínicas.

La Unidad de Víctimas prefirió asumir la noción de sufrimiento y no de trauma con el fin de evitar que se pensara que todas las víctimas estaban enfermas.

En cuanto al número de encuentros, depende del nivel y la modalidad de atención que requieran las personas: individual, familiar, grupal, o comunitaria. La Unidad recomendó un modelo, que se moviera entre los diez encuentros, nueve encuentros. Si las víctimas necesitan más, se continúa la atención.

Lo que nos ha pasado es que tenemos casi un 40% de deserción en el quinto encuentro. Claro, salen mejor los que van a los nueve encuentros, pero la gente sólo va a atención psicosocial porque es

1 Ley 1448 <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley144810062011.pdf>

2 "Lo que les ocurre a las víctimas no son sólo esas cuatro cosas, claro les ocurre esto también porque son colombianos, pero tienen un sufrimiento que caracteriza otras complejidades a nivel psicosocial cuya oferta que sólo esta destinada, para esos cuatro temas que mencioné, no esta lista para destinarse a las víctimas por eso tuvimos que establecer una política pública para la atención psicosocial de las víctimas del conflicto armado". Lina Rondón Daza.

3 Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas. https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas_PAPSIVI.aspx

4 Pero las víctimas son colombianas. Los servicios de atención psicológica y atención psicosocial de los colombianos no son tan solicitados como uno creería: menos del 10% de la población colombiana ha ido a servicios terapéuticos y los que van, van a dos, máximo cuatro sesiones, y otros que se salen de esa norma acuden a servicios de psicoanálisis, son pocos quienes recurren a estos servicios y son de estratos sociales muy particulares. Entonces dijimos, las víctimas igual son colombianos y resulta que es equivocado pensar que ellas requieren más de 30 sesiones. Lina Rondón Daza en entrevista de audio.

su deseo y su necesidad, hay personas que tienen la necesidad pero no el deseo⁴. Ir a atención psicosocial es una decisión y una toma de conciencia de la voluntad que tienes frente a tu propio bienestar emocional. La Unidad recomendó nueve encuentros. Hablamos sobre la calidad de éstos, deben ser personas que sepan qué es el conflicto armado, una desaparición forzada, conocer bien el delito y las vulneraciones a los derechos humanos.

En la Unidad el sufrimiento de las víctimas requiere una atención y dedicación a la escucha muy particular, muy especializados, gente muy entrenada en atender el dolor de la guerra.

El entrenamiento de los psicólogos, de los trabajadores sociales en el país es débil porque las universidades se han abstraído de notar el conflicto armado del país; entonces, hay que darles protocolos. No puedes mandar a alguien a un territorio sin protocolo a que equipare esto, a que dé consejos.

FSJ: El Papsivi, en sus inicios, se propuso recuperar el daño producido en las personas. ¿Se ha logrado este objetivo en víctimas de tortura, desplazamiento, violencia sexual y minas antipersonal?

LR: La noción de recuperar a la gente es ambiciosa. Yo creo que hay una dimensión irreparable en el conflicto armado, en la esfera psicosocial, esto ha sido terrible.

Para mí el máximo de recuperación es que la persona logre integrar a su historia de vida lo que le ha ocurrido a ella, a la sociedad y al país; recomponer la persona con ese hecho que se integra, ese es para mí el indicador de recuperación. No es ser la misma de antes, no es ser feliz, es poder integrar algo que quedó fragmentado, para nosotros esto es recuperar, integrar al devenir histórico. Por ejemplo en el caso de la desaparición forzada, el nivel máximo de recuperación es poder coexistir con el sufrimiento.

Nosotros les decimos a las víctimas: para algunas personas recuperarse es lidiar con la vida, ¿para usted qué significa recuperarse? A nosotros nos interesa conocer su noción de recuperación; entonces responden: volver a hablar con mis hijos, dejar la pensadera, que esto no me duela tanto, que esto no se me venga de repente a la

“El entrenamiento de los psicólogos, de los trabajadores sociales en el país es débil porque las universidades se han abstraído de notar el conflicto armado del país; entonces, hay que darles protocolos. No puedes mandar a alguien a un territorio sin protocolo a que equipare esto, a que dé consejos”.



mente, ellos construyen su noción de recuperación. Hay un nivel alcanzable de recuperación, que es subjetivo.

FSJ: ¿Qué porcentaje de los profesionales tienen experiencia de trabajo en violencia sexual, tortura, desplazamiento y minas antipersonal?

LR: El 90% de los profesionales ha trabajado con víctimas del conflicto armado. El otro 10% con población vulnerable, diferentes tipos de víctimas.

A nivel nacional, tenemos personas en el equipo nacional que poseen mayor experiencia con algunos tipos de victimización. Por ejemplo, hay quienes han escrito y trabajado mucho (clínica, investigación, protocolos) con violencia sexual, tortura, secuestro, desaparición forzada, y desplazamiento forzado. Tenemos menos experiencia en bombardeos y minas.

FSJ: ¿Qué profesión tiene quien asigna el número de citas a la víctima?

LR: Todos son de ciencias humanas. El “enlace” en la Unidad de Víctimas le pregunta a la persona si necesita atención psicosocial y, a veces, decide que la necesita aunque diga que no.

FSJ: ¿Cuál es el criterio para determinar si una persona requiere atención psicosocial?

LR: Ha recibido un entrenamiento con una herramienta de caracterización que se llama Plan de asistencia de atención psicosocial para la reparación integral (PARI).

FSJ: ¿Un programa móvil para que los psicólogos busquen a los supervivientes, y no al revés, podría ser una opción para los afectados por minas antipersonal?

LR: Sí, es una opción. Podemos ir a donde están las personas.

“Nos interesa que las víctimas puedan reconocer sus propios recursos, su potencial”,

Maritza Villarreal.

Entrevista a Maritza Villarreal Duarte, psicóloga, especialista en familia y violencia intrafamiliar, trabaja en la oficina de promoción social, del Ministerio de Salud y Protección Social.

Maritza Villarreal hace parte del grupo de asistencia y reparación a víctimas, específicamente al equipo desarrollador de lineamientos para la atención psicosocial y para la atención integral en salud con enfoque psicosocial. También ha trabajado con víctimas de conflicto armado, desde hace nueve años, en organizaciones sociales.

FSJ: ¿Por qué se han reducido la presencia de los equipos de atención psicosocial y los presupuestos del Papsivi?

MV: Los recursos para la atención a las víctimas son del Fosyga. Hubo una reducción en el presupuesto nacional, hay austeridad en todas las instituciones, y no fuimos la excepción. De tener \$25 millones en el año 2013; en el 2014, pasamos a tan solo \$15 millones.

FSJ: ¿Qué pasa con un superviviente del conflicto armado después de participar del proceso de “recuperación del Papsivi”? ¿Cinco encuentros, o sesiones, son suficientes?

MV: Depende de las afectaciones psicosociales que estén vigentes. El año pasado hicimos una profundización metodológica a través de unas guías que responden a las afectaciones que suelen estar presentes en lo individual, en lo familiar y lo comunitario.

En promedio cada una de esas guías tiene seis encuentros. Pero no es una guía la que marca el proceso de atención psicosocial pueden ser más. También es posible que, para algunas personas, esté vigente sólo un tema.

Nosotros brindamos la atención psicosocial como parte de las medidas de reparación y esto implica que haya transcurrido un tiempo, que la persona tenga un plan de asistencia, de atención individual y

de reparación, que es el PARI, que es el que hace específicamente la Unidad de Víctimas.

Esto es importante porque el factor tiempo marca la diferencia frente al impacto y al nivel de daño, es distinto, si el hecho recién ocurre o si han pasado 15 años.

El modelo y la concepción ontológica que tenemos de las víctimas es que son personas con recursos propios para afrontar hechos de violencia y quienes con o sin ley de víctimas han hecho mucho para recuperarse, generalmente por sí solas, con sus redes de base, con sus redes familiares.

Concebimos a un sujeto en permanente interacción con otros y donde los niveles de significación, para darle un lugar en su vida a lo que es haber sido víctima, varían de una persona a otra dependiendo de su historia y posibilidades. No hay daños estandarizados para todas las víctimas, por lo tanto el número de encuentros varía.

FSJ: Algunos miembros de organizaciones sociales creen que el gobierno se ha centrado más en el daño, que en la rehabilitación. ¿Qué opina al respecto?

MV: En términos de rehabilitación es importante el daño. No todas las víctimas requieren rehabilitación, no todas las víctimas requieren atención psicosocial. Se estima que de los 7.500.000 víctimas, registradas en el país, alrededor de 47% requiere atención psicosocial mas no especializada en salud mental, donde el porcentaje se reduce a menos del 5%¹.

Revisando las atenciones realizadas en 2015 y el número de personas que tuvieron que ser derivadas para atención especializada en salud podemos afirmar que es inferior al 1% el número de personas que han tenido que ser derivadas para este tipo de atención. Con las demás ha sido suficiente, la atención psicosocial de acuerdo con la estrategia metodológica que ofrece el Ministerio de Salud y Protección Social.

Tenemos unos niveles de atención psicosocial, en donde la profundización del daño es mayor. Por ejemplo, la rehabilitación en salud mental. Desde la apuesta metodológica que tenemos más que el daño, es leer cómo se manifiesta el daño en la gente: a veces sólo con sufrimiento

¹ En otra entrevista para esta serie en salud mental y conflicto, la psiquiatra Nubia Camacho, del Ministerio de Salud y Protección Social explicó: Cuando nos referimos al 4% estamos hablando de los trastornos de depresión, psicosis, estrés posttraumático, que no es el más frecuente, y estos son iguales o un poco mayor que el resto de la población, según el estudio de Salud Mental, está alrededor de 4.8%. De ahí viene la importancia de reconocer los problemas mentales, lo que está antes del trastorno, y que si no se trata va a convertirse en una depresión mayor o en un intento de suicidio. Por eso, esta perspectiva de atención del riesgo que tiene el nuevo modelo de atención en salud es importante porque es entender que hay unos desenlaces que queremos evitar en salud mental: discapacidad psicosocial, consumo de alcohol, conductas violentas, sobrecarga de los cuidadores. Por eso es importante intervenir los trastornos para atender los problemas, mejor prevenir a que aparezcan los trastornos. El grueso de la población colombiana tiene problemas mentales, no trastornos, consumo de alcohol, problema en hábitos de comer en adolescentes, problemas de aprendizaje del niño.

sin llegar a desarrollar ninguna categoría diagnóstica en salud mental, en otras ocasiones, pueden exacerbarse el daño y requiere una atención especializada.

Hicimos un giro a todos nuestros instrumentos el año pasado. Lo que las organizaciones conocen es la metodología que se tenía hasta el 2014 porque justamente empezamos a atender con nuestra nueva metodología desde mayo-junio del 2015. Las organizaciones no conocen los resultados de la atención psicosocial con esta nueva metodología del Papsivi.

