

CARLOS IVÁN MOLINA BULLA

*Capital global y política pública en salud mental  
La pertinencia de la Política Nacional de Salud Mental  
ante las consecuencias emocionales, individuales  
y familiares del desplazamiento forzado CIDS\*\**



Resumen. El desarrollo de las políticas públicas en salud mental se ha visto limitado por una perspectiva centrada en el riesgo individual y el riesgo económico, dejando de lado la red primaria de apoyo (la familia), los problemas psicosociales relacionados y las múltiples pérdidas de los individuos y el colectivo, cuando sufren emocionalmente.

Al producirse el desplazamiento forzado, la aproximación gubernamental a los problemas en salud mental entra en crisis (se hace insuficiente y menos abarcativa ante las consecuencias emocionales, familiares y sociales de este fenómeno) ya que contempla de manera limitada las pérdidas asociadas. Estas pérdidas se pueden describir, en términos bourdianos<sup>1</sup>, como pérdidas de “capital global” que sufren las familias y comunidades desplazadas y sus integrantes. Tales pérdidas y las consecuencias emocionales son pobremente reconocidas por el sistema de salud y se dan en la población desplazada cuando salen forzosamente de su comunidad, como también al llegar a otra ajena, lejana y distinta.

Este artículo realiza una aproximación teórica al problema del desplazamiento forzado\* y la salud mental de esta población: revisa las limitaciones emocionales que se generan en los individuos y las familias (ante el desplazamiento forzado), las vulnerabilidades en esta área y las descapitalizaciones asociadas que se pueden identificar. Así mismo, establece los vacíos que presenta la Política Nacional en Salud Mental vigente para la intervención de estas dificultades.

Palabras clave. Migración, política pública, salud mental, desplazamiento, familia, capital global, sociología.

Al momento de establecer las consecuencias en salud mental para los individuos y las familias víctimas del desplazamiento forzado, nos encontramos con dos situaciones que han sido delimitadas al estudiar a esta población.

Por una parte están las dificultades asociadas a la migración, las cuales incluyen aquellos elementos y factores que hacen parte de la situación de salida de su lugar de origen y las características de esa salida, así como las condiciones de llegada y los procesos de *aculturación* asociados(1).

Por otro lado encontramos las consecuencias en la salud mental de la condición de *desplazados y refugiados*, las cuales se relacionan con situaciones como la experiencia violenta de la salida, el tránsito hasta los lugares de asentamiento con situaciones de alto riesgo, la difícil convivencia en campos de refugiados o en albergues reducidos y la estigmatización social a la que se enfrentan en el lugar de llegada. Estas dificultades, que no se limitan a las expresiones emocionales,

---

\* Para este artículo se consideran las consecuencias del desplazamiento forzado en un sentido amplio y contempla las dificultades encontradas en la población desplazada interna y los refugiados.

\*\* Centro de Investigaciones sobre Dinámicas Sociales, Universidad Externado de Colombia.

1 Nos referimos acá a la aproximación sociológica de PIERRE BOURDIEU.

han sido demostradas en diferentes estudios con desplazados y con refugiados, y también confirmadas en ejercicios meta-analíticos<sup>2</sup> posteriores(2).

El siglo XX no ha estado exento del desplazamiento, y aunque al desplazarse las personas salvan su vida, las consecuencias en salud son dramáticas, ya que como herramienta política, el desplazamiento forzado está dirigido a debilitar a las personas y desorganizar la sociedad(3).

La migración, por sí misma, es una situación estresora y genera, para las personas que la viven, condiciones ante las cuales se hace necesaria la adaptación del “aparato psíquico” de los individuos, se ponen a prueba las dinámicas familiares y, adicionalmente, se movilizan los aprendizajes socialmente determinados.

Es así como la respuesta individual y familiar ante esta “puesta a prueba” estará determinada por las herramientas psicológicas logradas a través del desarrollo individual, la *resiliencia* familiar<sup>3</sup>, así como las competencias, habilidades y en general el *Capital Global*<sup>4</sup> que se posee previamente. Con estos elementos se dispondrá de oportunidades u obstáculos para enfrentar la nueva realidad al migrar.

Sin embargo, si existen dificultades emocionales relacionadas con el conflicto político o social antes de migrar<sup>5</sup> o si la situación que *precipita* la migración afecta o ha afectado a los individuos que migran generando problemas adicionales<sup>6</sup>, las dificultades de estos individuos y familias en términos de vulnerabilidad se incrementarán<sup>7</sup>. Este es el caso dramático del desplazamiento forzado.

En primera instancia, las personas que migran pueden acumular problemas emocionales anteriores a su desplazamiento que no se relacionan con el mismo, aunque sí corresponden a factores de riesgo que contribuirán al sufrimiento psíquico(4). Existen, por ejemplo, problemas en salud mental relacionados con dificultades nutricionales, dificultades de acceso a la atención a madres gestantes

---

2 “Estudios de estudios”. Son ejercicios epidemiológicos en los que se recopilan estudios metodológicamente similares pero con muestras independientes. Gracias a herramientas estadísticas meta-analíticas se obtienen resultados cuantitativamente más poderosos. Su difusión ha sido amplia en los últimos diez años, sin embargo su aplicación podría ser criticada a la luz de una mirada transcultural.

3 La adaptabilidad familiar ante eventos críticos.

4 En términos del sociólogo francés PIERRE BOURDIEU, y que integra capitales económico, social, simbólico y cultural (aproximación a la salud mental establecida por el autor de este artículo es otros trabajos).

5 Por ejemplo: una discapacidad física y/o emocional previa, fenómenos de violencia intrafamiliar o explotación infantil, pobreza, explotación laboral, servidumbre, víctimas de la violencia social, etc.

6 Como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad (como el trastorno de estrés postraumático), crisis familiares o pérdidas violentas de alguno de los miembros de la familia.

7 Adicionalmente, al comparar esas vulnerabilidades respecto de las posibles ventajas que pudieran existir para la adaptación, prevalecerán las primeras en el proceso de adaptación a un nuevo lugar. Este puede ser el caso de las víctimas del desplazamiento forzado.

y en general a la cobertura de salud que suelen encontrarse en las comunidades de origen de la población desplazada.

Sin embargo, no existe evidencia relacionada con una mayor frecuencia de enfermedades mentales de “origen primario”, por lo que no se podría afirmar que los problemas emocionales de la población desplazada, al menos en el caso colombiano, sean producto de sus características “innatas” o previas a los fenómenos violentos de la zona de origen y al desplazamiento. En todo caso, sí existen estudios a nivel internacional que relacionan la migración con una mayor morbilidad mental, previa a la migración, lo que sugieren evaluaciones adicionales de este fenómeno en Colombia(1).

En cuanto a las familias, no existen tampoco datos relevantes y sistemáticos sobre una mayor frecuencia de conflictos familiares primarios<sup>8</sup> en las zonas de origen del desplazamiento. A pesar de esto, los fenómenos de violencia intrafamiliar en el país suelen ser subdiagnosticados y son poco denunciados, particularmente cuando en las zonas en cuestión existe una pobre presencia estatal y prevalece la justicia de grupos armados ilegales.

