

**Sobrevivientes de Conflicto Armado en Nariño:
Estrategia Comunitaria de Promoción en Salud Mental Dirigida a Niños, Niñas y
Adolescentes del pueblo Awá Colombiano**

Anyi Katherine Pantoja Pantoja

Universidad de Nariño
Departamento de Psicología
Grupo de Investigación Salud Pública
Línea de Investigación: Promoción de la Salud y Prevención
Maestría en Promoción y Prevención en Salud Mental
San Juan De Pasto
2022

**Sobrevivientes de Conflicto Armado en Nariño:
Estrategia Comunitaria de Promoción en Salud Mental Dirigida a Niños, Niñas y
Adolescentes del pueblo Awá Colombiano**

Anyi Katherine Pantoja Pantoja

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de Magíster en
Promoción y Prevención en Salud Mental

Asesor

PhD. Anderson Rocha Buelvas

Universidad de Nariño
Departamento de Psicología
Grupo de Investigación Salud Pública
Línea de Investigación: Promoción de la Salud y Prevención
Maestría en Promoción y Prevención en Salud Mental
San Juan De Pasto
2022

Nota de Responsabilidad

Las ideas y conclusiones aportadas en el siguiente trabajo son responsabilidad exclusiva del autor. Artículo 1ro del Acuerdo No. 324 de octubre 11 de 1966 emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de Aceptación

Fecha: 23 de noviembre de 2022

Puntaje:

Dra. Claudia Mercedes Calvache Cabrera

Jurado 1

Dra. Sonia María Rosero Díaz del Castillo

Jurado 2.

Dra. Yuri Andrea Arango Bernal

Jurado 3.

Agradecimientos

Gracias a Dios por todas sus bendiciones a lo largo de mi vida y poner siempre en mi camino a personas especiales que enriquecen mi formación personal y profesional. A mis padres, hermanos, pareja, amigos y personas cercanas que han acompañado todos mis momentos de aprendizaje. A mis profesores y guías en este camino de formación, en especial mi gratitud hacia la Coordinadora de la maestría, la profesora Andrea Gómez, por su respaldo y acompañamiento absoluto que motivó el éxito de este proceso, desde el inicio hasta el final. A la Gobernación de Nariño, que desde su programa Becate-Nariño hizo posible la financiación y ejecución de este sueño, y a todas aquellas personas que contribuyeron en este proceso. Gracias por su apoyo incondicional y compañía en este lindo proyecto de vida, Dios les devuelva en bendiciones su gran cariño.

**Sobrevivientes de Conflicto Armado en Nariño:
Estrategia Comunitaria de Promoción en Salud Mental Dirigida a Niños, Niñas y
Adolescentes del pueblo Awá Colombiano**

Resumen

En Colombia y especialmente en Nariño, no existen suficientes estudios e intervenciones en promoción de la salud mental de niños, niñas y adolescentes indígenas en el marco del conflicto armado desde una perspectiva de determinación social de la salud. Así pues, la finalidad del presente estudio fue validar una estrategia de intervención en promoción de salud mental no colonizadora, poniendo en primer lugar el saber popular de la comunidad. La investigación se enmarcó en el paradigma epistemológico Crítico social y el paradigma metodológico Cualitativo, con enfoque de Etnografía Crítica. El trabajo de campo se desarrolló en cinco fases cíclicas: 1 Revisión documental. 2 Ingreso al campo. 3 Desarrollo de técnicas de investigación, 4 Construcción y diseño de la propuesta de promoción en salud mental. 5 Devolución y validación de emergentes con la comunidad. A partir de la revisión documental se priorizaron los municipios del departamento de Nariño con mayores índices e impacto de la violencia en el marco del conflicto armado. Seguidamente, se realizó un muestreo propositivo, eligiendo informantes en función del tipo. Se abordó la dimensión general del pueblo Awá de la costa Pacífica, la dimensión particular en función de la Comunidad Agua Clara y la dimensión singular de niños, niñas y adolescentes Awá de la comunidad Agua Clara. El principal hallazgo para formular la estrategia fue entender que la imposición de relaciones de producción desde una cultura capitalista y el ejercicio de poder a través de la violencia contra estos pueblos originarios pone en alto riesgo la pervivencia física y cultural, produciendo efectos en la salud mental de menores de edad sujetos de derechos. A partir de los datos se puede concluir que el análisis de la determinación social de la salud mental posibilita estrategias de base comunitaria diferenciadas que permiten garantizar el respeto por la diversidad y la pertinencia de las intervenciones.

Palabras clave: salud mental, niños, adolescentes, población indígena, conflicto armado (DeCS)

Survivors of the Armed Conflict in Nariño: Community Strategy for the Promotion of Mental Health Aimed at Awá Children and Adolescents

Abstract

In Colombia and especially in Nariño, there are not enough studies and interventions in mental health promotion for indigenous children and adolescents in the context of the armed conflict from a perspective of social determination of health. Thus, the purpose of this study was to validate a non-colonizing mental health promotion intervention strategy, putting the community's popular knowledge first. The research was framed within the Social Critical epistemological paradigm and the Qualitative methodological paradigm, with a Critical Ethnography approach. The field work was developed in five cyclical phases: 1 Documentary review. 2 Entry into the field. 3 Development of research techniques, 4 Construction and design of the mental health promotion proposal. 5 Return and validation of emerging data with the community. Based on the documentary review, the municipalities in the department of Nariño with the highest rates and impact of violence in the context of the armed conflict were prioritized. Next, a purposive sampling was carried out, choosing informants according to type. The general dimension of the Awá people of the Pacific coast, the particular dimension in terms of the Agua Clara community and the singular dimension of Awá children and adolescents of the Agua Clara community were approached. The main finding to formulate the strategy was to understand that the imposition of production relations from a capitalist culture and the exercise of power through violence against these native peoples puts their physical and cultural survival at high risk, producing effects on the mental health of minors who are subjects of rights. From the data, it can be concluded that the analysis of the social determination of mental health enables differentiated community-based strategies that guarantee respect for diversity and the relevance of interventions.

Keywords: mental health, children, adolescents, indigenous population, armed conflict (DeCS).

Tabla de Contenidos

Introducción.....	12
Capítulo 1. Problema	15
1.1 Planteamiento del Problema	15
1.2 Formulación del Problema.....	20
1.3 Sistematización del Problema	20
1.4 Justificación	21
1.5 Objetivos	22
1.5.1 Objetivo General	22
1.5.2 Objetivos Específicos	23
Capítulo 2. Marco de Referencia	24
2.1 Marco Teórico.....	24
2.2 Marco de Antecedentes.....	28
2.2.1 Recomendaciones de Cambio de Enfoque en el Estudio del Tema	28
2.2.2 Impacto Psicosocial de las Afectaciones del Conflicto en la Salud Mental.....	30
2.2.3 Afectaciones hacia Población Indígena.....	31
2.2.4 Metodología de los Estudios Impacto Psicosocial de las Afectaciones del Conflicto en la Salud Mental.....	32
Capítulo 3. Materiales y Método	38
3.1 Modalidad de Trabajo de Grado	39
3.2 Paradigma Epistemológico	39
3.3 Paradigma Metodológico	39
3.4 Enfoque	39
3.5 Participantes.....	39
3.6 Caracterización de la Unidad de Trabajo.....	40
3.7 Técnicas de Recolección de Información	40
3.7.1 Revisión Documental	40
3.7.2 Entrevista Etnográfica	41
3.7.4 Grupos de Creación Participativa.....	42
3.7.6 Observación Participante.....	42

3.8 Trabajo de Campo.....	42
3.9 Procesamiento y Organización del Material de Campo.....	44
3.9.1 Plan de Análisis de los Datos	44
3.9.2 Categorías de Análisis	45
3.9.3 Elementos Éticos y Bioéticos	46
Capítulo 4. Contexto de Conflicto Armado en Territorio Indígena Awá	47
4.1 Mapeo Situacional del Departamento de Nariño	47
4.2 Priorización de Municipios del Departamento de Nariño con Mayores Índices de Violencia en el Marco del Conflicto Armado.....	49
4.3 Impacto de la Violencia en el Marco del Conflicto Armado en Pueblos Indígenas Colombianos	51
4.4 Impacto de la Violencia en el Marco del Conflicto Armado en el Pueblo Indígena Awá Colombiano del Departamento de Nariño	51
4.1.5 Inequidades Sociales e Implicaciones de la Violencia en el Marco del Conflicto Armado en el Pueblo Indígena Awá Colombiano del Departamento de Nariño	54
4.1.6 Organización política y social de la Comunidad Agua Clara del pueblo indígena Awá Colombiano del departamento de Nariño.....	57
Capítulo 5. Determinación Social de la Salud y Promoción de la Salud Mental: Un Análisis Crítico no Colonizador	60
5.1 Dimensión General: Procesos Críticos en Salud Mental	60
5.2 Dimensión Particular: Procesos Críticos de Salud Mental	62
5.3 Dimensión Singular: Procesos Críticos de la Salud Mental	67
5.4 Estrategia de promoción en salud mental en niño, niñas y adolescentes de la comunidad de Agua Clara del pueblo indígena Awá sobrevivientes al conflicto armado en Nariño.	74
5.4.1 Elementos Constitutivos de la Estrategia Comunitaria en Promoción de la Salud Mental.....	74
Capítulo 6 Discusión, Conclusiones y Recomendaciones.....	89
Referencias	96
Anexos.....	¡Error! Marcador no definido.