FSJ: ¿Cuándo se podrán ver esos resultados?

MV: Este año. Estamos haciendo un proceso de validación de esta metodología. Vamos a analizar 66 casos de víctimas en todo el país, y a tener 66 grupos de conversación con profesionales, víctimas y promotores psicosociales, que son víctimas que hacen parte de los equipos de atención psicosocial, para determinar la pertinencia y eficacia de estas guías del año pasado, y qué tanto aportan a la rehabilitación y la recuperación de las afectaciones psicosociales.

FSJ: Otras observaciones hechas por organizaciones sociales sobre el Papsivi son: escasez y falta de continuidad en la cobertura, falta de formación de los profesionales y mucha responsabilidad a promotores sociales que no se han recuperado.

¿Cómo podrían mejorarse estos aspectos?

MV: Con respecto a la falta de continuidad hay varios elementos. Conscientes de que han quedado casos abiertos, el año pasado la prioridad fueron los casos abiertos, se le dio continuidad a un 95% de los casos abiertos, de fases anteriores.

En cuanto a la contratación, el Ministerio evalúa y traza la política pública en salud y con recursos, de concurrencia nacional, asigna recursos que se transfieren al territorio. Las secretarías de salud departamentales son nuestros aliados en territorio para la transferencia del recurso, contratación del personal y la atención como tal.

Sin embargo, otra arista que surge ahí es de carácter administrativo, los recursos son vigencia anual, y no se pueden llevar al año siguiente, se tienen que ejecutar cada año y, para que el recurso salga administrativamente, por todo lo que implica, hay que sacar una resolución para poder transferir y la resolución sale en el mes de marzo, luego se requiere otra en las asambleas departamentales. Allá a veces hay líos para incorporarlas y esto toma tiempo.

En cuanto a la formación profesional la verdad es que en la universidad a ninguno nos enseñaron a leer el contexto del conflicto ni muchos menos a desarrollar habilidades o a profundizar en conocimiento sobre lo que le pasa a la gente cuando se expone a la guerra.

Entonces encontramos profesionales de psicología, antropología, trabajo social y sociología, que conforman nuestros equipos, que deben complementar la formación académica con capacitaciones específicas.

FSJ: ¿Cuánto duran esas capacitaciones?

MV: Las capacitaciones duran una semana, en ellas se hacen entrenamientos en técnicas de intervención. Como no es suficiente una semana, en región la los coordinadores psicosociales se encargan de la profundización en sus equipos.

Con los coordinadores psicosociales hacemos encuentros nacionales. Vienen a Bogotá y realizamos una profundización en metodología de intervención psicosocial y ellos hacen lo mismo con sus equipos. Dedican un día, al mes, para la profundización y, otro, para el cuidado de su equipo.

El año pasado se llevó a cabo el segundo encuentro nacional de profundización donde se reforzaron temas como la desaparición forzada, transmisión, entre generaciones, del daño.

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) nos ha ayudado pues tiene profesionales expertos en terapéutica en participación, y nos ha acompañado en los espacios de formación que hacemos con los profesionales y con los coordinadores.

A diferencia de los años, 2013 y 2014, tener guiones metodológicos, para saber qué hacer, ayuda y cuida la relación con las víctimas. El año pasado escribimos unas guías para la atención comunitaria en las cuales está, literalmente, lo que hay que hacer y en un lenguaje accesible para el promotor que acompaña esos espacios de intervención comunitaria y que tiene un saber, no académico, pero importante sobre la comunidad. Además, desde el año pasado, la dirección de talento humano del ministerio viene trabajando con las facultades de psicología y trabajo social, con el Colegio Colombiano de Psicología, entre otros, para construir conjuntamente las competencias a desarrollar en los programas de pregrado y posgrado, pensando en el contexto actual y el posacuerdo.

FSJ: ¿Cuándo conoceremos esas competencias?

MV: Este año se definirán esas competencias. Las últimas sema-

nas de cada mes se desarrollan estos encuentros donde participan representantes de las instituciones.

FSJ: ¿Desde su redacción por Bertha Lucía Castaño, fundadora de la Corporación Avre, cuáles son las principales modificaciones del Papsivi?

MV: En el año 2013, se inició la atención psicosocial con un documento marco del Papsivi que fue, escrito por la doctora Bertha Lucía Castaño, quien era consultora del Ministerio.

Es un documento muy bueno, que traza los principios, los enfoques profundos del Papsivi en salud y en atención psicosocial. Es un documento muy rico que establecía rutas para la atención en fases, que fueron revisadas y evaluadas por las víctimas en las mesas de víctimas, del año 2014.

En ese momento se inició un proceso de profundización metodológica en el componente de la atención psicosocial porque algunas fases se centraban mucho en instrumentos y no en la persona.

Estos instrumentos presentaban muchas debilidades. Se hicieron dos consultorías para evaluarlos y fue necesario modificarlos y desarrollar una metodología más cálida, reconocedora de lo que le pasa a la persona y menos diagnóstica, psicopatológicamente hablando.

Entonces se mantienen los componentes: derechos humanos, que es el enfoque pilar, del que se desprende el enfoque psicosocial, el enfoque diferencial y el enfoque transformador.

Lo que cambió fue la metodología de la atención psicosocial. Ya no se caracteriza a la gente, se conversa y reconoce la experiencia del otro; se elaboraron instrumentos más sencillos, que le permiten al profesional concentrarse más en la relación.

Para hacer esos cambios partimos de pensar en la concepción de víctima que tenemos ¿cómo reconocemos a un sujeto víctima del conflicto armado?

Decidimos concebir la atención psicosocial desde dos paradigmas: el paradigma hermenéutico y el paradigma crítico social, las guías están relacionadas con estos paradigmas. Nos interesa que las víctimas puedan reconocer sus propios recursos, su potencial y no generar dependencia sino autonomía y capacidad crítica frente a su contexto.

También hemos cambiado los instrumentos de registro. Tenemos varios momentos, uno de apertura de atención y para los encuentros de atención psicosocial como tal, y el cierre, para argumentar el cierre y los indicadores de cierre, los cuales van acompañados de un sistema de reporte.

Además, el ministerio desarrolló un aplicativo Web para el registro y seguimiento a las atenciones psicosociales a la población víctima, en el marco del Papsivi.

FSJ: ¿Cuáles son las fortalezas del Papsivi y qué ha sido lo más retador?

MV: La fortaleza es la atención psicosocial como se está haciendo este año. A la gente le gusta esta metodología, se sienten reconocidos, que la metodología los dignifica.

Yo creo que una de las ganancias es tener una estrategia de atención psicosocial más definida, más sólida, que tendremos que ajustarla, por supuesto, estamos haciendo un proceso de validación y eso nos llevará a nuevos ajustes en la metodología este año.

Uno de los retos más grandes, es el componente de atención en salud porque es frecuente que una persona esté recibiendo atención psicosocial, más sólida y consistente, pero tenga necesidades de salud y se encuentra con barreras de acceso, con las que nos encontramos todos los colombianos, demoras en las citas, en autorizaciones para exámenes especializados, las EPS no les reconoce el transporte cuando deben trasladarse para exámenes a ciudades distantes de su residencia. El desafío está en que los prestadores del servicio tengan enfoque psicosocial.

En 2015 se construyeron los capítulos de enfoques diferenciales para la atención psicosocial a víctimas niños, niñas y adolescentes; población afro y rom; personas con discapacidad; mujeres, hombres y personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas. Sin embargo, el documento técnico se consultó en diciembre de 2015, con organizaciones e instituciones, y este año iniciará su implementación, pues aún falta formular las orientaciones metodológicas y realizar la formación en estos enfoques diferenciales con los equipos psicosociales que se contratarán este año.

“Estamos en contra de endilgarle a las personas víctimas problemas mentales”, Fernando Ramírez.

Innovar en la prestación de servicios de salud mental es esencial para mejorar la atención.

Fernando Ramírez, subdirector de enfermedades no transmisibles, y Nubia Bautista coordinadora del grupo de gestión integrada para la salud mental del Ministerio de Salud y Protección Social.

FSJ: ¿Cuánto dinero del presupuesto del Ministerio de Salud y Protección Social se dedica a la salud mental, existe un presupuesto específico para la salud mental y el conflicto?

FR: La cifra varía un poco pero nosotros, más o menos, manejamos al año mil millones de pesos en el tema de salud mental a través de convenios. También varía mucho porque las anualidades no son iguales, estamos en una época muy difícil, de coyuntura del sector, frente a todo el tema macroeconómico y como sector, donde se ha privilegiado el acceso de las personas a través del aseguramiento; estamos en unos años difíciles pero no por eso nos eximimos de mejorar la salud mental de la población.

FSJ: ¿Además del Papsivi, qué otros elementos y programas existen para atender a los supervivientes del conflicto?

FR: La Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas, junto con la Agencia Colombiana para la Reintegración (ACR) manejan diferentes programas.

El presupuesto más poderoso, de varios miles de millones de pesos, lo tiene la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas, y tiene un grupo muy fuerte, con oficinas regionales para mejorar la atención.

Dentro de la Unidad, hay por lo menos 60 entidades que tienen que ver con la reparación integral a víctimas y, nosotros, somos apenas una de esas, aunque somos una de las más activas.

FSJ: ¿Qué se requiere para que Colombia tenga un sistema de salud mental? Tenemos elementos, pero no un sistema articulado como en Canadá, por ejemplo.

FR: Canadá y otros países de Europa central llevan muchísimos años trabajando en ese tema y tienen formas de prestación del servicio que son modelo en el mundo.

Nosotros tenemos, como dices, algunos elementos y equipos trabajando en ese tema y eso ha hecho que la salud mental se haya posicionado en los territorios. Han existido mejoras en los servicios y la inclusión de los servicios que hoy tenemos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

También los entrenamientos de buena parte del país en ese tema se deben a esos esfuerzos y a investigaciones que el ministerio ha hecho con universidades, hospitales y además con comunidades indígenas, en ese tema.

Se tiene una red general capaz de atender la mayoría, o la totalidad de los eventos, y en complementariedad, se logra responder a lo que no se atiende en los niveles básicos. Para resolver el tema del acceso fragmentado se ha hablado de una ruta de atención en salud mental.

Estamos en construir y operar una ruta en salud mental que logre hacer visibles esas responsabilidades y que tengan unos hitos: oportunidad, continuidad y cobertura en la atención de las personas. Aspiramos a que las formas de reconocimiento y pago dialoguen no sólo con estos tres elementos sino con resultados ¿cuáles son esos resultados? Además de estos tres elementos de salud, esperamos que las prestadoras, así como las administradoras, y los territorios, muestren, resultados en la operación de esas rutas.