Ante la multiplicidad de aproximaciones al problema de salud mental en la población desplazada, este artículo pretende realizar una revisión de la literatura científica reciente retomando las consecuencias, que en salud mental se han encontrado en las personas, la infancia y la familia desplazadas, así como los factores que se han relacionado con estas dificultades. Posteriormente se elabora una comparación de estas dificultades con el estado actual de la política pública nacional en salud mental, estableciendo sus limitaciones desde una perspectiva general y desde una mirada bourdiana. Finalmente se intentan establecer hechos *portadores de futuro*<sup>9</sup> para las políticas públicas en esta área.

## I. DESPLAZAMIENTO FORZADO Y SALUD MENTAL INDIVIDUAL Y FAMILIAR

La relevancia de la salud mental en la población desplazada ha tomado importancia ante las secuelas provocadas en la población civil por conflictos recientes(3, 5). Además, el desplazamiento forzado genera dificultades emocionales y psiquiátricas para las víctimas y las familias refugiadas como se ha hecho evidente con los estudios realizados después de la Segunda Guerra Mundial (EITENGER, 1959; KRUPINKSI, 1965; MURPHY, 1955, MOLLICA, 1987; KINZIE, 1991; FULLER, 1993; citados por TRIBE y DE SILVA)(6).

---

8 No secundarios a la violencia política.

9 En términos prospectivos.

Adicionalmente, los hallazgos en estos estudios coinciden con los trabajos cualitativos y cuantitativos realizados en Latinoamérica, así como con las descripciones realizadas en el trabajo del psicólogo y sacerdote jesuita IGNACIO MARTÍN-BARÓ en la población desplazada salvadoreña(7).

En Colombia, la aproximación a la población desplazada por parte de la psiquiatría ha sido primordialmente teórica, centrándose en la descripción de series de casos, en las vulnerabilidades psicológicas de la población, así como las respuestas emocionalmente favorables a pesar de la crisis (LEÓN, 2000; ROJAS, 1993; CARDONA, 2001; SÁNCHEZ, 1999; MARTÍN y SÁNCHEZ, 1998; SÁNCHEZ y JARAMILLO, 1999; citados por CECILIA DE SANTA CRUZ)(8).

Los perfiles epidemiológicos en la población afectada en Colombia, a pesar de sus limitaciones estadísticas, han dado cuenta del predominio de las consecuencias psicoemocionales del desplazamiento, con más de un 50% de la población con alguna afectación de este tipo. Dentro de estas consecuencias predominan los cuadros ansiosos y depresivos (CÁCERES, 2000), citado por la OMS e INS(9). Además, al evaluar cuatro ciudades del país y comparar los hallazgos en la población desplazada con la población receptora se encontró una mayor frecuencia de depresión e impacto del trauma en la población desplazada(9). Estos resultados coinciden con los hallazgos en estudios internacionales como veremos más adelante.

Sin embargo, antes de abordar las dificultades emocionales, es favorable ahondar en los factores asociados a las mismas. De acuerdo con un meta-análisis realizado por PORTER y HASLAM(10) (2005), se han identificado factores *previos* al desplazamiento que incrementan el riesgo de padecer un problema psicoemocional como son: *la procedencia rural, un nivel socioeconómico alto, pertenecer al género femenino, una edad avanzada y un mayor nivel educativo*.

Los mismos autores describen los factores de riesgo para el sufrimiento psicoemocional que se configuran *después* del desplazamiento y encuentran como factores asociados: *albergues institucionalizados y temporales, la falta de oportunidades económicas, el desplazamiento dentro del país de origen, la repatriación (en el caso de refugiados), y la persistencia del conflicto en el lugar de origen*<sup>10</sup>.

Así mismo, existen otros factores asociados con trastornos mentales configurados en la población refugiada como son: *la marginalización y el estatus de minoría, las desventajas socioeconómicas, las enfermedades físicas (malnutrición, heridas y traumas craneoencefálicos), la pérdida del soporte social y las dificultades para adaptarse a la cultura receptora*(3).

---

10 Llama la atención que en este estudio no se encontró una relación favorable y estadísticamente significativa con la posibilidad de desarrollar prácticas culturales.

Adicionalmente, se han identificado factores de buen pronóstico en términos emocionales (ARCEL et ál, 1995 y JABLENSKY et ál, 1994) citados por PORTER)(2) como contar con *el apoyo una familia extensa, un oficio remunerado, la presencia de organizaciones de derechos humanos, grupos de autoayuda, vivir en refugios pequeños, tener oportunidades para realizar prácticas culturales y poder trascender la situación.*

Analizando las consecuencias emocionales del desplazamiento desde una perspectiva de género, encontramos que la carga emocional es particularmente alta para la mujer, ya que debe enfrentarse a una multiplicación de las responsabilidades, a los problemas económicos, de salud y legales de la familia y a la discriminación que sufren en los lugares de llegada, situaciones que no habían tenido que manejar antes (SOMASUNDARAM et ál, 1994, citado por TRIBE)(6).

Son ellas, las mujeres, quienes más logran reconocer el impacto del trauma previo, la pérdida de amigos, familiares y conocidos, así como suelen expresar la ansiedad en síntomas físicos(11).

Como señala RAMÍREZ(12), las mujeres se ven obligadas a redefinir sus roles sociales y sus identidades, a asumir las jefaturas de hogar, sus compromisos en general, la proveeduría económica y el ejercicio de la autoridad de manera transitoria o definitiva (cuando su pareja ha fallecido o se queda en la guerra).

Ahora bien, adentrándonos en las *consecuencias* en salud mental y en cuanto a trastornos psiquiátricos, es relevante el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)<sup>11,12</sup>(13),(14). Además, existe evidencia de otras reacciones patológicas emocionales en las personas desplazadas como, por ejemplo, otros Trastornos de Ansiedad (distintos TEPT), Reacciones Depresivas y Trastornos Depresivos(8),(15). Estos hallazgos coinciden con los encontrados recientemente en las víctimas civiles de la guerra química en Irak(16).

El TEPT puede alcanzar el 65% de la población afectada y además prolongarse en el tiempo debido a estresantes psicológicos presentes en los lugares a los que la población es desplazada. Estos se relacionan con elementos antes mencionados como: el aislamiento social, las dificultades de comunicación, el desempleo, la aculturación y la inestabilidad familiar. Resulta coherente que esta población

---

11 Una condición clínica en la que los individuos ante un evento traumático avasallador que implica la muerte, el riesgo de muerte o de una gran pérdida propia o cercana; desarrolla un cuadro de ansiedad persistente, temores constantes de revivir lo sucedido, pesadillas, conductas evitativas y retraimiento social (v. gr.: las víctimas del holocausto nazi o de la dictadura en Argentina o Chile).

12 Con respecto a este diagnóstico es llamativo que para el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental, del año 1997, las cifras de TEPT eran mayores (y en hombres primordialmente) que las del Estudio del 2003, lo cual resulta paradójico ante la escalada de la violencia en el país.

acuda de manera sistemática a mecanismos de defensa (en términos psicoanalíticos) como *la negación, el desplazamiento, la escisión y la evitación*(17).

A pesar de lo anterior, la mayor parte de las consecuencias emocionales no corresponden a trastornos configurados, sino a manifestaciones emocionales de carácter somático, trastornos del sueño, irritabilidad, distractibilidad (JAYANTHY, citado por TRIBE)(6), tensiones intergeneracionales y conductas disociales, (5) todo lo cual se relaciona con los sentimientos de desesperanza provocados por la inactividad forzada y la dependencia. Además vale la pena resaltar que problemas como la violencia sexual dirigida a mujeres y niños en los campos de refugiados y sus consecuencias suelen ser subestimada(5).