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Eventos con afectaciones directas a niños, niñas y adolescentes en Colombia y en Nariño</i>	16
Tabla 2. <i>Estudios de revisiones sistemáticas e informes recomendaciones de cambio de enfoque en el estudio del tema</i>	30
Tabla 3. <i>Metodología utilizada en los estudios cuantitativos</i>	32
Tabla 4. <i>Metodología utilizada en los estudios cualitativos</i>	34
Tabla 5. <i>Estudios de revisiones sistemáticas e informes</i>	34
Tabla 6. <i>Metodología utilizada en los estudios cuantitativos</i>	36
Tabla 7. <i>Metodología utilizada en los estudios cualitativos</i>	37
Tabla 8. <i>Estudios de revisiones sistemáticas e informes</i>	37
Tabla 9. <i>Características de los participantes con los cuales se desarrollaron las entrevistas</i>	41
Tabla 10. <i>Matriz ajustada de codificación selectiva</i>	45
Tabla 11. <i>Comisión de hechos victimizantes en contra del pueblo indígena Awá, desde la firma de acuerdo de Paz (2016) hasta la actualidad (2022)</i>	54
Tabla 12. <i>Población Awá censada por municipio y resguardo en Nariño (mayor a 150 indígenas Awá), 2018</i>	55
Tabla 13. <i>Desigualdades sociales del pueblo indígena Awá</i>	56
Tabla 14. <i>Matriz de procesos críticos de la dimensión general</i>	61
Tabla 15. <i>Matriz de procesos críticos de la dimensión particular</i>	63
Tabla 16. <i>Matriz de procesos críticos- dimensión singular (estilos de vida)</i>	68

Lista de Figuras

Figura 4: Línea de tiempo presencia de grupos armados, organizaciones criminales 1980-2022.	48
Figura 5: Impacto de violencia en los municipios del Departamento de Nariño.....	50
Figura 6: Ubicación geográfica del pueblo Awá	52
Figura 7: Ubicación Geografica de la Comunidad Agua Clara	58
Figura 8: Estrategia de promoción en salud mental niños, niñas y adolescentes comunidad Agua Clara del pueblo indígena Awá Colombiano Departamento de Nariño.	77

Introducción

Las estadísticas disponibles según el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) (2022) comprueban que los efectos de los conflictos armados y la violencia alcanzaron el nivel más alto en los últimos cinco años. Según Marroquín et al. (2020) a nivel mundial, uno de cada diez niños vive en regiones afectadas por conflictos armados. Colombia es uno de los países con mayor presencia de actos violentos (Comer y Kendall, 2007; Hewitt et al., 2014), en coherencia con el monitoreo realizado por el Observatorio de la Niñez y Conflicto Armado de la Coalición Contra la Vinculación de Niños, Niñas y Jóvenes al Conflicto Armado en Colombia, se puede destacar que desde el del año 2013 hasta el año 2020 se han presentado 2.861 eventos con afectaciones directas a niños, niñas y adolescentes.

De este modo, y centrando la atención en el departamento de Nariño, vale la pena mencionar que en el año 2020 el número de eventos que afectaron directamente a niños, niñas y adolescentes se duplicaron. Según el informe de violencia territorial en Colombia (2022) se reporta el mayor impacto de la violencia en Nariño, en el corredor Pacífico y en varios municipios de frontera donde operan economías ilícitas.

Es así como en las zonas de la periferia con limitada presencia estatal hay territorios habitados por población indígena Awá, reconocido como uno de los pueblos mayormente victimizados de manera histórica y sistemática por el conflicto armado. Adicionalmente, en el territorio del pueblo Awá se presentan inequidades de carácter estructural que le otorgan mayor grado de vulnerabilidad, por ejemplo, 33,4% de la población Awá colombiana vive en situación de miseria, 73,4% tiene al menos alguna necesidad básica insatisfecha, apenas 28,4% cuenta con electricidad y 45,8% (DANE, 2018) conforman sus hogares por cinco o más personas; estas condiciones de marginalidad, sumadas a la falta de acceso a servicios de salud, y más aún, servicios de salud mental, se acompañan por el impacto de la violencia visible e invisible en el marco del conflicto armado.

Así pues, el conflicto armado es un proceso multicausal al relacionarse con el narcotráfico, las confrontaciones armadas, los dominios territoriales, la debilidad estructural del estado y los intereses políticos (Sánchez y Agudelo, 2020); es multiescalar porque intervienen diferentes actores (Méndez, 2011) y es multidimensional porque afecta el entorno social, económico, político, cultural y de salud de las personas más vulnerables como los pueblos indígenas, por cuenta de acciones de violencia directa, estructural y cultural (Galtung,

2003), que violan derechos humanos, infligen el Derecho Internacional Humanitario (Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, 2020) y produce graves secuelas en la salud mental de las personas (Kamali et al., 2020; Cuartas et al., 2019; Jayuphan et al., 2020; Campo-Arias et al., 2014; Villaverde et al., 2000), especialmente, daños psicosociales inmediatos y a largo plazo (Kadir et al., 2018).

En relación con lo expresado anteriormente, se evidencia que el grupo humano más afectado en la población indígena Awá fueron los niños y las niñas, junto con los adolescentes, quienes manifiestan conductas internalizadas y externalizadas a causa del conflicto armado. En este contexto, la situación de los menores de edad hace un llamado de atención priorizado hacia la comprensión de las dinámicas del conflicto desde un análisis de la determinación social de la salud que posibiliten intervenciones pertinentes a sus necesidades particulares.

Desde este panorama, se plantean dos razones principales para la realización de la presente investigación: la primera se orienta hacia una respuesta alternativa a la dada por el Estado colombiano durante este largo proceso de conflicto (Corte Suprema de Justicia de la República de Colombia, 2004; Sánchez y Lamus, 2019), dejando en evidencia que la atención en salud mental proporcionada a esta población no es realizada como lo estipula la ley, así como tampoco se profundiza en procesos de promoción de la salud mental de niños, niñas y adolescentes sobrevivientes; la segunda se orienta desde la necesidad de profundizar desde la determinación social en la salud mental de estas personas, puesto que esto provee ventajas explicativas sobre la afectación diferencial con fines de formulación e implementación de planes, proyectos y estrategias basadas en la comunidad. Que contribuyan a mitigar las consecuencias negativas del conflicto (Barrón y Sánchez, 2001).

Sobre las bases expuestas, la finalidad del presente estudio es generar una estrategia de promoción en salud mental no colonizadora, que cuestione la aceptación pasiva de la medicalización de la salud mental, poniendo en primer lugar el saber popular de la comunidad, orientando su construcción desde campos de estudio de la salud colectiva, la determinación social de la salud, la promoción de salud emancipadora, la salud mental positiva, entre otros campos de estudio que se inscriben en el centro del análisis de las relaciones de poder y de la salud, no como un estado de bienestar, sino como un proceso de salud -enfermedad basado en una reflexión socio-histórica, que supera el causalismo.

Pues bien, la tesis se compone de seis capítulos, que en su conjunto dan respuesta a la pregunta de investigación al respecto de cómo validar una intervención en salud mental no colonizadora dirigida a niños, niñas y adolescentes del pueblo indígena Awá de Agua Clara, sobrevivientes del conflicto armado en el departamento de Nariño. En el primer capítulo, se expone el planteamiento del problema. El segundo capítulo se retoma estudios previos y hallazgos reportados a nivel nacional e internacional sobre la salud mental de niños, niñas y adolescentes en el marco del conflicto armado y la orientación teórica que enmarca la presente investigación. El tercer capítulo describe la metodología. El cuarto capítulo aborda el contexto del conflicto armado en el territorio indígena Awá a partir de un mapeo situacional del conflicto armado en el departamento de Nariño y el impacto de la violencia en los territorios del pueblo indígena Awá; mientras que en el capítulo cinco se presenta un análisis de la salud mental de niños, niñas y adolescentes Awá sobrevivientes al conflicto armado desde la mirada de la determinación social, con el fin de plantear la formulación de una estrategia comunitaria no colonizadora en promoción en salud mental de niños, niñas y adolescentes Awá sobrevivientes del conflicto armado en Nariño; finalmente, el capítulo seis expone la discusión y reflexión sobre los hallazgos encontrados, limitaciones, recomendaciones y conclusiones.