En estos momentos la salud mental es una de las rutas prioritarias de país, de las rutas que definió el ministerio para trabajar en salud, en eventos de interés, en salud pública. En esa ruta de salud mental, inicialmente hay cuatro eventos que son epilepsia, esquizofrenia, depresión y consumo abusivo de alcohol e intoxicación aguda, pero pronto vamos a incluir algunos elementos como la demencia.

Las rutas ponen las normas, ese conocimiento, en un único plano que sea universal, es decir, lo conocen los pacientes, sus familias, los prestadores, los administradores, la Superintendencia de Salud, el Instituto Nacional de Salud, y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Una vez saquemos estas rutas que recogen la mejor evidencia y las guías de práctica clínica, donde tenemos estas cuatro patologías que

“En cuanto a equilibrar para que las personas no se queden permanentemente en un sistema de atención de víctimas, pero que tampoco sean sub-atendidas, el reto es acercarse adecuadamente a ellas, que logren autonomía en el proceso. El problema es cuando no se crea autonomía sino una dependencia, en cierto punto nociva y artificial a la condición de víctima”.

Nubia Bautista.



ya mencionamos, se harán ajustes sobre cómo se habilitan los servicios, las redes, cómo se habilitan las empresas prestadoras de salud y cómo los territorios puedan desempeñar un papel mucho más activo en el seguimiento a estas redes.

Finalmente, poder alinear todos esos incentivos y evolucionar en cuáles son las formas de reconocimiento y pago de contratos para reconocer esos servicios será importante. De tal manera que no tengamos incentivos para no atender a la gente para quedarme con el dinero o hacerles lo que no necesitan para quedarme con más dinero. Estamos avanzando con el gobierno alemán para mirar cómo es la experiencia de ese gobierno, que es por excelencia el contratante, cómo se alinea eso.

FSJ: ¿Qué papel podría cumplir el Observatorio de Salud Mental en el tema de conflicto y posacuerdo?

FR: El observatorio funcionó hasta hace dos años en una alianza con una universidad. En este momento, lo vamos a remozar, a incluir nueva información que ha surgido de análisis, de estudios recientes, y la Encuesta Nacional de Salud Mental y publicar sobre este tema pero dándole un papel tanto a los territorios como a otros actores y no sólo el ministerio para que podamos tener un análisis en profundidad en salud mental.

Estamos desarrollando la tecnología y esperamos tener este año al menos dos reuniones, una nacional y otra regional, de análisis en temas de salud mental, para ensayar esta metodología. Esto dejará en los territorios una capacidad mayor de análisis y seguimiento a lo planteado en la Ley de Salud Mental y en el Plan Decenal de Salud Pública¹. La salud mental es importante en el plan decenal y para hacerle seguimiento, el observatorio va a ser una de las herramientas fundamentales.

FSJ: ¿Qué soluciones propone el ministerio para resolver el problema de la cobertura y que la víctima no sea quien busque el servicio?

FR: Aspiramos a que el modelo llegue a áreas rurales dispersas, donde hay menos presencia y capacidad, que en los territorios surjan esas nuevas formas que mencione, en la anterior respuesta. Trabajamos con equipos, los pocos equipos que tenemos debemos moverlos permanentemente. Hemos avanzado en cómo entrenamos a los equipos de salud, bienestar, educación, cultura, a todos

¹ Plan decenal de salud pública. <https://www.gov.co/Documentos y Publicaciones/Plan Decenal-Documento en consulta para aprobación.pdf>

los otros servicios sociales, que entiendan este tema del enfoque, la atención y la intervención psicosocial para que sean parte del equipo, y no solamente sea un tema de salud y necesitamos que todos hagan su parte.

Esto no es una campaña sino un tema permanente y debemos ir pensando en graduar a las víctimas, tú no puedes ser víctima toda la vida. Eso probablemente te genera una serie de ventajas pero también de desventajas, tendremos que pensar en qué momento se deja de ser víctima o hasta dónde debe llegar. Por supuesto, que esto debe tener una serie de estudios jurídicos funcionales, pero por lo menos desde lo que tiene que ver con el tema de salud, víctima o no víctima, tienen los mismos derechos pero varían las estrategias para llegar allí.

FSJ: ¿Cuál es el punto medio para “graduar” a la víctima, sin que haya sobre diagnóstico pero tampoco sean sub-atendidas?

FR: El tema grande de la víctimas no es tener una condición o un trastorno, es el dolor y la incapacidad de continuar con su plan de vida. Estamos en contra de endilgarle a las personas víctimas problemas mentales.

NB: En cuanto a equilibrar para que las personas no se queden permanentemente en un sistema de atención de víctimas, pero que tampoco sean sub-atendidas, el reto es acercarse adecuadamente a ellas, que logren autonomía en el proceso. El problema es cuando no se crea autonomía sino una dependencia, en cierto punto nociva y artificial a la condición de víctima, si la atención está planeada para permitir la autonomía y para fortalecer la inclusión social y la funcionalidad, las personas no necesitarán estar patinando en esta condición de víctima, y de incentivos que terminan siendo nocivos para su propio bienestar.

FSJ: Una puerta giratoria...

NB: Exactamente.

FSJ: ¿Cuáles son los retos de salud mental en el posacuerdo?

FR: Los más importantes son evitar la estigmatización de las personas, decir que son violentas, y que las personas involucradas en el complejo proceso de la violencia tienen problemas de salud mental. Lo segundo, desarrollar una red de respuesta mucho más cerca de don-

de las personas viven o trabajan, re-significar los roles del médico general, la enfermera, el trabajador social, algún psicólogo que ayude desde el primer nivel y los gestores comunitarios en temas de salud mental.

Lo que estamos pensando, es que los psiquiatras y los psicólogos son profesionales de apoyo al primer nivel, tenemos que entrenar a todo el sistema de salud; particularmente, a médicos generales y a los equipos básicos en que trabajen en salud mental y no sea algo sólo de especialistas, que son muy pocos y muy concentrados en pocas ciudades del país, porque si planteamos un modelo de atención a partir de especialistas estableceríamos nuevas brechas de acceso a las personas.

Otra apuesta: crear la noción de salud mental. Necesitamos que la gente entienda que no sólo los psiquiatras, los psicólogos, no sólo el sistema de salud, desde las urgencias, emergencias y las hospitalizaciones, proveen salud mental sino las buenas prácticas de familia, comer en familia, del cuidado parental, de acompañar los niños a hacer tareas, el tiempo libre constructivo, fortalecer capacidades de afrontamiento, trabajar desde la primera infancia.

Esto nos va a llevar muchos años (...) Cómo una cultura toma un papel más activo en generar herramientas en los niños y las familias para tener una mayor capacidad de afrontar los problemas, ser más solidarios, eso es salud mental.

FSJ: Su respuesta me lleva a la siguiente pregunta.

¿Qué tan viable es incorporar la salud mental en la atención primaria en Colombia?

FR: En general, la atención primaria es el servicio que es posible brindar con los recursos que están disponibles y tienen como propósito ofrecer herramientas para que la persona, la familia y la comunidad se hagan cargo de su propia salud, eso no quiere decir que nosotros mismos nos hagamos consultas si no que tengamos una serie de prácticas que nos protegen y reducen el impacto del daño.

La atención primaria no es sólo el nivel básico (...) Es un concepto más amplio y rico y, cada comunidad, cada país, lo define porque saben cuáles son los principales problemas y los recursos que tienen para atenderlos.

El tema de la salud mental nunca ha estado fuera de la Atención Primaria en Salud (APS), solamente hay más o menos actividad en el tema. Lo que estamos diciendo aquí es que la salud mental forma parte del gran conjunto de las enfermedades crónicas y son de las que resultan más gravosas para la salud y las personas.

En el caso de Colombia se trabaja en salud mental como con el cáncer, la enfermedad cardiovascular, la enfermedad pulmonar crónica, tienen la misma importancia y esto queda demostrado cuando utilizamos las mismas estrategia.

Hay qué repensar como prestar los servicios de salud. Un número reducido de especialistas, liderarán los programas, serán los grandes mentores, los profesores, los que hagan análisis mientras que el médico, más familiar a la comunidad, es quien va a prestar los servicios de salud mental, en principio, apoyado por los especialistas.

Finalmente, innovar permanentemente en cómo se prestan esos servicios, ese modelo final y echarlo a rodar; una cosa es APS en Cauca, con una identidad indígena fuerte y una geografía compleja, a lo que podría ser en Envigado. Hay retos para los gestores territoriales, los servicios y es cómo se presta esa ruta en las comunidades.

Retos en salud mental durante el “posconflicto”.

Psicólogos, psiquiatras y usuarios de servicios psicosociales hacen un análisis crítico del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (Papsivi) y de la atención en salud mental en Colombia.



“No se puede negar que existe una sociedad cada vez más conservadora, y una tendencia a medicalizar la vida cotidiana”, Edwin Herazo.

Entrevista a Edwin Herazo Acevedo, médico psiquiatra, director del Instituto de investigación del Comportamiento, especializado en gestión servicios de salud, magíster en bioética e historia y, candidato a doctor en salud pública.

FSJ: ¿Qué estrategias se pueden usar para posicionar la salud mental como parte integral de la salud?

EH: Hay que hacer un análisis para determinar si se posiciona la salud mental, en particular o si, por el contrario, se trata de reconstruir el concepto de salud integral.

¿Cuál será la mejor opción? No hay respuesta porque ésta sólo puede llegar después de un diálogo ampliado; además porque el mismo concepto de salud es funcional al sistema productivo, en el cual las definiciones de salud y salud mental están ancladas a que la persona esté inmersa en un sistema productivo.

De hecho, los tratamientos tienen como meta que el individuo sea funcional en el sistema, que sea autosuficiente y productivo. La productividad está incluida en los conceptos de salud y salud mental.

El diálogo ampliado no lo hemos hecho. Ni siquiera nosotros que se supone somos “expertos” en salud mental, esa discusión no se ha dado ni en lo individual ni en lo gremial ni mucho menos en las instituciones del Estado.

La historia de la salud mental en Colombia empieza con la higiene mental y después la cambian de nombre, salud mental, pero es un salto semántico pero no real.

Todavía estamos inmersos en la higiene mental. La persona se considera que goza de buena salud mental si es funcional, es decir, si está normalizado, es muy Foucaultiano. Quien se sale de ese criterio de normalización es excluido, señalado y estigmatizado.

El concepto de estigma es funcional al *status quo*. ¿El estigma se reduce en la medida que puedes consultar y ser clasificado en una categoría diagnóstica? La categorización implica la homogenización, en las emociones esto no se puede aplicar. Las depresiones, las tristezas varían en cada persona.

FSJ: Pero la justificación para ello es que sin diagnóstico no hay acto médico.