A estos “síntomas”, directamente relacionados con la pérdida de capitales culturales, simbólicos y sociales, se asocian las sensaciones de aburrimiento y ansiedad (que se han vinculado con el riesgo de depresión) al tener tiempo de más en los albergues de refugiados para pensar (sin poder resolver), para preocuparse por sus seres queridos (sobre todo aquellos de quienes se desconoce su paradero) y no tener la posibilidad de hacer uso de sus destrezas previas (sobre todo en el caso de los hombres)(14).

Finalmente y de acuerdo con ARANGO y CARDONA(18), las repercusiones emocionales que podemos considerar a largo plazo, al no promover los elementos *resilientes* individuales y familiares, son:

– *La afectación del proyecto de vida* al enfrentar situaciones como: la perplejidad ante la situación que se debe vivir, la dificultad para la toma de decisiones, la visión negativa del futuro, la parálisis para planear estrategias orientadas al logro de metas, la negación excesiva del hecho, la conducta impulsiva o dependiente, la supresión de emociones, las adicciones, la incapacidad de demandar auxilio, la furia, la venganza y la incapacidad total o parcial para evocar el evento, y

– *El anonimato* con la pérdida de identidad como sujeto social, afrontamiento del anonimato como segundo desastre, desarraigo sociocultural, miedo a ser descubierto, sentimientos de impotencia, actitud de alerta y de prevención, pérdida total de su sistema de seguridad, desorientación, sensación de enajenación, tristeza e ideación suicida.

Las manifestaciones emocionales en la población desplazada se matizan y varían cuando se evalúa a la población infantil.

## II. DESPLAZAMIENTO E INFANCIA

Con todo, el grupo que más debe reclamar nuestra atención es el de los niños, aquéllos que se encuentran construyendo su identidad y su horizonte de vida en el tejido de nuestras relaciones sociales actuales. Ellos son verdaderos “hijos de la guerra” y a nosotros nos corresponde la difícil tarea de cuidar que no estructuren su personalidad



mediante el aprendizaje de la violencia, de la irracionalidad y de la mentira. (IGNACIO MARTÍN-BARÓ, junio de 1984)(11).

El trauma en la infancia ha sido ampliamente estudiado ante el carácter epidémico de este fenómeno, así como también han sido evaluadas las consecuencias de la guerra en el desarrollo psicosocial de los niños por diferentes estudios desde la Segunda Guerra Mundial como lo recoge ADJUVIC(19).

Además, en los niños suelen existir elementos traumáticos previos al desplazamiento como pérdidas físicas, pérdidas familiares y la exposición a directa a la guerra, eventos que suelen arraigarse en la psique infantil, más que en los adultos.

Al ser desplazados, los niños y niñas se enfrentan a la pérdida del ambiente familiar, del hogar, del ajuste escolar, de la red social y la cotidianidad<sup>13</sup>. Lo que suceda durante el traslado afecta adicionalmente a los niños (como a los adultos) aunque de manera diferente, incrementándose para ellos riesgos como, por ejemplo, la trata de personas(20).

Adicionalmente, los niños deben sobrellevar *la carga emocional de sus padres*: su cólera, depresión, agresión, desconfianza, abuso de alcohol, dependencia, degradación, desmoralización, desempleo, somatización y “escapes a la enfermedad<sup>14</sup>”(4).

Los niños que se desarrollan entendiendo el conflicto pueden ser considerados más “resilientes”; pero lo son en términos de una cultura de la violencia. (DEREK SUMMERFIELD, 1991)(5).

El vacío se hace manifiesto con las pérdida de costumbres y aculturación, particularmente cuando provienen de un medio rural y deben adaptarse a la ciudad, lo cual plantea las dificultades posteriores de reintegración a su comunidad<sup>15</sup>(4), ya que a largo plazo asumen elementos culturales y sociales del lugar de llegada, al cual valoran como más favorable, novedoso y aparentemente tranquilo y criticando su lugar de origen y costumbres.

Por otro lado, no se suele identificar que las dificultades escolares y de aprendizaje social afectan emocionalmente a los niños. Estas dificultades se incrementan en los niños y niñas desplazados debido a:

- La resistencia de muchos padres al inicio de una nueva escuela ante la expectativa de regreso.
- Las dificultades de adaptación a la nueva escuela.

13 La pérdida del hogar (la casa) enfrenta a dificultades en la construcción de la identidad.

14 Huir de la realidad enfermando, es una de las formas de manejar la ansiedad y las dificultades que parecen no tener resolución.

15 Cuando el tiempo de desplazamiento superó los tres años.

– El hacinamiento en los albergues (con densidad social alta, mala calidad de la vivienda y falta de privacidad), y además

– Las consecuencias en el aprendizaje producto de la desnutrición, frecuente en esta población(4).

Los niños suelen sufrir pérdidas adicionales en su capital cultural, las cuales se hacen visibles en la pérdida del valor de lo comunitario, el incremento de los prejuicios respecto al entorno, la rigidez social, los cambios en las prioridades en salud y bienestar y un incremento de situaciones de delincuencia juvenil, negligencia y consumo de sustancias, ante todo consumo de alcohol(4).

De todos los niños expuestos a la guerra, la población desplazada suele estar más expuesta a eventos de guerra de manera directa o indirecta (SPOLJARIC, 1993, citado por ADJUVIC)(4).

FAZEL & STEIN (2002) delimitan tres tipos distintos de factores de riesgo para *trastornos mentales* en niños desplazados:

– Factores en los padres: como padecer Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT), depresión materna, antecedentes de tortura (especialmente en la madre), desempleo paterno, separación o muerte de alguno de los padres, subestimación del sufrimiento de los hijos por parte de los ellos, así como padres crónicamente desesperanzados.

– *Factores en los niños*: como experiencias traumáticas múltiples (directas o no), trastornos previos de aprendizaje, problemas físicos y tener una edad avanzada al momento del desplazamiento.

– *Factores del entorno*: como un mayor número de traslados después del desplazamiento, pobreza, tener que soportar un mayor tiempo para obtener el estatus de inmigrante, el aislamiento cultural, un tiempo prolongado en un campo de refugiados y/o en el país de llegada(20).

En cuanto a las reacciones emocionales en los niños ante esta situación, de acuerdo con ADJUVIC et ál(4) a los seis meses del desplazamiento se presentan primordialmente: dificultades alimentarias, pesadillas, diaforesis<sup>16</sup> nocturna y cambios de conducta como: actitud oposicional, agresión, hiperactividad y retraimiento. Estos hallazgos se relacionan con lo encontrado en evaluaciones previas (JEYANTHY, 1993, citado por TRIBE)(6).

Además, se ha asociado a la población infantil: temor a la separación, apatía, llanto y temores generalizados, así como trastornos mentales configurados como Trastornos de Ansiedad, TEPT y Trastornos Depresivos, con frecuente comorbilidad<sup>17</sup>(20).

---

16 Sudoración.

17 Más de un diagnóstico clínico, por ejemplo ansiedad y depresión.

Las pérdidas múltiples convierten al niño en una víctima y dejan huellas indelebles que se evidencian en nuestro estado actual; huellas cuya profundidad estriba en las características de los eventos vividos, los cuales pueden configurar traumas generadores de futuros comportamientos delincuenciales. (COBOS, 1997 y 2001; JONES, 1999, citados por CECILIA DE SANTACRUZ)(8).