Capítulo 1. Problema

Planteamiento del Problema

Para comprender el fenómeno del conflicto armado y sus implicaciones en la salud mental de niños, niñas y adolescentes a partir del análisis de la determinación social de la salud se hace necesario abordar en primera instancia la magnitud de esta problemática, así pues, en el estudio de Marroquín et al. (2020) se menciona que en todo el mundo, hay 51 conflictos armados en curso y aproximadamente 65 millones de personas desplazadas, en este sentido, a nivel mundial, uno de cada 10 niños vive en regiones afectadas por conflictos armados y es de rescatar que la mayoría de estos conflictos ocurren en países de ingresos bajos y medios (Brown et al., 2017), este es el caso de Colombia. Según un informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2009), más de mil millones de menores de 18 años están creciendo en regiones donde los actos de violencia política y conflictos armados son normalizados (Cummings et al., 2017).

En este marco, el conflicto armado es una realidad que posiciona a Colombia como uno de los países con mayor presencia de actos violentos (Comer y Kendall, 2007; Hewitt et al., 2014). Según la Red Nacional de Información, Registro Único de Víctimas (RUV), con corte a 31 de julio (2021) 9.165.126 personas han declarado ser victimizadas en el marco del conflicto armado en el país; por ejemplo, el año 2020 estuvo marcado por hechos asociados a masacres y asesinatos selectivos en varias regiones del país, se reportó que por lo menos 24 niñas, niños y adolescentes murieron como resultado de las 66 masacres, sumado a esto, se recibió información sobre el asesinato de por lo menos 120 defensores de derechos humanos (Observatorio de Niñez y Conflicto Armado, 2020). Por otra parte, la Alta Comisión de Naciones Unidas por los Derechos Humanos (2022), reportó un incremento de violencia en zonas rurales, afectando en gran magnitud la vida comunitaria indígena, campesina y afrodescendiente.

Así pues, entre los departamentos de Colombia con un nivel crítico de violencia se encuentran Nariño y Cauca; y al interior de Nariño, los municipios de frontera y de la zona del corredor Pacífico presentan niveles aún más críticos de violencia, los cuales superan a todos los departamentos del país (Alta Comisión de Naciones Unidas por los Derechos Humanos, 2022).

En relación con lo anterior, el monitoreo presentado por la Coalición contra la vinculación de niños, niñas y jóvenes al conflicto armado en Colombia (COALICO) (ver Tabla 1) se puede destacar que, en Colombia, desde el año 2013 hasta el año 2020 se han presentado 2.861 eventos con afectaciones directas a niños, niñas y adolescentes; específicamente, en Nariño se reporta un mayor número de eventos entre los años 2013 a 2015, así también, es importante destacar que el 2020 duplica en número de eventos reportados con relación al 2019 (COALICO).

Tabla 1.

Eventos con afectaciones directas a niños, niñas y adolescentes en Colombia y en Nariño.

Eventos registrados en Colombia	Eventos registrados en Nariño	Año
197	20	2020
222	10	2019
213	19	2018
166	5	2017
165	16	2016
403	145	2015
644	92	2014
851	68	2013

Fuente. Elaboración propia basado en los boletines de monitoreo presentado por la Coalición contra la vinculación de niños, niñas y jóvenes al conflicto armado en Colombia (COALICO) desde el 2013 hasta el 2020.

En suma, se puede mencionar que durante los periodos monitoreados se identifica la persistencia de los efectos del conflicto armado en la vida de niños, niñas y adolescentes, con mayor fuerza en algunos periodos, como es el caso del año 2020. Un factor adicional para tener en cuenta en el análisis de los datos reportados para el referenciado año es el relacionado con la situación de pandemia por COVID-19 que intensificó la afectación a los derechos humanos de la población objeto de estudio; a lo anterior, se suma el cierre de las escuelas como una acción preventiva y el aumento de casos de violencia intrafamiliar asociado al confinamiento, situación que agudizó el riesgo de reclutamiento y uso de niñas y niños por parte de los diferentes actores armados que siguen manteniendo control territorial en diferentes regiones del país (Observatorio de Niñez y Conflicto Armado, 2020).

Además, según el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) (2022) la mayoría de los efectos de los conflictos armados y la violencia alcanzaron el nivel más alto en los últimos cinco años. Por su parte, el Observatorio de Niñez y Conflicto Armado, reportó que durante el

2017 se presentaron 46 eventos asociados al desplazamiento forzado que afectaron a más de 2.400 niños, niñas y adolescentes, principalmente en los departamentos de Nariño, Chocó, Valle del Cauca, Antioquia y Norte de Santander (Alianza por la Niñez Colombiana, 2018).

Así también, el desplazamiento forzado como hecho victimizante y consecuencia del conflicto armado, se asocia con la violencia sexual y la violencia intrafamiliar (Alianza por la Niñez Colombiana, 2018), por ejemplo, en el año 2016 se reportaron 6.188 casos de violencia sexual contra niñas de 10 a 13 años, con una impunidad de más del 90% (Alianza por la Niñez Colombiana, 2017). De igual manera, se puede evidenciar un escenario de riesgo en el entorno educativo de niños y jóvenes, destacándose la deserción escolar y la desescolarización en un 37,8%, el ausentismo en un 23,6%, la afectación del calendario escolar en un 16,2%, la dificultad de acceso a las instituciones y los daños a la infraestructura (Defensoría del Pueblo, 2018; Alianza por la Niñez Colombiana, 2018).

Análogamente, la orfandad de niños y niñas es un serio problema emergente del conflicto armado, para 2013 el ICBF encontró 951 niños, niñas y adolescentes huérfanos en los departamentos de Antioquia, Casanare y Nariño (Alianza por la Niñez Colombiana, 2018). Además, se habla también de reclutamiento forzado, frente la cual existe una alta impunidad, teniendo en cuenta que entre 1999 y octubre 31 de 2014, de los 5.645 niños, niñas y adolescentes que han sido atendidos como víctimas por este delito, solo se había remitido 20% de los casos a las entidades competentes para el inicio de procesos judiciales (Defensoría del Pueblo, 2014), esto sumado a las deficiencias metodológicas y conceptuales del Estado para recolectar la información (Cortés y Castañeda, 2017).

Al sur del país, en los departamentos de Caquetá, Cauca, Nariño y Putumayo se acentúa la vulnerabilidad de la población, puesto que los intereses económicos de los grupos guerrilleros, paramilitares y narcotraficantes, se entremezclan con carencias estructurales (Médicos sin fronteras, 2013) en las que el enfrentamiento entre los diferentes grupos armados han sido constante por los intereses políticos, económicos y territoriales que influyen en la economía local, urbana y en las alternativas del desarrollo frente a los desafíos de la descentralización y la globalización (Consejería Presidencial para los Derechos Humanos, 2012).

En este contexto, el control de fuentes económicas a partir de la explotación de recursos naturales y los cultivos de uso ilícito ha hecho que las zonas rurales colombianas se

conviertan en importantes ejes de disputa por el control de territorio entre los actores armados, resaltando la utilización de mecanismos de violencia como estrategias de guerra para imponer su poder. Al respecto, tras fumigaciones y operaciones militares desarrolladas por el Estado en Putumayo, los grupos armados trasladaron la mayoría de los cultivos ilícitos hacia los territorios indígenas Awá y de las comunidades negras del departamento de Nariño. Así pues, Nariño goza de una ubicación geográfica estratégica para el transporte y movilidad de armas y drogas, en general el desarrollo de actividades ilícitas de alta rentabilidad, al conectar la cordillera Central, el océano Pacífico y el Ecuador (Aguilar-Gómez Et. Al, 2016).

Desde esta perspectiva, el Instituto Nacional de Salud refiere una importante asociación del conflicto armado y diversas vías de afectación en el ámbito económico, sociocultural, ambiental, en la infraestructura vial y de servicios públicos, en el contexto político y en los servicios de salud, y la importante incidencia que tiene sobre el estado de salud de las personas (Instituto Nacional de Salud, 2017).

Así, los sistemas de estratificación y la estructura social se relacionan con eventos estresantes que a su vez tienen influencia sobre el estado de salud mental de las personas (Barrón y Sánchez, 2001). Así pues, se puede mencionar que la salud mental de la población está ligada a factores macro sociales y macroeconómicos influenciados por las políticas gubernamentales (OPS, 2009). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012) estima que del 10 al 20% de las víctimas de conflicto armado en todo el mundo, presentan alteraciones en la salud mental. En Colombia, este porcentaje se incrementa considerablemente, puesto que hasta el 63% de las víctimas de conflicto armado informan síntomas emocionales con importancia clínica y hasta el 33% reúne criterios formales de trastorno mental (Campo-Arias et al., 2014). A nivel regional, en el departamento de Nariño se resaltan los adolescentes como la población que presenta mayor porcentaje en problemas de salud mental, sin pasar por alto que 4 de cada 10 niños presentan algún problema mental (Gobernación de Nariño, 2016).