EH: Claro, siempre le explico a los pacientes que el diagnóstico, el juicio clínico, y la intervención a realizar son exigidos por ley. Cuando estás atado por el sistema, entonces utilizas estrategias con los pacientes, porque son perceptivos, inteligentes y se conocen mejor que cualquiera, yo les explico el origen de los diagnósticos, cómo están estructurados y los tratamientos que existen.

Desde la psiquiatría clínica se confronta la adherencia al tratamiento, que es la medida del éxito del tratamiento. Pero uno se pregunta: ¿Por qué debe adherirse a un medicamento que no se sabe bien cómo actúa, u otros actúan sobre categorías diagnósticas con vacíos severos? Tampoco podemos caer en la nada existencial porque está claro que la gente sufre. Debemos hacer algo, les explico a mis consultantes que la medicina es una herramienta más, pero se deben estimular los propios recursos del ser humano.

No se puede negar que existe una sociedad cada vez más conservadora, y una tendencia a medicalizar la vida cotidiana, la cual es funcional al sistema en que vivimos.

FSJ: ¿Por qué es necesario promover un modelo biopsicosocial y no uno biomédico?

EH: Porque el biomédico, es restrictivo y da por sentadas sus verdades, son acuerdos teóricos, con vacíos, mientras que el modelo biopsicosocial tiene una perspectiva más integrada de lo que es el ser humano.

En Colombia, el sistema de salud se ha ajustado al mercado; se incluyeron medicamentos de alto costo, que no estaban contemplados en el sistema, y en la medida en que -en teoría- en Colombia no existen barreras para usar uno u otro medicamento, en que los pagos a las clínicas y hospitales funcionan mejor, ya se está volviendo mejor negocio la salud mental.

El número de ofertas de camas privadas, en salud mental, en psiquiatría está aumentado en salud mental, y contraviniendo acuerdos que tiene el país como la Declaración de Caracas, la cual integra la salud mental a la salud general.

Cada día más, en los sectores públicos y privados, se hace la segmentación entre salud y salud mental; en teoría, vamos hacia atrás y la salud mental se convirtió en negocio.

Se va a priorizar la hospitalización, más rentable que la consulta externa, el país habla de atención primaria y yo crítico de los parámetros de atención primaria, pues se está fomentando el uso de las intervenciones intrahospitalarias.

FSJ: Las instituciones totales de las que hablaron Erving Goffman y Michel Foucault.

EH: De lo que paga el sistema, pero pisos protegidos, hogares protegidos eso el Estado Colombiano no lo tiene disponible todavía.

FSJ: ¿Es la Ley 100 de 1993 la única responsable de que no se haya implementado la Declaración de Caracas¹ en Colombia?

EH: No es la única responsable porque sería demonizarla, mas que la Ley 100 es cómo se implementó, no es el articulado en sí mismo; obviamente, el espíritu de la Ley 100 está enfocado en el mercado, en la teoría de los seguros. La ley intentó solucionar el problema de la baja cobertura en Colombia, lo cual es real, pero Colombia no tiene un sistema de salud universal. Tú tienes que demostrar una afiliación, que estás al día, no basta ser ciudadano para recibir salud.

FSJ: ¿Entonces qué otros factores “enterraron” esa declaración tan noble en su contenido?

EH: El neoliberalismo, en armonía con tendencias económicas globales, es un asunto político y económico. Esta pregunta no se responde sólo desde la salud, entendida como algo estrictamente médico, no; aquí la salud, hay que entenderla como algo político y económico, un asunto de economía política.

Cuando te digo que ha aumentado el número de camas psiquiátricas privadas, por ejemplo, no es lo mismo que el Estado preste ese servicio a que lo haga un privado porque los intereses son distintos.

FSJ: ¿La integración de la salud mental en el esquema de atención primaria, beneficiaría a las personas supervivientes del conflicto?

EH: Claro que sí. Yo fui formado como médico, en el Sistema Nacional de Salud pero ejercí medicina en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Ya antes en Colombia hubo eso, no es nada nuevo, yo hice mi rural echando mano de la gente.

Tenemos que pensar en figuras que ya existieron en Colombia como los promotores de salud, donde una persona de la comunidad tenía una capacitación para interactuar con el resto de sus pares.

¿Pero cómo hacemos en un sistema donde hay una serie de aseguradoras? ¿Cómo hacer atención primaria si la persona del quinto piso

del edificio donde vives está en la aseguradora A y la del cuarto piso en la B? Debe replantearse porque de lo contrario se queda en documentos bonitos. Tú no le perteneces al sistema de salud colombiano, eres cliente de una aseguradora, no eres paciente del médico Pedro Pérez, sino de la aseguradora X que presta el servicio, eso tiene unas consecuencias para el ejercicio profesional donde el médico se vuelve anónimo.

El médico debe adentrarse con su paciente más allá de los síntomas habituales, esa es la verdadera atención primaria, que ofrezca atención integrada y que cuando pase al especialista es porque se trata de algo que sobrepasa sus capacidades. No como pasa ahora que no puedes estar triste porque inmediatamente te remiten a una psiquiatría o a psicología.

La capacidad resolutoria del médico general, el mismo sistema la ha reducido a su mínima expresión. En la actualidad, la atención se presta para el asegurado, no para la persona, es decir, estamos como en la teoría de los seguros. ¿Al asegurador qué le interesa? Que el carro no se siniestre. Finalmente, es un tema financiero.

FSJ: Ante la escasez de psiquiatras y de psicólogos debidamente formados. ¿Qué opina de capacitar a enfermeras y enfermeros para ofrecer atención psicosocial a supervivientes del conflicto en regiones?

EH: Hagamos historia, la psiquiatría en Colombia empezó así. Había muchos menos psiquiatras, la atención en salud mental se expandió anclada a un equipo de salud conformado por enfermeras, auxiliares de enfermería y médicos generales. Hay experiencias famosas de la psiquiatría mundial que tienen que ver con el psiquiatra Carlos Alfredo León Saltos, en las cuales existían unos centros de salud que brindaban este tipo de atención. (Muchos de los psiquiatras que hacen psiquiatría crítica², en América Latina, pasaron por ese grupo de trabajo).

La cercanía que tienen la enfermera o el enfermero con la comunidad, con los pacientes es un recurso desaprovechado en este sistema; en el anterior, era una protagonista que articulaba el equipo de salud. Ahora es alguien operativo, de menor jerarquía, con menor remuneración, sobrecarga de trabajo y los médicos seguimos siendo los grandes protagonistas. Sin embargo, existen acciones de resistencia; este año, comenzará una maestría en psiquiatría para en-

¹ Declaración de Caracas https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf

² Psiquiatría crítica <http://postpsiquiatría.blogspot.com.co/2013/10/lectura-imprescindible-hacia-una.html>

fermeros en la Universidad de Cartagena. Hay muchos elementos que existían, se desbarataron, y ahora nos las presentan como la gran revolución.

FSJ: ¿Está llamada a fracasar cualquier iniciativa en salud mental sin la cooperación y el compromiso de las Empresas prestadoras de salud?

EH: ¿Las aseguradoras? Sí porque ellas manejan el dinero, la contratación, a quién le mandan la plata, el problema de que la atención sea vertical, que en sus inicios no estaba contemplado en la Ley 100, en la cual eres el asegurador y el prestador del servicio, que son las IPS, las clínicas, los consultorios, tú manejas el dinero y quieres que te deje más dinero a ti.

Por ejemplo, no es lo mismo que si se te dañó el carro y tú tienes el taller que si lo envías a un taller externo. Lo mismo pasa aquí existió coacción al médico, de muchas maneras, y desde el principio. Muchas aseguradoras incluían en sus auditorías seguimientos a los médicos, cuántos medicamentos formulaban, cuántas remisiones hacían, cuántos exámenes, lo que no está del todo mal porque algunos caen en excesos en el uso de herramientas paraclínicas, a exámenes de laboratorio, estudios imagenológicos, electrofisiológicos, entre otros, y de medicamentos, a veces también por la presión del paciente.

FSJ: ¿Mencione tres retos en salud mental en Colombia?

EH: El principal, la conceptualización de salud mental para la sociedad colombiana y para el Estado colombiano. Cuando eso ocurra se van a presentar desafíos tales como reformular la enseñanza en salud mental y modificar, estructuralmente, el sistema de salud para que, en verdad, promueva la salud mental y, resuelva los problemas en salud mental de manera integral y no sólo supeditado al diagnóstico dentro de las nosologías psiquiátricas.

Porque está probado a través de un indicador del número de re-hospitalizaciones en las clínicas psiquiátricas, que eso no ha funcionado; lo cual es conveniente para algunos porque facturan más.

Es importante establecer un movimiento nacional por la salud mental y los recursos públicos, para asegurar que no se malgasten en hospitalizaciones, re-hospitalizaciones y medicamentos como tratamientos de por vida, cuando es difícil hablar de tratamientos de por vida sobre diagnósticos que no sabemos de qué se tratan y manejados con medicamentos que desconocemos exactamente cómo funcionan y para qué sirven.

Retos a superar para ofrecer una adecuada atención en salud mental

Replantear el concepto de salud mental, mejorar educación de profesionales, evaluar el Papsivi, continuidad en la atención y trabajo articulado son cambios indispensables, durante el “posconflicto”.

Durante un año supervivientes de violencia sexual, minas antipersonal, tortura y desplazamiento compartieron sus críticas y sugerencias para mejorar la atención psicosocial a las víctimas; en este reportaje, otras voces institucionales, y no institucionales, exponen otros retos para la salud mental en Colombia.

“La forma como las mujeres experimentan la violencia es diferente. Ellas están sometidas a unas cargas mayores porque pasan a ser proveedoras económicas, se convierten en mujeres cabeza de familia y no pueden desligarse de su rol de cuidadoras¹”, explica la psiquiatra Silvia Gaviria.

Las mujeres han sido unas de las más afectadas por el conflicto armado colombiano en el cual la violencia sexual ha sido utilizada como arma de guerra. En consecuencia, su salud física y mental han sido seriamente afectadas.

En opinión de Natalie Sánchez, psicóloga de la Casa de la Mujer, las mujeres deben contar con un contexto real de reparación, que les permita reconstruir una imagen positiva y salir del lugar de vulneración, que deja la experiencia traumática”.

Para ello se requieren instituciones fuertes, acciones coordinadas y enfoques a largo plazo. “Hay un montón de esfuerzos no articulados y no perduran en el tiempo. Hay algunos progresos, pero que dependen de profesionales más que de las instituciones”, añade Sánchez.

Silvia Gaviria, psiquiatra, afirma que algunos de los retos en el manejo de la violencia sexual y la salud mental es educar, a hombres y mujeres, en estos temas, derribar los estereotipos sobre las mujeres porque éstos impactan negativamente y mirar con otros ojos una realidad que ha sido invisibilizada.