A pesar de lo anterior, se han descrito factores de buen pronóstico en términos de salud mental para los niños como son: *tener un entorno familiar favorable, una estructura de personalidad favorable y recibir del entorno refuerzos positivos a sus estrategias de afrontamiento*(20). Para todo lo anterior, el papel de los padres es crucial(20), ya que las manifestaciones psicopatológicas en los niños se han encontrado asociadas con dificultades de la madre para manejar la ansiedad propia y a eventos de ansiedad entre la madre y los hijos.

Es así como al evaluar a la población infantil desplazada, tres años después del evento, se encuentra una disminución general de estas dificultades psicoemocionales; sin embargo, estas dificultades persistieron cuando existían problemas previos en los padres, en especial las madres(4).

Además, en los seguimientos realizados se ha encontrado más depresión en niños con dificultades familiares, rechazo manifiesto de la madre o una percepción subjetiva de rechazo por parte de los hijos.

Estos cuadros depresivos son más frecuentes en niños con estos conflictos, que en aquellos que habían experimentado una mayor cantidad de eventos traumáticos, pero sin estas dificultades con los padres(4).

Todo lo anterior denota la importancia de la estabilidad familiar para el bienestar infantil. Hablaremos entonces de las familias desplazadas a continuación.

### III. DESPLAZAMIENTO Y CONSECUENCIAS FAMILIARES

Los estudios sobre las consecuencias familiares del desplazamiento han carecido de sustento teórico hasta hace muy poco, así como de ampliar la evaluación más allá de los déficit. (WEINE, 2004)(21).

Existen consecuencias en *la dinámica familiar*, en la medida que los roles dentro de la misma se ponen en cuestión. De acuerdo a WEINE et ál(21), en lo que tiene que ver con las obligaciones y los roles familiares se encuentran fenómenos como la inversión de estos roles (dependencia de los padres respecto a los hijos), un menor tiempo para compartir en familia, manifestaciones en contra y desafíos al patriarcalismo, así como una tendencia de los adultos emocionalmente afectados a asumir a los niños como única fuente de esperanza.

En particular, en lo que tiene que ver con la *comunicación*, las familias tienden a asumir que todos los recuerdos son dolorosos, a intentar olvidar (sobre todo en el caso de los adultos) y a no hablar del pasado (en el caso de los niños).

En términos sociales y culturales, las familias reconocen *el costo del desarraigo* como: perder un estilo de vida, perder la lengua y la aculturación.

Adicionalmente, se encuentra una relación entre la *evolución emocional de la familia* y aspectos socioeconómicos como: la consecución de trabajo, la continuidad en el estudio de los hijos, el control de los recuerdos traumáticos familiares, y la adaptación social y financiera (evitando así el aislamiento social). En particular, la generación de empleo es importante en los estudios de WEINE(22), lo cual fue descrito por MARTÍN-BARÓ II y se ha comprobado en Cali (Colombia) por VERGARA(23). Así mismo, se ha hecho evidente la carga emocional que soportan los miembros de la familia lo cual se traduce en conflictos familiares y dificultades de relación que han sido identificadas por ONG's en nuestro medio<sup>18</sup>.

Con respecto a *las estructuras familiares*, lo más evidente es el cambio de las mismas, suscitado por la migración dispersa (la familia se dispersa y migra a diferentes sitios o en ocasiones una parte de la familia es desplazada y otra no), la convivencia con personas con vulnerabilidades adicionales (particularmente con problemas físicos o problemas mentales) y la necesidad de adaptación, sobre todo de las madres cabeza de familia, a una región desconocida(22).

La desintegración familiar y laboral implica el abandono, el escape o ruptura con los vínculos familiares y laborales que conllevan desunión, deformación, y desorganización de la familia como base de los fenómenos sociales". (ARANGO y CARDONA, 2004)(21).

A pesar de estas amenazas a la estructura familiar, se han identificado estrategias en las familias para poder enfrentarlas, lo cual requiere evaluaciones metodológicamente más profundas<sup>19-20</sup>.

---

18 Por ejemplo, alguno de los miembros puede ser señalado "culpable" de la situación o en ocasiones la amenaza ha sido directa o uno de los integrantes de la familia ha muerto víctima de esas amenazas.

19 Las familias parecen reaccionar favorablemente con estrategias como incrementar la confianza y tolerancia, el compañerismo y la ayuda de los abuelos en la crianza de los niños, generar espacios para compartir los buenos recuerdos, hablar con los niños, expresar las emociones y compartir las experiencias. También se enfrenta la aculturación enseñando la historia a sus niños, recuperando la lengua, regresando a sus prácticas religiosas y reforzando la identidad. Adicionalmente muchas familias reaccionan a estas dificultades planeando un regreso a su país, la reunificación de la familia, manteniendo, hasta donde les es posible, la red familiar a pesar de la distancia y enviando dinero a la familia extensa cuando es factible.

20 Infortunadamente, las políticas en salud en general y en salud mental en particular suelen limitarse

Además de las estrategias familiares para enfrentar el desplazamiento, existen también factores de buen pronóstico; en particular, aquellas familias que mantienen el patrón de cuidados a los niños a pesar de la guerra, suelen obtener mejores resultados que en otras circunstancias(24).

Por ahora, como se ha mencionado, existen dificultades metodológicas para abordar la evaluación de los problemas y oportunidades, individuales y familiares del desplazamiento, en el área psico-emocional(4). Además se requieren herramientas para evaluar las estrategias de afrontamiento familiar y cultural que la crisis suscita(5).

Además, está claro que para muchas culturas la intervención psicoterapéutica occidental no es la adecuada ya que las personas esperan la ayuda de otros actores sociales (sacerdotes o jefes espirituales) y no de psicólogos o psiquiatras. La forma de entender al individuo, la familia y la comunidad varía entre culturas y en muchos casos se requieren intérpretes y entrenamiento para el manejo de la situación ante la diversidad cultural.

Ante esto, los enfoques de investigación deberán ser innovadores(22), así como los abordajes de la Política Pública en Salud Mental.

#### IV. CAPITAL GLOBAL Y DESPLAZAMIENTO

Gran parte de la problemática del país se funda en la incapacidad que los dirigentes políticos, empresariales, sindicales y las personas corrientes han tenido para generar bienestar y progreso a todos los habitantes. (CARLOS A. FELIZZOLA DONADO, Ex Presidente Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2002)(25).

Las dificultades en salud mental y psicosociales mencionadas a lo largo de esta revisión han justificado la puesta en práctica de intervenciones en salud mental en las poblaciones desplazadas (JONG & FORD, 1999; HYNDMAN, 1988; citados por DRUMM et ál.). Tales intervenciones han intentado además, involucrar activamente a las mujeres desde el inicio de la intervención<sup>21</sup>, con el reconocimiento, en la medida de lo posible, de las dificultades y las capacidades de la comunidad involucrada(14).

Se hace necesario que las estructuras de intervención reconozcan el desplazamiento forzado como una “emergencia compleja” entendida como: “una crisis crónica o aguda con violencia, desplazamiento de población, inseguridad alimen-

---

a considerar las limitaciones emocionales de los individuos y no de la red primaria (la familia). No se toman en cuenta las consecuencias emocionales suscitadas por, las dificultades relacionales que se encuentran en las familias desplazadas.