De esta manera, entre las afectaciones psicológicas que presentan los niños y adolescentes como producto de la violencia en el marco del conflicto, se encuentran conductas internalizadas y conductas externalizadas, destacándose la depresión, ansiedad y baja autoestima, ruptura de normas, agresión y consumo de drogas, (Hewitt, et al., 2014), pensamientos suicidas (Chaparro-Narvaez, 2017). Asimismo, se han demostrado dificultades

en el desarrollo (Mels, 2012), problemas de atención, problemas cognitivos con ideas distorsionadas sobre lo ocurrido, culpa, vergüenza, inseguridad, indefensión, agresividad, pérdida de relaciones interpersonales o pérdida de confianza en el futuro, desarrollo de conductas regresivas, angustia por la separación de sus padres, miedo, trastornos del sueño, inestabilidad emocional, entre otros, las que dependen de la etapa de desarrollo y del tipo, grado e intensidad de los hechos victimizantes (Cohen & Mannarino, 2008; López, 2007; Pereda 2012; Hewitt, et al., 2014).

Así también, es importante mencionar la posible afectación en los distintos niveles y entidades, como la familia, el grupo o toda la población, al incidir con el deterioro de las relaciones sociales, la convivencia, un empeoramiento de la capacidad colectiva de trabajar y amar (Cortes y Castañeda, 2020). Planteamiento que guarda coherencia con la postura de Martín Baró quien concibe la salud y el trastorno mental desde una perspectiva que va del todo a las partes, de la exterioridad colectiva a la interioridad individual (Cortes y Castañeda, 2020).

En adición a lo comentado, se encuentra que el sistema de salud no ha dado la respuesta más adecuada a la carga de trastornos mentales, puesto que las respuestas se basan en la atención psiquiátrica que sirve solo a un número muy reducido de personas que puede ser atendida (Rodríguez et al., 2002). En consecuencia, la disconformidad entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo (Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, 2015). De hecho, el reporte de desequilibrio presentado por la OMS, en el cual, gran parte del gasto en salud mental (67%) va a instituciones de salud mental en lugar de atención primaria y comunitaria que puede llegar a más personas. De igual manera, se reporta el exceso de dominio de los tratamientos farmacológicos en atención psicosocial, resaltando el uso ineficiente de los pocos recursos destinados a salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2011).

De esta manera, Castillo y Fajardo (2021) al respecto de la prestación de servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes en zonas de guerra, manifiestan que no se muestra existencia de lineamientos, protocolos o guías de atención, aspectos de tratamiento, ni formación del talento humano, ni las especificaciones de atención diferencial entre niveles de complejidad o articulación con servicios sociales y recursos comunitarios. Aún más, América Latina presenta poca investigación al respecto (Bell et al., 2012) y en Colombia la afectación

de la salud mental de este grupo humano en contextos de guerra no ha sido profundizado a nivel diferencial (Marroquín, et. al, 2020; Tamayo-Agudelo y Bell, 2019; Shenoda et al., 2018).

En este sentido, Hewitt et al. (2014) refieren que la afectación psicológica resultante se constituye como un problema de salud pública sobre el que existe escasa investigación (Alianza por la Niñez Colombiana, 2018). Teniendo en cuenta estos antecedentes, se puede deducir que la salud mental a nivel internacional, nacional y departamental exige mayor atención por parte de los entes gubernamentales y la comunidad científica.

En síntesis, la atención en salud mental como se viene orientando, representa una respuesta médica y social inapropiada, dada la ineficiencia y el alto costo económico que perpetúa el estigma y el aislamiento. En este sentido, para lograr una mejora significativa en la atención a salud mental es fundamental que las personas reciban atención en sus propias comunidades, lo que favorecerá la interacción social y las redes de apoyo (OPS, 2009). Tanto en Colombia como en América Latina hay un vacío de conocimiento sobre la salud mental de niños y adolescentes en el marco del conflicto armado a partir de la perspectiva de la determinación social e intervenciones desde la promoción de la salud, aun cuando la población infantil y adolescente en contextos de guerra debe ser priorizada (Cummings et al., 2017).

Formulación del Problema

El presente estudio tiene como pregunta central ¿Cómo validar una intervención no colonizadora en promoción de la salud mental de niños y adolescentes víctimas del conflicto en el pueblo Awá integrantes de la comunidad de Agua Clara en el departamento de Nariño?

Sistematización del Problema

¿Cuáles son los recursos y necesidades en salud mental desde el análisis de la determinación social de la salud de niños, niñas y adolescentes de la comunidad de Agua Clara en el pueblo indígena Awá sobrevivientes al conflicto armado en el departamento de Nariño?

¿Cuáles son los elementos constitutivos de una estrategia comunitaria de promoción de salud mental dirigida a niños y adolescentes de la comunidad de Agua Clara integrantes del pueblo indígena Awá sobrevivientes al conflicto armado en el departamento de Nariño?

¿Cómo diseñar una estrategia comunitaria de promoción de la salud mental dirigida a niños y adolescentes de la comunidad de Agua Clara integrantes del pueblo indígena Awá sobrevivientes al conflicto armado en el departamento de Nariño?

Justificación

Colombia ha desarrollado un largo proceso jurídico y político en cuanto al reconocimiento de las víctimas y sus derechos, este a su vez, ha dejado como productos múltiples sentencias judiciales, leyes y decretos que contienen medidas para la atención y reparación integral y prioritaria de las víctimas del conflicto armado interno (Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, 2020).

Ejemplificando lo anterior, es conveniente mencionar la Ley 1448 de 2012, la concertación y construcción del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 el cual incluyó la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, el Plan Nacional para Atención y Reparación Integral de Víctimas (PAPSIVI) de 2013. Así también, y al respecto de comunidades originarias, el Estado colombiano en cabeza de la Corte Constitucional emitió el Auto A-004-0927 para la protección de los derechos fundamentales de las personas y los pueblos indígenas desplazados por el conflicto armado interno o en riesgo de desplazamiento forzado, en el marco de la superación del estado de cosas inconstitucional declarado en la sentencia T-025-0428 ante la vulnerabilidad de la población desplazada.

De igual manera se cuenta con la expedición de la Ley 1616 de 2013. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, se hace evidente la brecha existente entre lo plasmado en los documentos y la realidad que viven las víctimas rurales y urbanas de conflicto armado. Evidencia de lo anterior es el Auto A-174-1130, específico para el pueblo Awá, en el cual se hace llamado urgente al Estado colombiano a proteger la vida y los derechos de esta población, no obstante, el exterminio del pueblo Awá continúa.

Así también, se puede mencionar el Auto 474 de 2017 de la Corte Constitucional de la República de Colombia, en el cual, se menciona que el PAPSIVI no está cumpliendo con su objetivo de garantizar la atención psicosocial y atención integral en salud física y mental con enfoque psicosocial a las víctimas del conflicto armado; en el Auto 474, 2017 se alerta de un posible retroceso en la atención psicosocial de las víctimas, mediante la implementación del PAPSIVI; en consonancia con esto, Sánchez y Lamus (2019) afirman que no hay diferencias

entre la calidad de vida de las personas que fueron atendidas y las que no por el PAPSIVI, además, existe ausencia de información respecto a la medición del impacto de la estrategia, debilitándose la confianza de las comunidades y legitimidad del estado.

En ese sentido, plantear estrategias de intervención en promoción de la salud mental desde la mirada de la determinación social dirigidas a niños, niñas y adolescentes indígenas Awá sobrevivientes del conflicto es una necesidad, ya que puede contribuir a mitigar trastornos mentales, así como llegar a resultados menos desafortunados de revictimización, institucionalización y medicación que generan un impacto negativo en la calidad de vida de esta población y contribuyen al coste económico en salud. En esta línea, la OMS (2005) reconoce la necesidad de integrar la asistencia de atención primaria en salud mental para reducir la marginalización de la salud mental en los servicios sanitarios generales y afrontar la estigmatización y la exclusión de las personas con trastornos mentales. Así también, se pretende proporcionar evidencia de que la intervención sobre las circunstancias sociales, económicas y ambientales de niños y adolescentes víctimas de conflicto armado tiene un potencial considerable para promover su salud mental y prevenir la presencia de trastornos mentales.

Por otra parte, la profundización en esta temática permitirá articular conocimiento que complementa las acciones planeadas por entes de salud regional y así mismo se puede aportar acciones concretas con el fin de promover la salud mental cuando esta no ha sido afectada y protegerla en caso de que haya factores de riesgo latentes. Más aún, resulta fundamental generar nuevas evidencias del impacto del conflicto armado en la salud mental desde el marco de la determinación social, resaltando la importancia de garantizar una atención integral a las víctimas. Sin dejar de mencionar que las intervenciones en las primeras etapas de la vida de un niño pueden prevenir los trastornos mentales tanto a corto como a largo plazo y le permite maximizar su potencial.