¹ Presentación Silvia Gaviria. LIV Congreso Nacional de Psiquiatría. <http://psiquiatrivals.congresovirtual.info/lessons/simposio-impacto-del-conflicto-armado-colombiano-sobre-salud-mental-de-la-poblacion/>

El componente educativo es recomendado teniendo en cuenta -como en Ruanda²- que algunas mujeres tal vez tendrán que “convivir” durante el posacuerdo, con el perpetrador de un suceso que es imborrable como la violencia sexual. Por eso -insiste Silvia- se tiene que hacer un trabajo profundo, en grupo e individual.

En Buenaventura, Bibiana Mosquera, de Alas Nuevas de Mariposa, considera esencial la superación del racismo, el cuestionamiento del patriarcado y la relación de estos dos temas con la salud mental y la atención brindada.

“Poner en debate el racismo cotidiano, estructural. Un debate público, un cuestionamiento racional de por qué los pueblos indígenas están como están, y qué tiene que ver con el enfoque de desarrollo y cómo quieren vivir y habitar su territorio. En ese estar, las mujeres tenemos una forma de mirar el territorio, y no nos dejan vivir como queremos. El sistema patriarcal hay que seguirlo cuestionando con las masculinidades alternativas”.

Sin desconocer el trabajo realizado, Silvia Gaviria indica: “Hay esfuerzos por parte de organizaciones gubernamentales, pero sin seguimiento. Cuando se hacen intervenciones en comunidades, no se conoce la valoración del impacto de estas intervenciones”.

Si bien el Ministerio de Salud y Protección Social promueve, en la población colombiana, estilos de vida saludables relacionados con una buena salud mental: actividad física, alimentación saludable, y el no consumo de alcohol ni tabaco, persisten vacíos en este campo con respecto a los supervivientes del conflicto armado.

María Paula Cortés Rojas, referente de víctimas de la Secretaría de Salud de Caquetá explica: “(...) Hay mucho por hacer y trabajar. (...) Pienso que esas experiencias que se han dado para población de sobrevivientes de minas, nos dan luces y nos permiten evidenciar un trabajo que se necesita con mayor esmero porque hay que capacitar mucho a las personas, que trabajen no sólo con sobrevivientes de minas sino otros hechos de violencia.

“Las guías de atención deben estar estandarizadas en cada uno de los niveles de atención, en salud física y salud mental, eso en la parte médica; y en cuanto al abordaje de atención psicosocial, tener en el departamento cobertura en los 16 municipios, más equipos del Papsivi y continuidad, no sólo seis meses y con cortes, tener capacidad instalada para responder a las necesidades de la población víctima”-

Fortalezas y debilidades del Papsivi

Claudia Quintero, directora de la Corporación Anne Frank, señala que, en teoría, el Papsivi es un programa bien diseñado que podría solucionar los problemas de salud integral en las víctimas del conflicto. Pero menciona dos debilidades: su implementación en los entes territoriales, pues en Colombia, la descentralización no funciona bien y el desconocimiento del programa, la gente realmente no sabe qué es.

Dora Lancheros, psicóloga y directora de la Corporación Avre asegura que una ventaja del Papsivi es quien ayudó en su formulación, Bertha Lucía Castaño, médica especializada en psiquiatría y el grupo liderado por ella.

“Un documento hecho dentro de un sistema de salud absolutamente inoperante no logra tener el impacto esperado. El Papsivi fue pensado para que se transformará también el sistema general de salud. Entonces, en el momento en que se empiezan a hacer las remisiones, si no hay un sistema de salud formado, dispuesto, con voluntad política y ética para realizar esas atenciones, no es posible. ¿Qué haces tú con un documento que se choca con la práctica? El documento no lo puede cambiar todo”, asevera Lancheros.

Lo mismo opina Alfonso Castillo, miembro directivo de Andas: “El país tiene un problema en la política de estructuración de la salud. El derecho a la salud se mercantilizó; además, hay un enfoque de medicina curativa y no preventiva, en ese sentido, la atención psicosocial termina siendo un aspecto secundario de salud”.

Las exigencias de calidad son mayores para el Papsivi porque fue creado como medida de reparación para las víctimas del conflicto armado. “Estamos hablando de un programa que es una medida de reparación con una perspectiva de rehabilitación. Aún no se ha hablado de la rehabilitación porque esto le compete al sistema de salud pero, aún así, si nos quedamos solamente en la reparación del daño tampoco alcanza porque el enfoque de derechos humanos se ve un poco desvirtuado en la actuación del programa”.

“Una gran dificultad es no pensarse el tema de la rehabilitación. Cuando ponen el número de sesiones X, es no pensar que han habido múltiples hechos victimizantes, múltiples formas de violentar a las personas en su ser emocional en su entorno. ¿Qué le indica al grupo interdisciplinario que la persona o el grupo avanzaron cuando otra serie de derechos siguen sin ser protegidos?

“Tenemos una reflexión: hemos encontrado, en los programas de atención psicosocial de la Unidad de Víctimas, endilgarle a las víc-

² La guerra contra las mujeres. <https://www.youtube.com/watch?v=6bSHovlq9Mg>

timas que ellas *per se* tengan la capacidad de apoyar a otras víctimas. Los promotores psicosociales dentro de los equipos Papsivi son víctimas y lo que se identifica, como es obvio, tienen un sufrimiento emocional, muchos sin resolver, sin haber recibido apoyo, y en esas circunstancias deben apoyar a otros. Además, el ministerio plantea que son los promotores psicosociales los que le pueden dar sostenibilidad al Papsivi (...) ¿Eso qué le significa a una víctima? Una responsabilidad inmensa”, subraya Dora Lancheros de la Corporación Avre.

A pesar de estas críticas, Lancheros menciona como aspectos positivos del Papsivi, su existencia como documento referente en el tema, los equipos multidisciplinarios, que consultaron a otras organizaciones el contenido de las guías, y que escuchan críticas, pero insiste en que persisten vacíos epistemológicos y éticos.

Por su parte, Leonidas Castro Camacho, psicólogo de la Universidad de los Andes, señala que se deben reformular elementos del Papsivi, los métodos que usan podrían estar mejor documentados y evaluados.

“El problema complicado que hay en Colombia es que no se están utilizando métodos de intervención que han sido usados en otras partes del mundo, y no hay profesionales de salud mental entrenados en el manejo de este tipo de situación. Aquí la persona recibe el tratamiento según lo que ofrece el terapeuta y –dice Leonidas– es lo contrario es que uno se acomode a lo que necesita la persona. Tiene que haber un control de calidad. La ventaja de tomar medidas nos permite mostrar dónde nos equivocamos, mejorar y corregir. No hay datos en qué ha mejorado. ¿De dónde salieron las guías?”

Por su parte, Néstor Rubiano Soto, referente en salud mental de Médicos Sin Fronteras, quien participó en algunos de los procesos de socialización del Papsivi indica: “Yo revisé la segunda propuesta de protocolos del Papsivi y son muchas fichas y no se necesitan, eso es innecesario. ¿Entonces usted me está entrevistando o usted me está atendiendo? Yo termino es básicamente entrevistando para llenar un reporte. El reporte busca esclarecer los hechos de violencia pero, al mismo tiempo, desvía el curso de la atención clínica y luego lo que hago es remitirme a otro sistema. Entonces, yo no iría. Si usted viene y me toca la herida, deme la atención que necesito”.

A ese mismo aspecto se refirió Paú Pérez, del departamento de Psiquiatría del Hospital la Paz de Madrid, quien recomienda programas para víctimas de varios años, con una mirada transgeneracional, pues considera que los programas cortoplacistas son peligrosos.

Paú Pérez trabaja en una consulta en Madrid donde atiende personas de diferentes partes del mundo y tiene consultantes por hechos de violencia tan graves como la tortura. “(...) La media son cuatro años de terapia. Hay cosas que tienen que ver con la identidad, con la visión del mundo, con el daño profundo a la persona, que no se soluciona con cuatro o seis sesiones (...) La lógica de quien diseña estos programas es que tengan un carácter indefinido o, como mínimo, que abarquen una generación; entiendo que esto para el gestor es anatema, para el sistema de medicina privada esto es anatema.

“Las experiencias de la gente requieren una mirada a largo término y esto es algo que no siempre se tiene claro y yo percibo que, aquí, hay una tendencia a cerrar las cosas cuanto antes”, dice Pérez.

Entre tanto, el psiquiatra Iván Alberto Jiménez, director de la Clínica Monserrat reconoce el esfuerzo de este programa gubernamental: “El Papsivi creo que es un buen intento, pero tiene que ser ajustado de acuerdo a las necesidades de la población. Ha sido criticado porque tiene falencias, pero muestra voluntad de hacer algo, hay que ajustarlo, realizar acciones de mejoras continuas que sean viables, alcanzables”.

Además, Jiménez, recomienda revisar el concepto que se tiene sobre salud mental. “Creo que la salud mental empieza por una buena vivienda, unos buenos servicios, por recreación, disponible, alimentación sana; lo preventivo debería ser más importante que la atención, la atención bajaría en puntos importantes, y eso aplica a salud mental. La atención primaria en salud es una garantía de salud mental para el país”.

Juan Pablo Aranguren, psicólogo y profesor de la Universidad de los Andes, dice que en Colombia hay varios trabajos que abordan la salud mental desde perspectivas psicosociales de vínculos y comprensiones sobre identidad y lazo social que, si se quiere, atraviesan el concepto de salud mental, esa particularidad no se ha notado mucho en Colombia”.

En su opinión, hay varios asuntos para discutir: bajo el sistema de salud actual, el acceso a profesionales de la salud mental es restrictivo; la persona no puede decidir el enfoque del terapeuta y no tiene herramientas sobre qué tipo de enfoque quisiera.

“(...) La salud mental pasa porque la persona pueda tener acceso a responder cuál es el rol de un psicólogo y el enfoque con el que se sentiría más cómodo y cree que le podría servir”, afirma Aranguren.

³ Presentación Pau Pérez Sales. <http://psiquiatralms.congresovirtual.info/lessons/curso-pre-congreso-world-psychiatric-association-wpa-seccion-de-consecuencias-psicologicas-de-la-tortura-entrada-libre-2/>

“Lo que uno ve es que en los programas académicos de medicina, el área de la salud mental es cada vez más reducida porque dicen que para tratar los diagnósticos principales, con tres, con seis semanas es suficiente, pueda que sea cierto para hacer algunos diagnósticos dentro de las categorías críticas, las tradicionales. Pero en medicina, la formación en el área de la salud mental es mínima”,
Edwin Herazo.



“Hay carencia de unos elementos jurídicos básicos que le ayuden a contextualizar lo que puede hacer en cuanto a la intervención psicosocial. Las universidades nos forman desde una visión muy individual de lo que pasa, si no tengo elementos para analizar ese contexto, desde una mirada crítica y en lo posible no la versión oficial (...) pues difícilmente se puede ubicar en una posición ética y política que contribuya a mejorar la situación de las víctimas.