21 Con una figura similar a la de promotoras de salud, reconociendo además a las personas como “expertas en sus propias vidas como ha sido considerado desde movimientos posmodernos y feministas.

taria y aumento de la tasa de malnutrición y mortalidad, asistencia humanitaria a gran escala y riesgos para la seguridad del personal humanitario” (26).

Este tipo de emergencias se diferencian de las “emergencias no complejas” (como las que se asocian a desastres naturales) ya que se pueden identificar características como: “el éxito está en función de una solución política, las deficiencias en salud pública son catastróficas (inclusive en seguridad alimentaria), la autoridad del gobierno está erosionada, el gobierno pide la asistencia internacional, se requiere una intervención humanitaria internacional, los desplazamientos masivos son frecuentes y la coordinación de la respuesta requiere de una interacción civil-militar”(26).

La legislación y las políticas públicas ante esta complejidad deberían ser acordes, inclusive en lo que se relaciona con la salud mental.

“Tras la huida, el desplazado tiene que enfrentar la vida fuera de su ambiente, sin recursos de ningún tipo, a veces hacinado en asentamientos donde el alimento recibido termina generando dependencia y la falta de un trabajo autónomo puede desembocar en abulia y pasividad”. (MARTÍN-BARÓ, 1984)(11).

Sin embargo, existen múltiples falencias en la intervención en salud mental del desplazamiento, ya que:

- Ha prevalecido la mirada individualista del problema mental ante el desplazamiento a nivel mundial, posición que ha sido ampliamente criticada, ya que no se considera una mirada más amplia, situacional, histórica y política(2).

- El modelo médico se ha quedado corto a la hora de intervenir las dificultades de la población desplazada al no reconocer las posibilidades comunitarias

- En ocasiones, el énfasis en lo individual y el déficit tiene efectos deletéreos al promover la identificación del desplazado con el “rol de desplazado”, lo cual, como en otros casos en salud mental, contribuye a cronificar el problema(26).

- Las intervenciones no rescatan la dignidad de los desplazados y refugiados y sus familias.

- No se promueven procesos de atención a largo plazo cuando son repatriados o reubicados(20).

Este tipo de dificultades también han sido relacionadas con la atención a la población colombiana víctima del desplazamiento, ya que es evidente que ante las dificultades emocionales la respuesta institucional en salud es contradictoria: a pesar de existir un “cobertura nominal”, el acceso real a las intervenciones en salud en general es bajo y limitado adicionalmente por situaciones administrativas. Además las intervenciones planteadas están centradas en medidas curativas y no preventivas(9).

A pesar de los intentos en nuestro medio por establecer políticas claras de atención en salud en general, las deficiencias del sistema son persistentes, en

áreas como: los sistemas de información, la dispersión de responsabilidades, la centralización, la concentración en la atención asistencial y de emergencia y la ausencia de articulación con otros actores no estatales(27).

Adicionalmente, las dificultades de acceso y barreras a la atención en salud fueron identificadas en la Sentencia T-025 de la Corte Constitucional, como una de las mayores vulneraciones a los derechos establecidos en la Carta Política. La Corte fue enfática en señalar que las limitaciones en los recursos económicos no pueden ser una limitante para la atención a la población desplazada(28).

Estos problemas en la cobertura en salud, particularmente en lo que se refiere a la población infantil, han sido abordadas por otros autores como ARDILA, AMBROSI y ANGULO, quienes afirman:

Es evidente que en materia de salud la situación requiere serias medidas que si bien ya se han venido atendiendo, aun deben tener mayor cobertura en su campo de aplicación. Por ello, es indispensable, en orden a incrementar la ejecución de políticas públicas acordes en la materia, garantizar la prestación de los servicios de salud a los desplazados en el marco del Régimen de Seguridad Social en Salud, de conformidad con la legislación vigente y con la prevalencia de los derechos de los niños y niñas(29).

Sin embargo, como también lo señalan estos autores, “Dicho régimen se otorga a quienes se encuentran en una situación particularmente vulnerable desde el punto de vista social y económico, *de acuerdo (sic) los registros del Sisben y a la disponibilidad de los entes territoriales*”. Esta situación, de carácter administrativo, esta relacionada con las dificultades de cobertura existentes.

La apropiación estatal del problema de salud y en particular el de salud mental en la población desplazada seguirá teniendo dificultades en tanto se trate con el término paradójico de población “vinculada”: “más allá del tratamiento que pueden recibir los desplazados y desplazadas en los centros de salud, *como población vinculada al sistema*, su condición de afiliados y de beneficiarios del citado Régimen Subsidiado en la ciudad receptora, se constituiría en una garantía de mayor calidad y cobertura de su situación, lo cual redundaría a favor de sus derechos fundamentales”(29).

Hasta acá, el problema para la salud mental en general parecería ser tan sólo de cobertura y afiliación, lo cual se ve reflejado en los hallazgos en el último Estudio Nacional de Salud Mental (2003). De acuerdo con el Ministerio de Protección Social, más del 70% de la población colombiana carece de cobertura (nominal) en salud mental, lo cual multiplica el problema para la población desplazada, y hace que el vacío de la *política pública* pase de ser un problema *evidente a catastrófico* (26).

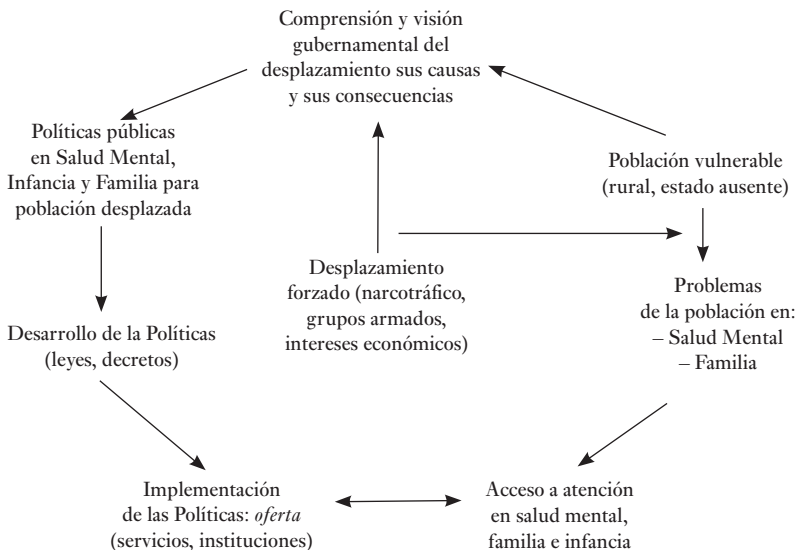
Por otro lado y hasta este momento, las recomendaciones dirigidas a políticas públicas de restablecimiento a la población desplazada se centran en la atención psicosocial para mantenimiento de la familia y el capital social (30).

Sin embargo, en relación con las consecuencias en salud mental, las recomendaciones han sido escasas y/o limitadas, en muchos casos considerándose el problema como de difícil evaluación y abordaje (31) o en otras ocasiones como situaciones de “remisión oportuna” al sistema de salud, en los casos más críticos.