Objetivos

Objetivo General

Validar una intervención no colonizadora en promoción de salud mental en niños y adolescentes de la comunidad de Agua Clara integrantes del pueblo indígena Awá sobrevivientes al conflicto armado en el departamento de Nariño.

Objetivos Específicos

Reconocer los recursos y necesidades en salud mental desde el análisis de la determinación social de la salud de niños, niñas y adolescentes de la comunidad de Agua Clara integrantes del pueblo indígena Awá sobrevivientes al conflicto armado en el departamento de Nariño.

Construir de manera participativa los componentes de una estrategia comunitaria de promoción de salud mental dirigida a niños, niñas y adolescentes de la comunidad de Agua Clara integrantes del pueblo indígena Awá sobrevivientes al conflicto armado en el departamento de Nariño.

Diseñar una estrategia comunitaria de promoción de la salud mental dirigida a niños, niñas y adolescentes de la comunidad de Agua Clara integrantes del pueblo indígena Awá sobrevivientes al conflicto armado en el Departamento de Nariño.

Capítulo 2. Marco de Referencia

Marco Teórico

A partir de una reflexión crítica de los hallazgos encontrados en la literatura, se consideró un análisis reflexivo del concepto de salud y salud mental como intento de apartarlos de la comprensión medicalizada e institucionalizada que ha venido rigiendo desde tiempo atrás; así pues, reconocer la inexistencia del uno sin el otro desde una reflexión socio histórica enmarcada en una organización social regida por relaciones de poder y derechos, ha orientado la mirada desde una salud colectiva, que ubica las causas de la desigualdad en la naturaleza de las formas de producción y en la distribución de la riqueza de una sociedad (López, 2017).

Esta mirada, da la posibilidad de comprender el proceso salud-enfermedad a partir de una perspectiva histórica que plantea una determinación de los grupos sociales de acuerdo con las formas particulares de inserción social de sus miembros, es decir, según su participación en procesos de producción y reproducción social (Bertolozzi y De la Torre, 2012); más aún, la salud colectiva se centra en las necesidades sociales de salud, no únicamente los problemas de salud que se limitan a riesgos, enfermedades y muertes, se considera que las necesidades de salud no se agotan en el concreto de los indicadores de salud y de producción de los servicios.

Por lo anterior, desde esta perspectiva de salud colectiva se plantea la determinación social del proceso colectivo de protección de la salud, es decir, articula la salud-enfermedad a los procesos generales, estructurales de la sociedad y a los procesos particulares y singulares. De este modo se llega a la comprensión de la influencia de la organización social sobre la experiencia vivida en los diferentes ciclos vitales y el estado de salud o enfermedad y la calidad de vida que posean las personas (Bertolozzi y De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, 2012).

En efecto, la determinación social es una forma de superar el causalismo, en cuanto se refiere a la producción o génesis de la salud; la noción de reproducción social (en las dimensiones general-particular-singular) se plantea como superación del empirismo aplanado. La determinación social se puede ver influida entre las dimensiones general, particular y singular; se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general (Breilh, 2013); en el proceso se dan formas de subsunción en las cuales los procesos de la dimensión más simple se desarrollan bajo subsunción respecto a las más complejas y entonces

aparece que la relación social-natural, o social-biológico ocurre como un movimiento entre partes de un todo vinculado, la naturaleza.

De este modo, las partes implican niveles de complejidad variables, sujetos a ciertas condiciones dinámicas que tienen una estabilidad apenas relativa, en donde existe un movimiento de cambio permanente del patrón de transformaciones mutuas que se establece entre los organismos y el ambiente (Breilh, 2013). En otras palabras, la determinación social de la mano con la epidemiología crítica, permite comprender el proceso de salud o en el caso particular de la salud mental, como un complejo intercambio de contradicciones entre la reproducción del orden global que busca conservar sus dinámicas y lo más simple de lo individual que desde su cambio puede llegar a transformar; en esta línea, el movimiento que genera esta lucha de contradicciones llevan a las personas a subsumirse en procesos que protegen la vida versus procesos destructivos o en palabras de Jaime Breilh (2013) contravalores.

Complementariamente a esta concepción de salud, se encuentra la propuesta de Chapela (2007), la cual entiende la salud como la capacidad humana de construir futuros posibles y de ejercer la libertad desde la reflexión crítica y la resignificación de las marcas del cuerpo concebido como territorio, donde se ejerce el poder que lleve a las personas a la práctica intencionada que tiene como producto la palabra, que permite nombrar la existencia propia y la del otro como reflejo de la conciencia y flexibilidad de la vida vivida y de un proyecto que puede estar orientado por deseos propios, o por deseos de otros que dan las indicaciones de lo que se debe y no se debe hacer, sumiendo a una práctica subordinada a intenciones ajenas. Al respecto, promover la salud significa promover el ejercicio y desarrollo de las capacidades humanas en una lucha de poderes e intercambio de capital (Chapela, 2007).

Desde esta línea, se retoma la salud mental positiva desde la mirada de Lluch (2002) quien la concibe desde la presencia de salud y el desarrollo de habilidades y capacidades humanas entre las que se encuentra: la satisfacción personal que se relaciona con el auto concepto; la satisfacción con la vida personal y las perspectivas de futuro; la actitud prosocial entendida como una predisposición activa hacia lo social o una actitud socialaltruista y de apoyo hacia las personas que incluye su aceptación; el autocontrol que se entiende como la capacidad para el afrontamiento de situaciones conflictivas y estrés, e incluye aspectos de equilibrio y control emocional; la autonomía, que hace referencia a la capacidad de tener

criterios propios de independencia, seguridad, confianza en sí mismo y autorregulación de la conducta; la resolución de problemas y autoactualización refieren la capacidad de análisis y toma de decisiones; la flexibilidad y adaptación a cambios con una actitud de crecimiento y desarrollo personal; y finalmente, la habilidad de relación interpersonal, que incluye la capacidad empática y habilidad para brindar apoyo emocional y establecer relaciones interpersonales íntimas (Lluch, 1999).

A partir de lo anterior, y en el marco de estudio relacionado con el conflicto armado, vale la pena mencionar el modelo sociopsicológico de salud mental (Barrón y Sánchez, 2001), el cual, posibilita la comprensión de cómo los eventos estresantes se relacionan con la estructura social y con los sistemas de estratificación, estos sistemas producen una distribución desigual de los recursos, de las oportunidades, y por ello, un bajo estatus puede ser en sí mismo origen de condiciones vitales estresantes (Barrón y Sánchez, 2001).

En síntesis, Barrón y Sánchez (2001) proponen una relación entre estructura social y salud mental que especifica dos niveles de mediación: en el primero, se sitúan las experiencias sociales (alienación) y ambientales (estrés) y la integración comunitaria, producto de la posición socioeconómica de las personas; en el segundo, se recoge las mediaciones psicológicas y psicosociales a través de las cuales dichas experiencias sociales y ambientales se conectan con la salud y la enfermedad mental teniendo en cuenta los recursos de afrontamiento de la persona (estilos de afrontamiento, autoestima y apoyo social).

Así las cosas, la posición social se relaciona con las diferentes medidas de salud mental a través de su relación con ciertas variables mediadoras, algunas de ellas pertenecientes al nivel colectivo y ambiental. Por su parte, los niveles de alienación aumentan a medida que descende la escala socioeconómica, es decir, que las posiciones desventajosas generan altos niveles de indefensión, anomia, enajenación cultural, entre otras, si simultáneamente, estas experiencias tienen un impacto negativo sobre la salud mental.

Por otra parte, otro de los mediadores es la integración comunitaria, donde se demuestra una relación positiva entre posición social e integración comunitaria, de forma que las personas que gozan de posiciones más ventajosas tienen una mayor integración comunitaria y las personas más integradas en su comunidad perciben mayor apoyo psicológico, lo que repercute positivamente en su salud mental. En relación con el estrés, existe una asociación negativa entre posición socioeconómica y sucesos vitales negativos, es

decir, que los sucesos vitales estresantes no se distribuyen aleatoriamente entre los miembros de la sociedad, sino que están determinados por el estatus ocupado por las personas, por su parte, el apoyo social tiene un efecto amortiguador sobre esto (Barrón y Sánchez, 2001).

En lo relativo al conflicto armado, se reconoce como proceso multidimensional al manifestarse y generar grandes impactos en diferentes esferas como la política, social, económica, cultural y militar; asimismo, de carácter multicausal, porque expresa un diversificado conjunto de factores de distinta naturaleza y nivel, que logran una integralidad de causas de carácter estructural (Álvarez, 2003) y multiescalar en el que interaccionan actores muy diversos (Méndez, 2011).