“Creo que los profesionales, y eso lo está alimentando la forma de contratación estatal por prestación de servicios, guiada por metas por resultados, lo que importa es cumplir con un cierto número de atenciones al mes para que te puedan pagar. Un profesional que entra en esa lógica es entrar a la pérdida en cuanto a intervenciones y atenciones de calidad porque o estás centrado en ofrecer atenciones de calidad a las víctimas o estás centrado en cumplir con la meta.

“No es fácil de conciliar porque te están midiendo los tiempos. Tú como profesional tienes que demostrar que la persona ya se mejoró cuando su situación de derechos no ha mejorado. Creer que la atención psicológica por sí sola alivia la persona cuando ese malestar ha sido ocasionado por una violación de derechos humanos no tiene ningún sentido. La intervención psicológica no se va a sostener sola si no hay situaciones sociales y políticas que modifiquen eso.

“Otro factor es que el gobierno contrata gente muy joven a los que

En este punto aparece como un asunto esencial la formación de los profesionales. La mayoría de los supervivientes, entrevistados para este libro, sobre salud mental y conflicto, expresaron su insatisfacción con la atención que les han brindado.

Formación académica

Psicólogos con experiencia en trabajo con víctimas como Dora Lancheros expresan su preocupación: “¿Qué está pasando en las universidades? Hay una carencia en cuanto a qué es lo que ha pasado en el país. Aquí no tienen ni idea a que llamamos el paramilitarismo, procesos de desmovilización, cuáles son aquellos entramados de los grupos de insurgencia, y mucho menos que es lo que les está sucediendo a las víctimas.

no les despierta esa vocación, el interés por ayudar a otros; en últimas, una apuesta por transformar el país”, asegura Dora Lancheros.

Pero este vacío se observa no sólo en las facultades de psicología sino también en las de Medicina. “Tuve la oportunidad de reunirme con estudiantes de medicina y nos preguntaban: ¿cómo hacemos para atender a las víctimas? ¿Nosotros no sabemos nada de eso? Lo que uno ve es que en los programas académicos de medicina, el área de la salud mental es cada vez más reducida porque dicen que para tratar los diagnósticos principales, con tres, con seis semanas es suficiente, pueda que sea cierto para hacer algunos diagnósticos dentro de las categorías críticas, las tradicionales. Pero en medicina, la formación en el área de la salud mental es mínima”, dice Edwin Herazo, médico psiquiatra.

La formación y la contratación de profesionales idóneos, ha sido una preocupación constante de líderes como Alfonso Castillo, miembro directivo de Andas, quien trabaja con víctimas de desplazamiento. “Puedo colegir que en tanto se vincula profesional no especializado este personal no tiene la idoneidad suficiente para considerar enfoques diferenciales porque falta experiencia. El Papsivi es un mecanismo bien concebido pero mal ejecutado porque el afán que prima es el de cumplir metas”.

En este mismo sentido opina Diego Rodríguez, director clínico de Heartland Alliance (Colombia), para quien establecer políticas públicas en salud, fortalecer las instituciones, e involucrar a la sociedad civil y la academia, en particular, son esenciales para fortalecer la atención en salud mental.

En cuanto al aporte que pueden hacer los psiquiatras, en salud mental, ahora y durante el posacuerdo Iván Jiménez, psiquiatra, indica que no hay posibilidad de que atiendan a víctimas de posacuerdo, pero sí pueden capacitar en temas de intervención primaria y detección de casos: “Los psiquiatras no son los únicos que saben de salud mental, saben de enfermedad, pueden hacer capacitación a enfermeras, auxiliares de enfermería, y antropólogos”.

Entre tanto, Antonio Hernández, psicólogo de la Corporación Anne Frank, considera que la salud mental es el área en que más se debe ocupar el gobierno y destaca el papel que pueden cumplir psicólogos, sociólogos y trabajadoras sociales.

“La salud mental no se ve como cuando alguien sangra –explica Antonio- pero siempre está presente en el ser humano, para superar tantas vivencias que venimos heredando de nuestros padres y son transmitidas a nuestros hijos”.

Nubia Camacho, del Ministerio de Salud y Protección Social está de acuerdo en que la formación es fundamental. “En Rehabilitación Basada en Comunidad en salud mental, se forma a los gestores, a los médicos enfermeros y trabajadores sociales para que entiendan qué es la RBC, qué puede hacer y qué no”.

La salud mental es un tema que nos concierne a todos, además de estos profesionales las comunidades son importantes. En Heartland Alliance, por ejemplo, reconocen que históricamente ha habido cuidadores natos, líderes en la comunidad, que tienen la capacidad de escucha, parteras, hierbateras, cuidadores, los identifican y les ofrecen un módulo de capacitación para que ayuden en sus comunidades a brindar acompañamiento emocional.

En ese mismo sentido se orientan algunas acciones del Ministerio de Salud y Protección Social. “La apuesta fuerte es trabajar en entornos que son unidades de gestión básicas –afirma Nubia Camacho– en la escuela, la universidad, el trabajo, espacios comunitarios donde realmente se dan las acciones que cambian. Por eso, trabajar la convivencia y la promoción de la salud mental en convivencia, allí es donde las primeras intervenciones de prevención se pueden dar pero también las de promoción”.

“El país ha tenido un avance muy importante en eso porque los temas comunitarios, a raíz de la Ley 1616 de 2013, han ido posicionándose, reconocemos que con ciertas dificultades, porque el sistema de salud está muy centrado en los servicios de salud.

“La Ley 1616 busca darle un viraje a eso en salud mental, ver la participación comunitaria y que haya un enfoque de derechos humanos. ¿Cómo lograr que la Ley 1616 dialogue con el sistema de salud que se encuentra en transformaciones profundas? Dándole un enfoque de APS, de salud mental, enfoque diferencial, en ese contexto surge el concepto de la Rehabilitación Social basada en Comunidad (RBC) en salud mental, en la normatividad y logramos vincular la Resolución 518, que establece la destinación de los recursos del plan de intervenciones colectivas.

“Ese plan de intervenciones colectivas⁴ es el que generan las diferentes entidades territoriales para hacer acciones de prevención y promoción en salud, particularmente en este caso en salud mental”, puntualiza Nubia Camacho, en cuanto al trabajo que hace el ministerio en la promoción de la salud mental de los colombianos.

⁴ Directrices a autoridades territoriales sobre Plan de Intervenciones Colectivas <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/directrices-autoridades-territoriales-sobre-plan-de-intervenciones-colectivas.aspx> Ver también: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluc%C3%B3n%20de%202015.pdf

Las EPS

Para Jaime Arias, presidente de Cecime, la salud mental constituye un reto formidable del sistema de salud de Colombia. “La población superviviente del conflicto armado se estima entre 4 y 5 millones de personas, de las cuales por lo menos el 50% requeriría algún tipo de atención. El costo anual de esa atención costaría por lo menos 1 billón de pesos adicionales al sistema –afirma Jaime Arias– que deberían financiarse dentro del POS o en un programa vinculado al “posconflicto”. No olvidemos que además de esa población, el resto de los colombianos, habitantes urbanos y rurales, tienen tasas altas de trastornos mentales.

“Las EPS juegan un papel importante dentro de la articulación de los servicios médicos del sistema. Ellas deben responder a un plan de beneficios establecidos y, para ello, reciben una Unidad de Capitación que es la prima con la cual se financian los servicios. Gastos adicionales deben financiarse con recursos adicionales de la Nación y no corresponden a las EPS, así existan leyes que los enuncian”, afirma Arias.

Al preguntarle a Jaime Arias, por el rol que pueden cumplir las EPS durante el posacuerdo indica: “Las EPS tienen interés en contribuir dentro de sus obligaciones contractuales y sus posibilidades financieras a la atención de los supervivientes del conflicto armado. Por ser la mayoría de estos, habitantes de las áreas rurales y no tener empleo formal su atención correspondería en su mayoría al régimen subsidiado y no al contributivo. Las EPS están en la mejor disposición para colaborar con los programas de posconflicto, dentro de sus responsabilidades y posibilidades financieras, teniendo en cuenta que el sistema está desfinanciado actualmente. No se pueden comprometer más a allá de su capacidad y de sus obligaciones, ya que las condiciones financieras actuales no lo permiten”.

Personas excombatientes

Otro aspecto a considerar es la salud mental de las personas desmovilizadas. En opinión de Iván Alberto Jiménez, venimos de la negación de que hay un problema psicológico y social en esas personas que se desvinculan del conflicto.

“Otro reto será apoyar a las personas del posacuerdo, recibirlas, hacer evaluaciones teniendo como premisa que todos están afectados y decir que no, es falso. “Los que vienen, van a venir desubicados a vivir en una sociedad en la que hace muchos años no viven, a utilizar un sistema en el que muchos no saben hacerlo y ahí viene el problema del estigma, como el de la enfermedad mental y ¿quién le

va a dar trabajo? Todo el mundo dice pobrecito pero no me lo traiga acá. “Para el posacuerdo se debe estar hablando de atención para los excombatientes (...) ¿Qué se va a hacer? No sé si la ACR está encargadas de eso”, recalca Iván Alberto Jiménez.

Fernando Ramírez, de enfermedades no transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social, afirma que los servicios de salud están garantizados a través del seguro de salud. “Entonces unos y otros tendrán derecho a la prestación de salud, lo que sí es cierto es que va a haber una serie de programas que van a buscar alinear los otros portafolios de algunas instituciones en temas como empleo, recreación, reinserción.

“La verdadera inclusión social parte de que esas personas tengan acceso a los mismos servicios de los demás, podemos hacer filas los dos, no habrá servicios diferenciados sólo en casos donde haya una razón específica”, añade Ramírez.

Por su parte, la psiquiatra Silvia Gaviria, considera también importante trabajar ese punto. “Yo creo que es un tema vital porque en Colombia hay unas poblaciones que han sido más cercanas a ese fenómeno, el solo hecho de aprender a convivir en un mismo escenario donde no debe importar tu pasado, implica un trabajo muy importante de la población general, de los desmovilizados. La salud mental ahí tiene un papel fundamental porque es hacer ese proceso de digerir, de aceptar, de mirar hacia adelante, de no mirar hacia el pasado”.

Finalmente, otro desafío es planteado a los medios y la información que circula sobre salud mental. Daniel Macía, psicólogo del equipo de salud mental de Médicos Sin Fronteras, recomienda evitar información que confunda, y hable de “locura”. No hacer demasiado énfasis en el evento, ir muy adentro en lo que pasó puede generar una afectación; en cambio, profundizar en cómo la persona, afrontó, cómo se recupera, el entorno comunitario sería más útil.