Más allá de estas consideraciones, este artículo plantea una mirada diferente del problema: *Desde un punto de vista social el problema de atención en salud mental a la población colombiana en general y a los desplazados en particular subyace en la estructura estatal y su aproximación al sufrimiento mental como un problema relevante.*

Dadas las dificultades para el análisis de la política pública en salud mental para los individuos y las familias se elaboró un modelo de aproximación a la misma, como se describe en la Figura 1.

FIGURA 1  
 MODELO (PRELIMINAR) DE APROXIMACIÓN A LA VULNERABILIDAD  
 (EN SALUD MENTAL DE LA FAMILIA E INFANCIA) DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA  
 Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DESARROLLADAS



De acuerdo con este modelo existe una secuencia para el desarrollo de las políticas que debe ser acorde con otra secuencia paralela la cual corresponde al desarrollo del problema. Estas dos secuencias tienen dos puntos de contacto:



– El primero se encuentra en el contacto que el Estado tiene con el problema y la *visión gubernamental y/o estatal* que se tiene sobre el mismo, como un *problema relevante*.

– El segundo se encuentra en el acceso a los servicios, atención, cuidados etcétera, de la población en general y en nuestro caso la población desplazada. Es en este punto donde se materializan o no las políticas públicas y caso, las políticas dirigidas a la salud mental en la familia y los individuos víctimas del desplazamiento.

Asumiendo una perspectiva bourdiana, las pérdidas que se establecen en la población desplazada (y que se pueden describir en el brazo derecho de la figura), se dan de dos formas:

– La primera está definida por el *despojo directo*, establecido en el evento de desplazamiento y reconocido por la sociedad.

– La segunda por un *despojo social*<sup>22</sup>, el cual corresponde a pérdidas *no reconocidas por la sociedad*, las cuales se relacionan con pérdidas individuales, familiares y sociales que podemos ubicar como descapitalizaciones en lo cultural, simbólico, social y económico: pérdidas de Capital Global<sup>(32)</sup>, todo lo cual conlleva una *deriva social*<sup>23</sup> de la población desplazada. (Esta situación fue descrita parcialmente por PIERRE BOURDIEU en una población inmigrante con dificultades similares: los magrebíes en Francia)<sup>(33)</sup>.

Esta defraudación gradual en el *Capital Global* implica pérdidas en los Capitales Sociales (pérdida de las redes de relaciones, en las que la familia es la red primordial), Culturales (la educación y formación intelectual y artística recibida), Simbólicos (incluyendo la legitimidad) y no sólo pérdidas económicas (las más reconocidas). Desde este punto de vista, el problema es que para el *sistema*, la descapitalización es vista como un problema social en tanto es un problema económico e individual y no porque sea simbólico, cultural y humano.

Es en este marco que se pueden entender mejor los elementos y consecuencias de fenómenos como la *aculturación*<sup>24</sup>, ya que en esta participa la cultura del sitio de llegada, se considera a sí misma no sólo *dominante*, sino además *legítima*: a la llegada al lugar receptor los desplazados requieren un proceso de adaptación, de apropiación obligada al ambiente, el clima, las costumbres y las relaciones sociales, generándose procesos que pueden ser de integración, asimilación, segregación y/o exclusión.

---

22 La sociedad de origen o la de llegada les desconoce y despoja de sus capitales, simbólicos, particularmente

23 Una pérdida gradual y progresiva con declive significativo dentro del medio social.

24 En los términos referidos por BHUGRAI.

Las Políticas en Salud Mental necesitan considerar este tipo de dificultades diversas para lograr un mayor impacto de sus estrategias (brazo izquierdo de la figura 1). Sin embargo, en términos de salud mental las políticas públicas padecen de más de un problema, comenzando por su factibilidad política.

#### V. LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL Y EL DESPLAZAMIENTO FORZADO

Por su parte, el Estado colombiano ha mantenido una actitud moderadamente activa en cuanto al tema de la salud mental, pues si desde un lado se ha preocupado con especial interés en conocer la situación de la salud mental de la población a través de estudios nacionales de morbilidad (1993, 1997 y 2003), ha formulado políticas nacionales en el tema y el actual Ministerio de la Protección Social tiene dentro de sus cuatro prioridades básicas de atención a la salud mental; por otra parte, son escasas las respuestas específicas a este problema, pues en la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en salud, la accesibilidad a la atención en salud mental está disminuida frente al conjunto de problemas de salud de la población. Salvo los contenidos programáticos de prevención y atención de la violencia intrafamiliar y los aportes del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en cuanto a protección integral de los niños y niñas, son escasas las acciones tendientes a disminuir las tasas de morbilidad mental. Organización Panamericana de la Salud(34).

Como hemos visto la *comprensión gubernamental* y visión de país que tenga el Estado define la delimitación de las políticas públicas, su desarrollo e implementación, lo cual deberá verse reflejado en una tendencia a la solución de los problemas y satisfacción de las necesidades de la población. En el caso que nos atañe, las necesidades de salud mental y los derechos en estas áreas de los individuos las familias y en particular de la infancia víctima del desplazamiento.

En 1998 el Ministerio de Salud (ahora de Protección Social) elaboró la Política Nacional de Salud Mental, vigente, la cual reconoce el desplazamiento como un *problema social significativo*<sup>25</sup> al incluirlo en su capítulo de Violencia y Salud Mental.

La aproximación al problema de salud mental, sin embargo, se limitó a ser coherente con el Sistema de Seguridad Social establecido en la Ley 100 de 1993. Desde allí comenzaron las dificultades para este ejercicio.

Para que esto sucediera las razones son múltiples, pero podemos describir algunas: *no se estableció como una política estatal, la construcción social de la política fue limitada, salió a la luz una resolución ministerial (Resolución 2358 del 18 de junio de 1998), no se contempló un proceso de seguimiento a sus propuestas, su divulgación fue limitada y, ante todo se estableció y quedó subordinada a la legislación vigente.*

---

25 Problemas socialmente relevantes o significativos que genera el desarrollo de la política pública.

Este último punto es fundamental para el análisis de este artículo, ya que a pesar de contemplar el problema del desplazamiento, la política quedó subordinada a la *visión del problema* en la Ley 100 de 1993, legislación y momento para los cuales el problema del desplazamiento forzado no era relevante y la mirada de la salud estaba definida en términos del riesgo económico (y sigue estando) y la importancia dada al problema de la salud mental era mínimo.

Finalmente, esta política no fue desarrollada, su impacto fue pobre o nulo (lo cual es reconocido por el Ministerio de Protección Social actual) y las personas involucradas en su aplicación la desconocen.

Los esfuerzos posteriores en pos de una intervención adecuada de las consecuencias del desplazamiento quedan limitados a lo que el precario sistema ofrece o, como hemos visto, a las exigencias administrativas que han afectado, tanto a la población desplazada como a la población colombiana en general.

Además surge otro problema: el diseño de políticas y/o lineamientos de emergencia, para la atención en salud mental a la población desplazada, sin que existan espacios o posibilidades para la población receptora y otras comunidades vulnerables, implica situaciones desafortunadas que se relacionan con la discriminación positiva: *el rechazo de la población receptora, un incremento de la cronificación de la población desplazada y de los procesos de exclusión social*<sup>26</sup>.