Más aún, autores como Bar-Tal y Halperin (2014) plantean que las sociedades que experimentan situaciones directas o relacionadas con conflictos armados desarrollan un conjunto de creencias, actitudes, emociones, valores, motivaciones, normas y prácticas funcionales; estas poblaciones le dan sentido al mundo mediante sus vivencias, justificando el comportamiento de la sociedad, asimismo, facilitando su mantenimiento, dadas las creencias y memorias colectivas del conflicto referentes a la dificultad de construir alternativas de paz y al fortalecer una cultura de violencia naturalizando el conflicto y su resolución con acciones violentas, creencias que están sustentadas en orientaciones emocionales colectivas de rabia, odio, entre otros.

Al respecto, la expresión del conflicto armado por medio de acciones violentas se retoma del triángulo de violencia de Galtung (2003), el cual permite diferenciar la violencia ejercida de forma directa sobre las personas, es decir, la que se puede percibir por medio de la vista, de aquella otra que calificó como indirecta, de la que forman parte la violencia estructural, relacionada con las condiciones históricas de desigualdad, que llevan a la dificultad en la satisfacción de las necesidades personales, relacionales y colectivas de las comunidades, y la violencia cultural, invisible al estar naturalizada por creencias instaladas que niegan la existencia del otro, y por el desconocimiento de las realidades históricas de las poblaciones; también se precisa que la violencia indirecta proviene de la propia estructura social (Galtung, 2003) y que su permanencia puede desencadenar la violencia armada; en este orden de ideas, la pobreza y la desigualdad son formas de violencia estructural que dan pie a otras violencias (Méndez, 2011).

Finalmente, las recomendaciones al respecto del apartado de antecedentes en relación a la efectividad en intervenciones desde la presente investigación, se plantean las intervenciones de base comunitaria (Castillo et al, 2019) como el cimiento para el abordaje y desarrollo de una alternativa de intervención no colonizadora en la promoción de la salud mental en la población objeto de estudio, reconociendo la existencia de características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia u otras que pudieran estar presentes.

Marco de Antecedentes

El propósito del presente apartado es presentar la revisión de literatura sobre los estudios en salud mental realizados en niños, niñas y adolescentes expuestos al conflicto armado, las recomendaciones de cambio de enfoque en el estudio del tema, el impacto psicosocial de las afectaciones del conflicto en la salud mental y la efectividad en las intervenciones en la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

De este modo, si bien existe una amplia literatura alrededor del mundo relacionada con las implicaciones del conflicto armado en la salud mental de sus sobrevivientes, el estudio se centra en menores de edad. Se decantó por publicaciones realizadas durante el año 2009 hasta el año 2020, que dan cuenta del tipo de conocimiento que se genera desde esta perspectiva analítica, de las cuales, el 70 % se publicó en idioma inglés y el 30% en español.

Recomendaciones de Cambio de Enfoque en el Estudio del Tema

Es preciso mencionar que las investigaciones encontradas en relación con las recomendaciones de cambio de enfoque en el estudio del tema fueron revisiones sistemáticas e informes de reflexión teórica publicadas en revistas indexadas. Desde este contexto en el abordaje a las revisiones de literatura, se encuentra un progreso en investigación sobre los efectos de las experiencias de niños, niñas y jóvenes expuestos a conflictos armados (Masten & Narayan, 2012).

En este sentido, se evidencian recomendaciones de cambio de enfoque en el estudio del tema, así, la investigación sobre la salud mental y el bienestar psicosocial de los niños en entornos afectados por conflictos ha experimentado un cambio de paradigma significativo en los últimos años, avanzando de un modelo de exposición a la guerra, a llegar gradualmente a una comprensión más amplia de las diversas vías por las que la violencia afecta a los niños.

De esta manera, autores como Miller y Rasmussen (2010) describen las primeras investigaciones serias sobre los efectos de la guerra en la salud mental, las cuales se originaron en la década de 1980, se menciona que se dieron dos corrientes, la primera, desde una visión amplia en Sudáfrica donde hablaba de efectos de la exposición directa a la violencia física, se veían en el contexto de la violencia estructural que formaba el contexto estresante por mencionar la pobreza, la discriminación y migración, así también se analizaron todos los niveles de la ecología social; por el contrario, los investigadores de América Latina y sudeste asiático a través del lente de la psiquiatría y el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, se centraron en la exposición a la guerra justificada desde la gravedad del trastorno de estrés postraumático; este modelo representa menos del 25% de variación en los síntomas de trastorno por estrés postraumático (Miller & Rasmussen, 2010).

En este sentido, Jordans y Tol (2015) sustentan que un enfoque de sistemas es capaz de abordar la variedad de necesidades de estos grupos vulnerables, así pues, se destaca la importancia de identificar prospectivamente los impactos de tipo específico de adversidades infantiles en los resultados de salud mental para fortalecer la evidencia sobre los factores modificables, clave para la intervención en las poblaciones afectadas por la guerra (Panter-Brick et al., 2011).

Asimismo, se resalta que las amplias consecuencias sociales del conflicto no se pueden entender solo a través de un enfoque de trauma, ya que existe una limitación en el poder explicativo de los modelos de efectos directos, sugiriendo una evaluación más amplia del contexto social para apoyar las propuestas de intervención (Miller y Rasmussen, 2010); aún más, Miller y Rasmussen (2010) plantean estudios de poblaciones no afectadas por la guerra en las que los llamados "problemas diarios" a menudo se asocian más con gravedad de los síntomas de salud mental que los principales eventos de la vida.

Así pues, se propone un modelo integral con el respaldo de factores de riesgo en múltiples puntos en el tiempo (exposición previa a la guerra, factores estresantes diarios en curso) y en todos los niveles de la ecología social (Miller & Jordans, 2016). Por su parte Miller y Rasmussen (2010) proponen también, un modelo que posibilite un enfoque integrado de intervención que aborde los estresores diarios y la exposición a la guerra, así pues, los autores concluyen que los estresores diarios median parcialmente la relación entre la exposición a la guerra y la salud mental.

De igual manera, se denotan los avances conceptuales, al abordar los marcos de riesgo y resiliencia como guías en la investigación básica y aplicada (Masten & Narayan, 2012; Barbero, 2013). En esta línea, Las investigaciones respaldan la perspectiva de resiliencia como un concepto dinámico en múltiples niveles de la ecología social, recomendando que las intervenciones centradas en esta deben estar adaptadas a contextos específicos (Tol et al., 2013). Finalmente, Cummings et al., (2017) manifiestan que la perspectiva de psicopatología del desarrollo sería importante en la investigación de la temática.

Tabla 2

Estudios de revisiones sistemáticas e informes recomendaciones de cambio de enfoque en el estudio del tema.

Autor, año	Diseño
Miller & Rasmussen, 2010	Informe de reflexión crítica
Masten & Narayan, 2012	Revisión sistemática
Tol et al., 2013	Revisión sistemática
Barbero, 2013	Revisión sistemática
Jordans & Tol, 2015	Informe de reflexión crítica
Miller & Jordans, 2016	Informe de reflexión crítica
Cummings et al., 2017	Informe de reflexión crítica

Fuente: Construcción propia basada en revisión de antecedentes 2009-2020

A partir del contenido desarrollado en las revisiones sistemáticas e informes de reflexión crítica, emergen tres ideas centrales de lo abordado por los investigadores al respecto de la salud mental de niños, niñas y adolescentes expuestos a conflicto armado; la primera, y como se mencionó en el apartado anterior, se recomienda pasar de un modelo de exposición directo a un modelo de comprensión integral; la segunda, existen graves impactos a nivel psicosocial en la salud mental de menores de edad expuestos a la guerra; y la tercera, no existen evidencias sólidas al respecto de efectividad e impacto en las intervenciones.

Impacto Psicosocial de las Afectaciones del Conflicto en la Salud Mental

En lo concerniente a las investigaciones relacionadas con el impacto de las afectaciones del conflicto en la salud mental, se documenta el efecto generalizado del conflicto armado como una forma de violencia contra los niños y un determinante social negativo de la salud infantil (Kadir et al., 2019). Así también, se encuentran pruebas sólidas sobre la afectación psicológica en la salud mental de niños y adolescentes inmersos en contextos de

conflicto armado (Hewitt et al., 2014), pudiéndose distinguir efectos tanto directos como indirectos asociados con daños inmediatos y a largo plazo (Kadir et al., 2018; Eyüboğlu et al., 2019). Por su parte, los niños que no experimentan exposición directa a conflicto armado también reportan problemas de salud mental (Jayuphan et al., 2020). Y de acuerdo con Mels (2012), existen diferencias por sexo y edad, así como diferencias significativas entre grupos étnicos (Lavi & Slone, 2011).

Así también, se encuentran factores determinantes como el nivel y tipo de exposición, la edad, el sexo, la adversidad socioeconómica, el apoyo social y la religiosidad (Dimitry, 2012), el nivel de estudios y auto aceptación, los ingresos económicos y las relaciones positivas y edad con dominio del entorno (Sánchez, 2018).