“Los periodistas pueden hacer un trabajo muy serio para llegar a todos los rincones del país y educar positivamente, sobre salud mental, desde una perspectiva edificante. Entonces, si todos habláramos ese mismo lenguaje el trabajo se podría en tiempo hacer mucho más rápido”, afirma Silvia Gaviria.

Capítulo VIII

Medios de comunicación y salud mental.

En este reportaje expertos nacionales e internacionales hacen recomendaciones prácticas para periodistas que deseen informar sobre salud mental, en general, y en el conflicto armado colombiano.

“El mayor error es establecer una relación causal entre la enfermedad mental de una persona y una acción”, Lawrence Kutner.

Titulares sensacionalistas, falta de exactitud en la información y relacionar la enfermedad mental con la violencia son algunas de las fallas al informar sobre salud mental.

Un esquizofrénico podría estar a su lado¹. Un titular sensacionalista², que reduce al individuo a su enfermedad, un texto sin contexto, estigmatizante y que generaliza sobre la supuesta agresividad de todas las personas con esta enfermedad, es un ejemplo claro de lo que debe evitarse al escribir sobre salud mental.

Y estos artículos también lo son: Aranzazu pueblo de bipolares³ y 50% de los pilotos en Colombia sufrirían de depresión⁴, éste último publicado cuando el avión de Germanwings⁵ se estrelló en los Alpes y concluía que la causa del accidente fue la depresión del copiloto.

En el caso del avión, Simon Wessely, presidente del Colegio Real de Psiquiatras del Reino Unido (Royal College of Psychiatrists) aseguró que afirmar que la depresión llevó a Andreas Lubitz⁶ a estrellar el avión “parece ser irresponsable y perjudicial”, dado que “muchas personas son diagnosticadas con ese trastorno (...) lo cual no les impide ser profesores, abogados o médicos”⁷.

El mayor error es establecer una relación causal entre la enfermedad mental de una persona y una acción dice Lawrence Kutner, psicólogo y director ejecutivo de Stanford Pre-Collegiate Studies, de la Universidad de Stanford.

“Él sufre de esquizofrenia... lo cual lo hace atacar a su vecino; hay muchas personas con esquizofrenia que no actúan violentamente. Ella se mató debido a su depresión, etcétera. Es tan fácil simplificar,

“El problema es la pobre calidad al reportar la cual tiende a reforzar el estigma. Como consecuencia de esto, personas que necesitan ayuda se sienten avergonzadas, tal vez sientan culpables por su enfermedad mental, tal vez crean que nada se pueda hacer (...) y son caricaturizadas como personas locas o chifladas, esto tiene profundas implicaciones en políticas públicas”, Lawrence Kutner.



tal vez sientan culpables por su enfermedad mental, tal vez crean que nada se pueda hacer (...) y son caricaturizadas como personas locas o chifladas, esto tiene profundas implicaciones en políticas públicas”, finaliza Kutner.

A pesar de las generalizaciones y los estereotipos, las personas con esquizofrenia y depresión conviven con la enfermedad en diferentes maneras. “Muchos de los que experimentan un problema de salud mental están trabajando, sosteniendo a su familia y tratando de estar mejor”, dice Melissa McCoy, consultora de medios y especializada en periodismo y salud mental.

La forma como los medios reportan⁸ sobre salud mental tiene un enorme impacto en cómo la gente ve este asunto. “Otra falla común es tratar a las personas con enfermedades mentales como si fueran peligrosas⁹. La mayoría de las personas con enfermedades mentales nunca dañan a nadie, aunque a veces se dañan así mismos”, agrega McCoy.

En Estados Unidos, por citar un ejemplo, la incidencia de crímenes contra personas con enfermedades mentales es más de cuatro veces mayor que en el resto de la población; es decir, que son víc-

reducir, que los reporteros y editores lo hacen todo el tiempo”, asegura.

Sin embargo, los medios pueden, y deben, jugar un papel importante en la reducción del daño a quienes tienen alguna enfermedad mental y no son tratados efectiva y humanamente.

“En muchas partes del mundo, la enfermedad mental sigue siendo vista como un déficit personal, un fracaso religioso, como una maldición”, insiste Kutner.

Por ello es necesario informar con exactitud, incluir el contexto cultural y tratar temas como la culpa y la vergüenza sobre los cuales no se habla. “El problema es la pobre calidad al reportar la cual tiende a reforzar el estigma. Como consecuencia de esto, personas que necesitan ayuda se sienten avergonzadas,

1 Un esquizofrénico podría estar a su lado. <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/un-esquizofrenico-podria-estar-su-lado-sin-saber-padece-articulo-591256>

2 Dormir al lado de una esquizofrénica. <http://www.las2orillas.co/dormir-al-lado-de-una-esquizofrenica/>

3 <http://www.elespectador.com/opinion/aranzazu-pueblo-de-bipolares> También <http://www.soho.com.co/zona-cronica/articulo/aranzazu-el-pueblo-de-los-bipolares/12548>

4 <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/50-de-los-pilotos-colombia-sufririan-de-depresion-articulo-551923>

5 http://www.bbc.com/mundo/ultimas_noticias/2015/03/150331_ultnot_germanwings_lufthansa_depresion_lubitz_aw
También: <http://www.periodistadigital.com/politica/sucesos/2015/03/27/copiloto-germanwings-aviom-novia-investigacion-suicida.shtml>

6 No fue la depresión de Andreas Lubitz <http://www.elperiodico.com/es/noticias/opinion/fue-depresion-andreas-lubitz-4062309>
También: <http://astillasderealidad.blogspot.com.co/2015/04/empieza-desmoronarse-la-version-oficial.html>

7 <https://actualidad.rt.com/actualidad/170615-germanwings-piloto-depresion-lubitz>

8 <http://noticiasunolaredindependiente.com/2015/06/08/secciones/que-tal-esto/hombre-que-golpea-a-mujeres-en-san-gil-no-puede-ser-judicializado/>

9 <http://www.taringa.net/posts/noticias/18569494/Piloto-suicida-se-mata-por-estar-deprimido-y-estresado.html>

10 Carter, Rosalynn. Within our reach, ending the mental health crisis. Page 7.

timas de violencia y no perpetradoras como insinúan los medios¹⁰.

Por su parte, la Doctora Glenda Wrenn, profesora asistente en psiquiatría y ciencias del comportamiento de la Escuela de Medicina Morehouse, en Atlanta Georgia, sostiene que: “Yo creo que el error más común de los periodistas es no estar adecuadamente preparados para representar el tema. Ellos saltan al aspecto sensacionalista de la historia y pierden la oportunidad de abordar asuntos más profundos y apremiantes”.

En opinión de Yahira Rossini Guzmán, jefa del área de salud mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana de Bogotá: “Los medios, en general, sí informan sobre salud mental, pero están muy sesgados hacia ciertos temas; además se relaciona cualquier tipo de enfermedad mental con delitos o con el suicidio y el consumo de sustancias (...)”.

En los medios hay temas más representados que otros. “Los más frecuentes son la ansiedad y la depresión, el consumo de sustancias y los suicidios que son llamativos, pero pienso que estos temas se pueden ir desplazando”, añade.

Representación de las personas

Al informar sobre salud mental, otras faltas que se cometen son no investigar y caricaturizar a las personas que viven con enfermedades y trastornos mentales¹¹.

“Hay muchos expertos en estos campos que pueden proveer una variedad de voces y puntos de vista acerca de las historias. Entender la ciencia detrás de las enfermedades mentales es fundamental para hacer un buen reporte”, afirma Arlene Notoro Morgan, asistente, de la Universidad de Temple, Escuela de Medios y Comunicación en Filadelfia.

Además es recomendable consultar varias fuentes y tener mucho cuidado con emitir una opinión personal y definir a la persona según su diagnóstico como ocurre en este texto: “Berenice es una bipolar bien creativa”¹²; emitir opiniones lleva a que la población generalice sobre las enfermedades.

La representación sensacionalista y superficial de las enfermedades hace que cualquier persona con depresión, como ocurrió con la noticia del copiloto de Germanwings¹³, se convierta en un peligro a pesar de que: “Muchas personas vamos a padecer un episodio depresivo en la vida, pero la gente va a consultar menos por temor a los comentarios”, explica Yahira Guzmán.

¹¹ Conceptos de enfermedad y trastorno mental. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2347662>

¹² Berenice es una bipolar bien creativa. <http://www.eluniversal.com.co/suplementos/facetas/berenice-es-una-bipolar-bien-creativa-170053>

¹³ <http://www.jornada.unam.mx/2015/04/02/mundo/019n1mun>

Otro aspecto fundamental al escribir sobre personas con enfermedades mentales es si es necesario exponerlas o no. La doctora Wrenn, explica que se requiere un permiso por parte de ellas. “Cuando nosotros escribimos sobre nuestros pacientes, hacemos lo necesario para conservar su anonimato, cambiamos los nombres. Es importante proteger la privacidad de las personas y prestar atención adicional cuando se habla de niños”.

Los periodistas deben permitir que las personas cuenten su propia historia en sus propias palabras, si quieren hacerlo, y aceptar que alguien más esté presente, cuando ofrecen su testimonio, si eso las hace sentir más seguras.

También es necesario entrevistar a expertos psicólogos, psiquiatras, líderes de las comunidades sobre las cuales se está hablando tales como latinos, afrodescendientes, árabes, indígenas, etcétera.

En opinión de Melissa McCoy, hay tanto estigma relacionado con la enfermedad mental que cada persona que se entreviste y ayude a explicar lo que las personas experimentan es útil.

En igual sentido se expresa, Arlene Notoro: “Tener a alguien que dé su identidad y su testimonio agrega validez al relato pero es un tema muy sensible. En cada caso se debe determinar qué tan importante es usarlo, usar fuentes no identificadas, fotos que cubren los rostros o no usarlas definitivamente. Si se está haciendo un vídeo se debe ser muy inteligente al pensar cómo presentar a la persona”.

Al informar sobre salud mental también es conveniente hablar de las teorías porque los profesionales ayudan al público a entender que la enfermedad mental no es una falla de la persona y que es tratable.

“Si la violencia causa traumas y las personas afectadas por la violencia desarrollan problemas mentales es un asunto de salud pública. Los problemas mentales deberían ser cubiertos como un problema de salud pública. Deben ser cubiertos no sólo en lo individual, sino como un reto para la sociedad”, precisa McCoy.

Información rigurosa

Al presentar a las personas es fundamental no hacer daño, no re-victimizar al ser descuidados con el trabajo. Asimismo es esencial incluir fuentes institucionales y no institucionales.

“Es muy importante decir la verdad. Si no conseguimos las voces desde todos los segmentos, no estamos contando toda la historia y sabemos que algunos grupos, por razones históricas, sufren más que otros”, añade McCoy.