## VI. HECHOS PORTADORES DE FUTURO

Desde un punto de vista prospectivo y a pesar de las consideraciones anteriores, existen tres espacios prometedores dentro de la construcción de las políticas públicas en salud mental y que describiremos brevemente a continuación:

– *La nueva Política Nacional de Salud Mental* (Ministerio de Protección y Asociación Colombiana de Psiquiatría)

En primera instancia y en un intento del Ministerio de Protección Social por aliviar las falencias que en salud mental se hicieron evidentes con el último Estudio Nacional de Salud Mental (2003), se contrató en este año el diseño y divulgación de una nueva Política Nacional de Salud Mental, licitación que obtuvo la Asociación Colombiana de Psiquiatría.

La nueva política se está elaborando con una serie de énfasis preliminares como son<sup>27</sup>:

26 Así mismo, se precipita la búsqueda (que se ha hecho evidente) de carnés y certificaciones de desplazamiento falsas por parte de la población receptora vulnerable, con el fin de mitigar la desigualdad en la atención.

27 A noviembre de 2006.

- Un abordaje complejo, comprensivo e incluyente que debe verse traducido en una política de estado supraseditorial.
- Una política flexible que pueda reestructurarse con los tiempos y las condiciones sociales.
- La consideración de que la Salud Mental tiene una relación directa con el *Capital Global*: económico, social, simbólico y cultural.
- Una política que permita el análisis económico y de gestión social.
- Acude a una configuración de sentido en un escenario histórico-social.
- Contempla: la pobreza, la violencia y el *desplazamiento forzado* como configuraciones problemáticas complejas en la vida nacional, que requieren intervenciones ajustadas.
- Puesta en el contexto social deberá convocar la participación desde: necesidades, dificultades y posibilidades de la organización social.
- Los aportes teóricos, técnicos y de otra índole deberán ser apropiados y transformados en los contextos locales, generando conocimiento orientador(35).

Adicionalmente, el grupo que desarrolla esta nueva política considera indispensable, en términos de factibilidad política, que se establezca como un documento CONPES Social y no como una resolución ministerial.

– *Los lineamientos de atención en salud mental para la Población en Situación de Desplazamiento* (PSD), OPS/OMS y Ministerio de Protección Social.

La OPS y el Ministerio de Protección convocaron a la III Reunión de la Mesa Nacional de Psicosocial con PSD por la Violencia<sup>28</sup>, haciendo énfasis en “Documentar, revisar, definir y articular acciones tendientes a la protección de los derechos de la población en situación de desplazamiento por la violencia en Colombia, en materia de ayuda, apoyo, acompañamiento e intervención psicosocial y de promoción, prevención y atención en salud mental”.

De la reunión realizada existe un compromiso ministerial y multisectorial para construir los lineamientos de atención en salud mental para la población víctima de desplazamiento forzado. En la última reunión con OPS y Ministerio de Protección se estableció la necesidad de que estos lineamientos se encuentren articulados con la Política Nacional de Salud Mental que se está elaborando y los conceptos aquí mencionados.

– *Las Políticas regionales de Salud Mental*. Las regiones y en particular el Distrito Capital y algunos departamentos han sido pioneros en la construcción de Planes y Políticas de Salud Mental que han sido más inclusivas y dinámicas que la Política Nacional vigente. Dentro de estos desarrollos se encuentran las políticas que se han elaborado en Bogotá, Tolima, y Antioquia. La inclusión de

---

28 Entidades que participaron: Miembros de la Mn-Ps-S: Ministerio de Protección Social (Coordinador), Acción Social – CHF Internacional, ICBF, SENA, MEN. Otros participantes: OPS/OMS (apoyo), MSFE, OIM, CRN, INS, Asociación Colombiana de Psiquiatría.

los problemas asociados a la población desplazada ha sido mejor, identificando y diferenciando los problemas, de acuerdo con las necesidades de cada región.

– *Visión Colombia 2019: ¿Marco inicial para las nuevas políticas públicas?*

El gobierno nacional a través del Departamento Nacional de Planeación estableció un ejercicio con elementos prospectivos y de carácter provisional con el fin de iniciar una discusión nacional sobre el futuro del país(36).

Este ejercicio pretende encaminar la construcción de políticas públicas en términos amplios y parte en el área de salud de la premisa del Sistema de Protección Social y el incremento de la cobertura. Esta aproximación puede resultar limitante en la construcción de políticas públicas en salud y en salud mental debido a una mirada restringida del problema, como hemos mencionado(37). Sin embargo, es responsabilidad del DNP y de Conciencias, continuar la discusión de la Visión 2019 y tener la apertura suficiente para considerar otras posibilidades y miradas, dentro de la construcción social de las políticas públicas.

#### EPÍLOGO

Las consecuencias en salud mental del desplazamiento son evidentemente mayores que aquellas relacionadas con el ámbito emocional-simbólico de los afectados e impactan distintas áreas y capitales (económicos, culturales y sociales) de los individuos, las familias y las comunidades.

Sin embargo, la aproximación estatal a través de la Política Nacional de Salud Mental actual, resulta pobre y limitante, lo cual refleja no solo las falencias en su construcción, sino además una apropiación limitada de los problemas en salud mental y del desplazamiento como *problemas relevantes* para la sociedad colombiana.

Sin embargo existen oportunidades para resolver el problema con una nueva Política Nacional de Salud Mental, los Lineamientos de atención en Salud Mental a la población desplazada (articulados a la política pública), las Políticas Públicas regionales articuladas, y por último, la elaboración prospectiva de nuevas políticas públicas que correspondan a una construcción social de las mismas en el marco de una democracia deliberativa.

#### AGRADECIMIENTOS

Es del caso agradecer a la Asociación Colombiana de Psiquiatría (en particular al Comité de Políticas), al Ministerio de Protección, al Área de Estudios de Población del CIDS y a la Cátedra UNESCO, los espacios de discusión que contribuyeron a la construcción de este artículo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 D. BHUGRA. "Migration and Mental Health", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, vol. 109.
- 2 MATT PORTER y NICK HASLAM. "Forced Displacement in Yugoslavia: A Meta-Analysis of Psychological Consequences and Their Moderators", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 14, n.º 4, 2001.
- 3 MANUEL CARBALLO y ARIC SMAJIK. "Bosnia Herzegovina", *World Health*, t. 48, Ginebra, noviembre y diciembre de 1995.
- 4 MARINA ADJUVIC y DEAN ADJUVIC. "Impact of displacement on the psychological well-being of refugee children", *Internacional Review of Psychiatry*, vol. 10, 1998.
- 5 DEREK SUMMERFIELD. "Mental Health of the refugees and Displaced Persons", *The Lancet*, vol. 338, 1991.
- 6 RACHEL TRIBE y PADMAL DE SILVA. "Psychological Intervention with displacement widows in Sri Lanka", *International Review of Psychiatry*, vol. 11, 1999.
- 7 IGNACIO MARTÍN-BARÓ. "Guerra y salud mental", Conferencia pronunciada en San Salvador el 22 de junio de 1984, en la inauguración de la I Jornada de Profesionales de la Salud Mental, en *Estudios Centroamericanos*, n.º 429 y 430, 1984.
- 8 CECILIA DE SANTACRUZ; WADETH CHAMS y PAOLA FERNÁNDEZ DE SOTO, "Colombia: violencia y salud mental, La opinión de la psiquiatría", *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXV, n.º 1, 2006.
- 9 OPS, Organización Panamericana de la Salud, INS, Instituto Nacional de Salud, 2002. "Estudio de Perfil Epidemiológico de población desplazada y población estrato uno no desplazada en cuatro ciudades de Colombia: Montería, Soacha, Cali y Cartagena, en [www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/epepv2002/].
- 10 MATTHEW PORTER y NICK HASLAM. "Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-analysis", *JAMA*, vol. 294, n.º 5, agosto de 2005.
- 11 RENE DRUMM; SHARON PITTMAN y SHELLY PERRY. "Women of war: Emotional needs of ethnic Albanians in refugee camps", *Affilia*, 16, 4, 2001.
- 12 MARÍA HIMELDA RAMÍREZ. "El impacto del desplazamiento forzado sobre las mujeres en Colombia", en *Migrations en Colombia, Amérique Latine Histoire et Mémoire*, n.º 3, 2001, en [alhim.revues.org/document531.html].