Se encuentra que los problemas de internalización de los menores de edad, están asociados a la pérdida de un cuidador, el abuso o negligencia familiar y el estigma de la comunidad (Betancourt et al., 2013). Por el contrario, el funcionamiento familiar y la salud mental del cuidador presentan interdependencia con la salud mental de los niños desplazados (Flink et al., 2013) así mismo, la autoridad materna y la calidez funcionan como factores protectores, caso contrario el autoritarismo materno exacerba los síntomas de tipo externalizante de los niños (Slone & Shoshani, 2017).

Aún más, se percibe que los niños afectados por el conflicto armado tienen mayor riesgo de presentar algunas enfermedades mentales como trastorno de ansiedad y estrés postraumático, evidenciando la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran (Gómez-Restrepo et al., 2015); en relación con esto, Marroquín et al., (2020) plantean una mayor prevalencia de afecciones y trastornos de salud mental entre los adolescentes desplazados; en este panorama, también se puede mencionar que los conflictos armados aumentan sustancialmente la mortalidad infantil (Wagner et al., 2018).

Afectaciones hacia Población Indígena

Se encuentra que, adicional a la violencia directa, la desestructuración y transformación de la cultura son determinantes para la afectación de la salud mental indígena (Ruiz, Urrego y Escobar, 2019) en esta línea, se hace un llamado al Estado y el desarrollo de intervenciones culturalmente apropiadas (Ruiz, 2015), puesto que la oferta de servicios en salud mental no contempla las particularidades e identidad de los pueblos indígenas, y se

convierte en formas de perpetuar la opresión y la victimización, olvidando darle lugar y protagonismo a la voz y sentir de la población (Ruiz, 2012).

Metodología de los Estudios Impacto Psicosocial de las Afectaciones del Conflicto en la Salud Mental

Tabla 3

Metodología utilizada en los estudios cuantitativos

Autor, año	Diseño	Instrumento	Muestra	País
Lavi y Slone, 2011	Descriptivo correlacional	Cuestionarios	Niños y madres de 104 familias judías y 108 familias árabes israelíes	Israel
Panter-Brick et al., 2011	Longitudinal	Cuestionario de fortalezas y dificultades. Escala de autoevaluación de la depresión. Escala revisada del impacto de los eventos del niño. Cuestionario de autoinforme.	115 niños, 119 niñas, 234 adultos	Kabul, Afganistán
Flink et al., 2013	Descriptivo	Cuestionario	279 niños que asisten a cuatro jardines infantiles en un barrio carente de Bogotá	Bogotá, Colombia
Hewitt et al., 2014	Descriptivo	Encuesta Lista de chequeo del comportamiento infantil 6-18 años. Escala de estrategias de afrontamiento de adolescentes - KIDCOPE. Lista de chequeo de síntomas traumáticos para niños. Escala de resiliencia para escolares E	289 niños y adolescentes (48% (136) hombres y 52% (153) mujeres) de siete a 16 años de edad	Colombia

Gómez- Restrepo et al., 2015	Descriptivo	Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.	Niños de 7 a 11 años, en los que se aplicó el RQC, PCL y DISC-IV-P (3.0.1).	Colombia
Morales, 2017	Descriptivo	Encuesta Longitudinal Colombiana de la Universidad de los Andes (ELCA)	Niños de primera infancia víctimas de conflicto armado inscritos en el programa semillas de apego	Colombia
Slone & Shoshani, 2017	Descriptivo correlacional	Escala de eventos políticos de la vida (PLE), el inventario breve de síntomas y los cuestionarios sobre el estilo de crianza y la calidez de los padres. Lista de verificación del comportamiento del niño para evaluar los síntomas de internalización y externalización del niño	277 adolescentes israelíes de 12 a 14 años y sus padres, que habían estado expuestos a períodos prolongados de guerra	Israel
Dueñas et.al., 2018	Descriptivo	378 niños, niñas y adolescentes huérfanos a causa del conflicto y 680 controles	CDS (cuestionario de depresión para niños) y CBCL (lista de chequeo de comportamiento infantil) adaptadas para Colombia.	Colombia
Sánchez, 2018	Descriptivo	Escala de Bienestar Psicológico de Ryff	115 jóvenes víctimas, entre las edades de 18 a 22 años	Colombia
Jayuphan et al., 2020	Descriptivo	Encuesta	Estudiantes de la escuela primaria en las tres provincias más al sur de Tailandia datos del SMHN de 2015, se realizó un	Sur de Tailandia
Marroquín et al., 2020	Descriptivo	Encuesta Nacional de Salud Mental (SMHN) de 2015	análisis secundario de la muestra de adolescentes colombianos de 12 a 17 años	Colombia

Fuente: Construcción propia basada en revisión de antecedentes 2009-2020

Tabla 4

Metodología utilizada en los estudios cualitativos

Dubow et al., 2012	Descriptivo	Entrevistas	901 jóvenes israelíes y 600 (tres cohortes de edad: 8, 11 y 14 años; aproximadamente la mitad de cada género) y sus padres en intervalos de 1 año	Medio Oriente
Mels, 2012	Descriptivo	Grupos de discusión, con informantes locales. Cuestionarios de auto-informe.	3 colegios en 4 zonas seleccionadas en Ituri, una provincia en el noreste de la República Democrática del Congo, se encuestan 991 alumnos (13 a 21 años)	República Democrática del Congo
Betancourt et al., 2012	Descriptivo	Entrevistas	529 jóvenes afectados por la guerra (de 10 a 17 años al inicio; 25 % mujeres)	Sierra Leona
Orjuela, 2017	Descriptivo	Entrevistas semiestructuradas, bases de datos de Atención Primaria en Salud (APS) en línea y Registros Individuales de Prestación de Servicio (RIPS)	Se entrevistaron un total de diez personas que fueron identificadas a través de la base de datos de Atención Primaria en Salud (APS) del hospital público local	Colombia

Fuente: Construcción propia basada en revisión de antecedentes 2009-2020

Tabla 5

Estudios de revisiones sistemáticas e informes

Hernández y Restrepo, 2011	Revisión sistemática
Dimitry, 2012	Revisión sistemática
Kadir et al., 2018	Informe Técnico
Kadir et al., 2019	Revisión sistemática

Fuente: Construcción propia basada en revisión de antecedentes 2009-2020

Efectividad en Intervenciones

En lo referente a las intervenciones se considera necesario fortalecer las evidencias sobre la efectividad de estas (Betancourt et al., 2013), dado el reporte de una notable escasez de evidencia de intervenciones eficaces (Masten & Narayan, 2012; Jordans et al., 2009; Pritchard & Choonara, 2017; Bosqui & Marshoud, 2018). Asimismo, se evidencia la necesidad de cambiar la manera de intervenir en el contexto de conflicto armado, analizando más allá de lo evidente (Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, 2016).

Así, las intervenciones psicosociales pueden ser más eficaces si tienen en cuenta los factores posteriores al conflicto, además de las exposiciones a la guerra (Betancourt et al., 2013). Aunado a lo anterior, el trabajo de Masten y Narayan (2012) sugiere que los esfuerzos de intervención se centren en proteger y restaurar la capacidad humana central para la resiliencia, además de mitigar el riesgo y los síntomas.

Por otra parte, se ha encontrado que la terapia breve centrada en el trauma, la actual intervención terapéutica de salud mental de Médicos Sin Frontera (MSF), parece ser eficaz para reducir los síntomas que surgen de la experiencia del trauma (Lokuge et al., 2013). En adición, Wessells (2016) analiza cómo los mecanismos de protección infantil basados en la comunidad son una piedra angular de los esfuerzos de prevención y considera la acción basada en la comunidad como una fuente particularmente valiosa de apoyo basado en las fortalezas de los niños afectados por la guerra.

Por su parte, Arias y Roa (2015) señalan algunas claves a tener en cuenta en los procesos de intervención en sus componentes socio-jurídicos, psicosociales y educativos, así también, se plantean la necesidad de seguir investigando para determinar estrategias óptimas para la implementación sostenida de intervenciones probadas para reducir el estrés tóxico (Ataullahjan et al., 2020), y se resalta la importancia de desarrollar intervenciones para abordar la salud infantil en las zonas de conflicto (Wagner et al., 2018; Eyüboğlu et al., 2019); de igual manera, se manifiesta una necesidad imperiosa de intervenciones que aborden los factores estresantes a nivel familiar y comunitario (Betancourt et al., 2013).

Así también, y específicamente en Colombia, se señala la urgente necesidad de desarrollar y evaluar programas de atención psicosocial e intervención clínica orientados a mitigar y prevenir problemas de salud mental (Hewitt et al., 2014). De manera análoga, se

encuentra una alta necesidad de atención en salud mental dada la alta afectación en las víctimas de conflicto armado (Hewitt et al, 2014), así pues, se plantea que Colombia tiene desafíos importantes para abordar la escala de las necesidades de salud mental en las población sobrevivientes al conflicto armado.