Se debe tener mucho cuidado con estos temas que son difíciles

de entender. Años atrás, recuerda Arlene Notoro, leyó una historia acerca de dos adolescentes que se quitaron la vida.

Era una narración casi romántica, comenta Arlene, dos semanas después otros adolescentes de esa comunidad quisieron hacer lo mismo. Por fortuna, sus padres lo impidieron. “Ésa historia estaba bien escrita, bien redactada pero no debió ser publicada nunca porque contribuía al problema”, argumenta Montoro.

En este punto, Yahira Rossini insiste en que los medios podrían ayudar a explicar cómo tener una calidad de vida mejor si se piensa en la salud mental. Algunos temas que podrían ser tratados son: “prevención”, calidad de sueño, manejo de estrés, sintomatología depresiva y ejemplos positivos sobre personas que se recuperan.

“También creo que es importante que los medios presenten a la audiencia los contextos, buscar la exactitud (...) encontrar mejores formas de comunicar; usar sus habilidades y su disciplina para reportar”, agrega Glenda Wrenn.

Por su parte, Bill Lichtenstein, presidente de Lichtenstein Creative Media, Inc. opina que es un desacierto no cubrir la salud mental como se haría con otro asunto o enfermedad.

“Los reporteros se muestran reticentes a hacer preguntas difíciles, a confirmar los datos o poner las historias en contexto (...) una adecuada reportería, en cambio, ayuda a generar conciencia pública y entendimiento para reducir el estigma”.

Salud mental y medios en Colombia

La salud mental en Colombia es una parte de nuestra historia a la cual no le prestan atención ni los medios ni la sociedad en general¹⁴, y esta es una causa, entre otras, por la cual aumenta la sintomatología. Pero no se puede hablar de un país enfermo, esquizofrénico ni hipertenso ni se puede generalizar argumenta Yahira Rossini.

Rosinni también hace un llamado a no estigmatizar, como lo hace este titular: “Enfermos mentales: ¿Una amenaza de seguridad”¹⁵, y a no usar términos médicos para situaciones que no lo son, como ocurre en estos casos: “La relación bipolar de Colombia con Pablo Escobar”¹⁶ y “La Arquitectura esquizofrénica”¹⁷, por ser esta una terminología humillante para las personas que viven con alguna enfermedad mental.

Entre tanto, Diego Rodríguez, director clínico de Heartland Alliance

International (HAI) en Colombia, recomienda tener cuidado con los datos estadísticos, ir más allá de los números y darle más valor a lo cualitativo.

Por su parte, Daniel Macía, psicólogo y miembro del equipo de Salud mental de Médicos Sin Fronteras, (MSF) en Buenaventura cree que se debe evitar información que confunda y hablar de “locura”.

También sugiere no enfocarse demasiado en el evento traumático y profundizar en el afrontamiento comunitario, visibilizar cómo se recuperan las personas, plantear esa conversación.

En igual sentido se expresa Maritza Villarreal, psicóloga del Ministerio de Salud y Protección Social, quien explica que en Colombia la mayoría de las víctimas no presentan categorías diagnósticas y que es importante presentar los daños psicosociales en contexto y no como algo individual.

Asimismo, Dora Lancharos, psicóloga y directora de la Corporación Avre, que ofrece acompañamiento y atención psicosocial a las víctimas de la violencia política, asegura que la salud mental no es un asunto de locos.

“Lo que sentimos es normal en un contexto anormal (...) Es importante tratar el tema de salud mental como un asunto de interés público, promover educación en riesgo y contextualizar siempre las experiencias”, agrega.

Los medios de comunicación cumplen un papel primordial en los conceptos que las personas tienen con respecto a muchos temas, entre ellos la salud mental.

Por ello, Yahira Rossini asegura que el gran reto que tienen los medios de comunicación, es ayudar a todos: a los médicos, a los psiquiatras, a enseñarles a las personas con argumentos.

* Guía en inglés para informar sobre salud mental: Carter Center, Journalism Resource Guide on Behavioral Health: http://www.cartercenter.org/resources/pdfs/health/mental_health/2015-journalism-resource-guide-on-behavioral-health.pdf

* Recomendación para lectores y periodistas: revisar los artículos citados donde aparecen algunas explicaciones sobre términos, teorías y ejemplos de errores que se deben evitar al informar sobre salud mental.

¹⁴ “Hablar del malestar en nuestra cultura no se hace porque nos gusta vivir de nuestros lugares comunes” <http://www.rebelion.org/noticia.php?id=204130>

¹⁵ ¿Una amenaza de seguridad? <http://www.kienyke.com/historias/enfermos-mentales-esquizofrenia/>

¹⁶ http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/12/131129_colombia_pablo_escobar_aniversario_relacion_amor_odio_aw

¹⁷ La Arquitectura esquizofrénica. http://www.elmalpensante.com/articulo/3192/la_arquitectura_esquizofrenica

Notas de prensa e informes citados en el texto

- (2010, 7, 11) Acción Informativa. La realidad de los desplazamientos forzados en Ituango. http://www.colectivodeabogados.org/?_Accion-informativa_
- Centro de Atención Psicosocial. Llover sobre mojado, secuelas psicosociales del embarazo por violencia sexual. Perú. 2015.
- Comisi(2014,11, 24) Juristas. do para las Naciones Unidas. (ón Colombiana de Juristas. (2010). La masacre de El Salado: diez años después, las exigencias de verdad, justicia y reparación siguen vigentes. Recuperado de http://www.coljuristas.org/documentos/boletines/bol_n42_975.pdf
- Comisión de la Verdad. Sendero Luminoso Recuperado de <http://www.cverdad.org.pe/ifinal/pdf/TOMO%20II/CAPITULO%201%20->
- Corporación Avre (2015) Acompañamiento psicosocial a víctimas del desplazamiento forzado fundamentando en los derechos humanos. Recuperado de <http://www.corporacionavre.org/wp-content/uploads/2015/03/ACOMPA%20C3%91AMIENTO-PSICOSOCIAL-CON-V%20C3%8DCTIMAS-DEL-DESPLAZAMIENTO-FORZADO-FUNDAMENTANDO-EN-LOS-DERECHOS-HUMANOS1.pdf>
- Corte Constitucional (2008) Auto 092 de 2008 Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2008/a092-08.htm>
- (2015, 11, 15) El País. Denuncian amenazas contra dos líderes sociales en Buenaventura <http://www.elpais.com.co/elpais/judicial/noticias/denuncian-amenazas-contra-dos-lideres-sociales-buenaventura>
- (2015, 7, 28) El País Vallenato. La Décima Brigada y los 146 supuestos falsos positivos <http://www.elpaisvallenato.com/2015/jun/28/ladecimabrig.html>
- (2014,11, 24) Equipo Nizkor. Sentencia condenando a Hugo Daney Ortiz a pena de prisión y multa por tortura agravada contra la periodista Claudia Julieta Duque. <http://www.derechos.org/nizkor/colombia/doc/julie65.html>
- (2015, 6, 24) Las 2 orillas. Los ocho generales cabezas de las brigadas con más falsos positivos <http://www.las2orillas.co/los-8-generales-cabezas-de-brigadas-con-mas-falsos-positivos/>.
- Martínez, A. (2013, 11, 1) El Pílon. Militares deberán pagar 40 años de prisión por falsos positivos <http://elpilon.com.co/militares-deberan-pagar-40-anos-de-prision-por-falso-positivo/>
- Ministerio de Salud (2012) Plan decenal de salud pública. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos-y-Publicaciones/Plan-Decenal-Documento-en-consulta-para-aprobacion.pdf>
- Misión Humanitaria. (2015) Corralejas. Situación de Derechos Humanos. Recuperado de <http://agenciacamagueyanadeprensalibertad.bligoo.cl/informe-de-mision-humanitaria-corralejasa-la-guajira-situacion>. Ver también: www.facebook.com/accionhumana.ddhh
- Mogollón Pérez, Amparo, Vázquez Navarrete, María y García Gil, María del Mar. Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. Revista Española de Salud Pública 2003; No. 2. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=326142>
- Oficina del Alto Comisionado para las Naciones Unidas. (2004). Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Recuperado de <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1sp.pdf>
- Oficina del Alto Comisionado para la Paz (1987). Convención contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>
- Oxfam Colombia. (2009) La violencia sexual en Colombia, un arma de guerra. Recuperado de <https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp-sexual-violence-colombia-sp.pdf>
- (2015, 12, 10) Revista Semana. Aborto en casos de violación no es sólo una opción. <http://www.semana.com/nacion/articulo/aborto-corte-ordena-asesoria-obligatoria-si-hay-violacion/453127-3>
- Salinas, H. (2015, 2, 15) El Universal. 15 años de la masacre de El Salado <http://www.eluniversal.com.co/regional/bolivar/15-anos-de-la-masacre-de-el-salado-la-reconstruccion-de-un-pueblo-185198>

- Sánchez, F. (2014,09,06) “Una masculinidad alternativa garantizaría que los procesos de reconciliación sean efectivos y no haya repetición”, Omar Javier Ruiz.
- http://www.es.lapluma.net/index.php?option=com_content&view=article&id=6073:2014-09-06-11-10-33&catid=101:las-comunidades-en-resistencia&Itemid=436
- Sánchez, F. (2015,7,12) “El testimonio crudo es obsceno”, Marcelo Viñar. <http://literariedad.co/2015/07/12/el-testimonio-crudo-es-obsceno-marcelo-vinar/>
- Sánchez, F. (2014, 9, 4) La Pluma. Buenaventura: Genocidio invisible ante nuestros ojos. http://www.es.lapluma.net/index.php?option=com_content&view=article&id=6068:colombia-buenaventura-genocidio-invisible-ante-nuestros-ojos&catid=116:debates&Itemid=490
- Sánchez, F. (2015, 11, 21) Radiomacondo. “Hay un sistema de creencias y de prácticas alrededor de la violencia sexual donde se termina revictimizando a la víctima”, Natalie
- Sánchez <http://radiomacondo.fm/2015/11/21/hay-un-sistema-de-creencias-y-de-practicas-alrededor-de-la-violencia-sexual-donde-se-termina-revictimizando-a-la-victima-natalie-sanchez/>
- Sánchez, F. (2014, 2, 25) Rebelión. Buenaventura entre el desplazamiento interno y la muerte. <http://www.rebelion.org/noticias/2014/2/181274.pdf>
- (2014, 11, 7) Vanguardia. <http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/286121-ejercito-responde-senalamientos-por-falsos-positivos-de-ocho-militares>
- (2011, 11, 24) Así vivieron el conflicto armado en San Carlos (Antioquia). Verdad Abierta. <http://www.verdadabierta.com/masacres-seccion/3721-asi-vivieron-el-conflicto-armado-en-san-carlos-antioquia>