- 13 NORA H. LONDOÑO; ÓSCAR MUÑOZ; JORGE ENRIQUE CORREA et ál. “Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia)”, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. xxxiv, n.º 4, 2005.
- 14 RICHARD MOLLICA et ál. “The effect of Trauma and Confinement on Functional Health and Mental Health Status of Cambodian Living in Thailand-Cambodian Border Camps”, *JAMA*, vol. 270, 5, 1993.
- 15 GRANT N. MARSHALL; TERRY L. SCHELL Y MARC N. ELLIOTT et ál. “Mental Health of Cambodian Refugees: 2 Decades After Resettlement in the United States”, *JAMA*, vol. 294, n.º 5, agosto de 2005.
- 16 FARNOOSH HASHEMIAN; KAVEH KHOSHNOOD; MAYUR M. DESAI et ál. “Anxiety, Depression, and Posttraumatic Stress in Iranian Survivors of Chemical Warfare”, *JAMA*, vol. 296, n.º 5, agosto de 2006.
- 17 STEVAN WEINE; DOLORES VOJDOVA et ál. “PTSD symptoms in Bosnian refugees 1 year after resettlement in the United States”, *The American Journal of Psychiatry*, vol. 155, 1998.
- 18 SARY ARANGO GAVIRIA y DORA CARDONA GIRALDO. “Desplazados: Elementos para su caracterización”, *Revista de Ciencias Humanas* n.º 28, Universidad Tecnológica de Pereira, 2001, en [[www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev28/arango.htm](http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev28/arango.htm)].
- 19 JOSHI PARAMJIT. “Childhood Trauma”. *International Review of Psychiatry*, 10, 1998.
- 20 M. FAZEL, A. STEIN, “The mental health of refugee children”, *Archives of Disease in Childhood*, 87, 5, noviembre de 2002.
- 21 STEVAN WEINE; NERINA MUZUROVIC, YASMINA KULAUZOVIC, SANELA BESIC et ál. “Family Consequences of Refugee Trauma”, *Family Process*, 43, 2, junio de 2004.
- 22 STEVAN WEINE; KATHLEEN KNAFL, SUZANNE FEETHAM, YASMINA KULAUZOVIC et ál. “A Mixed Methods Study of Refugee Families Engaging in Multiple-Family Groups”, *Family Relations*, 54, 4, octubre de 2005.
- 23 MARTÍN VERGARA. “Informes de proyectos, Asociación Solivida, 2001-2006”, *Solivida: Asociación Solidarios por la Vida* (en archivo magnético entregado Ministerio de Protección Social en la Mesa de atención psicosocial para el desplazamiento).
- 24 RENE DRUMM; SHARON PITTMAN y SHELLY PERRY. “Women of war: Emotional needs of ethnic Albanians in refugee camps”, *Affilia*, 16, 4, 2001.
- 25 CARLOS A. FELIZZOLA DONADO. “Violencia y psiquiatría colombianas”, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, año 38, vol. xxxi, n.º 2, junio de 2002.

- 26 GEERT V. K. A. HAGHEBAERT y MÓNICA ZACCARELLI DAVOLI. “La salud mental y el desplazamiento forzado”, cap. VIII, en *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*, Serie Manuales y Guías sobre Desastres n.º 7, JORGE RODRÍGUEZ; MÓNICA ZACCARELLI DAVOLI y RICARDO PÉREZ (edits.), Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, OPS/OMS, Washington, D. C., agosto de 2006, pp. 152-167, en [[www.paho.org/Spanish/DD/PED/GuiaSaludMental\\_cap8.pdf](http://www.paho.org/Spanish/DD/PED/GuiaSaludMental_cap8.pdf)].
- 27 MIGUEL ÁLVAREZ CORREA; CARLOS MORENO, VIVIAN ARIAS et ál. *Raíces sin tierra. Atención e impacto del desplazamiento forzoso*, 1.ª ed., Procuraduría General de la Nación, Instituto de Estudios del Ministerio Público, 2000.
- 28 Corte Constitucional. Sentencia T-025 de 2004, Bogotá, 2004, en [[www.acnur.org/biblioteca/pdf/2501.pdf](http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/2501.pdf)].
- 29 DORIS ARDILA; HELENA AMBROSI y ALBERTO ANGULO. “El conflicto armado y los derechos fundamentales de la niñez en Colombia. Un análisis de la vulneración al Derecho Internacional Humanitario y de su impacto sobre el desarrollo, la economía y el bienestar social”, Fundación Antonio Restrepo Barco, Bogotá, P&T impresores Ltda., 2004, en [[www.funrestrepobarco.org.co/documentos/Libro.pdf](http://www.funrestrepobarco.org.co/documentos/Libro.pdf)].
- 30 Red de Solidaridad Social, USAID, ACNUR. “Desplazamiento y políticas públicas de restablecimiento en Colombia: análisis y recomendaciones”, Bogotá, Panamericana Formas e Impresos S. A., 2004.
- 31 Defensoría de Pueblo, OIM, USAID. “Políticas públicas y desplazamiento: una reflexión desde la experiencia”, Bogotá, Bochica, 2004.
- 32 ÁLVARO MORENO; JOSÉ ERNESTO RAMÍREZ y PIERRE BOUDIEU. *Introducción elemental*, cap. III, Bogotá, Panamericana, 2003.
- 33 PIERRE BOURDIEU et ál. *La miseria del Mundo*, 1.ª ed. en español, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1999.
- 34 Universidad de Antioquia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia. *Hacia un plan Operativo de Salud Mental para Antioquia*, cap. 3, Organización Panamericana de la Salud, 2003, en [[www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/planopant2003/planopo3formulaciones.htm](http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/planopant2003/planopo3formulaciones.htm)].
- 35 Asociación Colombiana de Psiquiatría y Ministerio de la Protección Social. *Construcción y gestión de una política de salud mental*, agosto de 2006 y febrero de 2007, Presentación: Informe de Avance, Foro Gremial ACP en el Congreso Nacional de Psiquiatría, Medellín, 2006.



- 36 Departamento Nacional de Planeación. *Visión Colombia 2019, 2005*, Planeta, en [[www.dnp.gov.co/paginas\\_detalle.aspx?idp=366](http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=366)].
- 37 CARLOS IVÁN MOLINA BULLA. *Política Pública y Visión Colombia 2019: una mirada crítica desde los estudios de Foresight (Ensayo)*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, Facultad de Derecho, Doctorado en Sociología Jurídica e Instituciones Políticas, 2006.