Así, los desafíos enunciados anteriormente, incluyen la necesidad de una base de evidencia suficiente para caracterizar las necesidades y orientar las intervenciones y servicios de salud mental adecuados para brindar un verdadero apoyo (Tamayo-Agudelo & Bell, 2019); de ahí que, los hallazgos de Hudcovská y Schwanhaeuser (2020) muestran la complejidad de los impactos psicosociales entre los adolescentes víctimas del conflicto armado colombiano y su atención.

En coherencia con lo anterior, Tobón-García (2019) invita a explorar estos fenómenos en el contexto colombiano con mayor profundidad y de manera sistemática, para atender las necesidades en salud prevalentes y contribuir a la reparación integral.

Finalmente, se concluye que debe existir un modelo de atención diferencial que garantice un real acceso a los servicios de salud, debido a que las personas presentan las mismas barreras del sistema de salud establecidas en la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios. Todo lo anterior debe ir acompañado de políticas públicas claras y conducentes en los temas de inserción laboral, vivienda digna, educación y capacitación, las cuales garanticen una adecuada calidad de vida (Orjuela, 2017).

A continuación, se presenta la información relacionada con la metodología utilizada en los estudios cuantitativos (Tabla 6), metodología utilizada en los métodos cualitativos (Tabla 7) y estudios de revisiones sistemáticas e informes (Tabla 8).

Tabla 6

Metodología utilizada en los estudios cuantitativos

Autor, año	Diseño	Instrumento	Muestra	Población y país
Lokuge et. al, 2013	Descriptivo	Análisis de Datos	3025 personas <20 años de edad que recibieron atención en la República Democrática del Congo e Irak	República Democrática del Congo e Irak

Wagner et al, 2018	Descriptivo	Datos de eventos georeferenciados del programa de datos deconflicto Uppsala en 35 países Africanos	Bebes menores de un año	África
Eyüboğlu et al., 2019	Descriptivo	cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ) y los padres completaron el Cuestionario de salud general-12 (GHQ)	482 niños	Distrito de Derik
Tobón-García, 2019	Descriptivo	registros administrativos del Sistema de Información en Salud y Protección Social de Colombia	población colombiana con información secundaria de las 7.621.849 VCA que, a octubre de 2019, estaban incluidas en el RUV	Colombia

Fuente: Construcción propia basada en revisión de antecedentes 2009-2020

Tabla 7

Metodología utilizada en los estudios cualitativos

Autor, año	Diseño	Instrumento	Muestra	Población y país
Betancourt et al, 2013	Descriptivo	Entrevista	Hombres y mujeres ex niños soldados (N = 260, de 10 a 17 años)	Distrito de Kono
Hudcovská y Schwanhaeuser, 2020	Descriptivo	entrevistas semiestructuradas	42 profesionales e informes internos sobre el estado de salud de 165 adolescentes desvinculados.	Colombia

Fuente: Construcción propia basada en revisión de antecedentes 2009-2020

Tabla 8

Estudios de revisiones sistemáticas e informes

Autor, año	Diseño
Jordans et al., 2009	Revisión sistemática

Betancourt et. al, 2013	Revisión sistemática
Al Obaidi et al., 2013	Informe de reflexión critica
Arias y Roa, 2015	Informe de reflexión critica
Wessells, 2016	Informe de reflexión critica
Bosqui y Marshoud, 2018	Revisión sistemática de revisiones
Tamayo-Agudelo y Bell, 2019	Informe de reflexión critica
Ataullahjan et al., 2020	Informe de reflexión critica

Fuente: Construcción propia basada en revisión de antecedentes 2009-2020

Capítulo 3. Materiales y Método

Modalidad de Trabajo de Grado

Trabajo de grado tradicional

Paradigma Epistemológico

El presente trabajo de investigación se enmarca desde el paradigma epistemológico crítico social, considerando una realidad dinámica que se construye con la participación de todos los actores como agentes de cambio y transformación de la realidad.

Paradigma Metodológico

Por su parte, el paradigma metodológico corresponde al cualitativo, ya que se abordan las realidades subjetivas e intersubjetivas como objetos legítimos del conocimiento científico, las cuales, a su vez, se construyen a través de consensos fundamentados en el diálogo, considerando una visión holística, contextual y naturalista del fenómeno.

Enfoque

El enfoque corresponde a una etnografía crítica, en la cual la crítica se centra en el proceso reflexivo que se da entre la interacción de la investigación, la interpretación y la ideología, buscando responder no solamente “¿qué es?” sino también “¿qué podría ser?”, poniendo de esta manera en juego a la cultura, el conocimiento y la acción del investigador, así también, busca la transformación de las estructuras sociales, políticas, culturales, económicas étnicas que afectan a la humanidad, además, esta busca la emancipación, la justicia social, el respeto por los derechos humanos y, además, pretende denunciar desde la voz de los informantes, de manera crítica y responsable aquellos acontecimientos que desfavorecen a las clases menos afortunadas.

Participantes

En la primera fase se realizó una revisión documental que permitió focalizar los municipios con mayor concentración de sobrevivientes al conflicto armado y donde las implicaciones de violencia se encontraron en niveles muy altos y críticos, seguidamente, se

realizó un muestreo propositivo, eligiendo informantes en función del tipo de disposición, acceso, exposición e impactos del conflicto armado en el departamento de Nariño, lo cual, permitió determinar las personas que pueden ser potenciales informantes clave.

Así las cosas, ya identificados los informantes clave en la primera etapa, se les extendió la invitación a continuar participando del proceso y se hizo uso de un muestreo por redes o cadenas, que llevó a la consolidación de un grupo de informantes que aportaron información valiosa y representativa. Es preciso señalar que, los participantes fueron padres de familia (de edades diversas), niños, niñas y adolescentes de entre 7 a 11 años y 12 a 18 años respectivamente, sobrevivientes al conflicto armado en el departamento de Nariño, el tamaño de la muestra correspondió al cumplimiento del principio de saturación de información.

Caracterización de la Unidad de Trabajo

La Población fue tomada en coherencia a la dimensión general, particular y singular, así pues, en la dimensión general se tomó el pueblo Awá de la costa Pacífica y líderes indígenas de la organización UNIPA. Por su parte, en la dimensión particular se trabajó con la comunidad Awá de Agua Clara; en la dimensión singular, la unidad de trabajo fueron niños, niñas y adolescentes Awá integrantes de la comunidad de Agua Clara.

Ahora bien, en la dimensión general el trabajo estuvo basado en la revisión documental respecto a las implicaciones del conflicto armado, dimensiones geopolíticas, sociodemográficas, socioeconómicas, condiciones de vida y percepciones sobre salud mental. Por otra parte, en la dimensión particular se trabajó con la comunidad de Agua Clara, mediante entrevistas, grupos focales, grupos de creación participativa bajo premisas orientadoras que posibilitaron la recolección de información primaria. En la dimensión individual se obtuvo información de padres, jóvenes, niños y niñas Awá mediante el desarrollo de entrevistas y talleres por parte de los más pequeños.

Técnicas de Recolección de Información

El estudio realizó una triangulación de técnicas (Patton, 1990) a través de la utilización de revisión documental, entrevistas etnográficas, observación participante, grupos de creación participativa y grupos focales.

Revisión Documental

La revisión documental de información permitió reconocer las implicaciones del conflicto armado, dimensiones geopolíticas, sociodemográficas, socioeconómicas, condiciones de vida y percepciones sobre salud mental, acceso y exposición de la población víctima de conflicto armado en el departamento de Nariño y determinar los potenciales informantes clave.

Entrevista Etnográfica

Dado su carácter reflexivo y no estandarizado, esta entrevista se compuso por preguntas indirectas y abiertas (Anexo 3) donde el entrevistador asumió una posición aparentemente pasiva, intentando condicionar lo menos posible las respuestas (Hammersley y Atkinson, 1994). Las entrevistas etnográficas a informantes clave proporcionaron conversaciones con contenido de información verbal y no verbal y experiencias. Esta técnica, aportó a la consolidación del objetivo específico uno, orientado al reconocimiento de los recursos y necesidades de la población objeto de estudio frente a la salud mental, lo anterior, mediante el análisis de la determinación social en la salud mental en niños y adolescentes víctimas de conflicto armado en el departamento de Nariño.

Es preciso mencionar que se realizaron 30 entrevistas en profundidad con diferentes actores clave: docentes, madres y padres de familia, líderes comunitarios, médicos tradicionales y jóvenes, en la Tabla 9 se describen las principales características de los participantes.

Tabla 9

Características de los participantes con los cuales se desarrollaron las entrevistas

Rol	Sexo	Número	Edad
Profesores	Masculino	1	35-50
	Femenino	2	
Madres y padres de familia	Masculino	5	25-50
	Femenino	7	
Líderes comunitarios	Masculino	4	35-50
	Femenino	2	
Médicos tradicionales	Masculino	1	65
	Masculino	4	14-25

Jóvenes (Estudiantes y guardias)	Femenino	4
-------------------------------------	----------	---

Fuente. Construcción propia a partir del registro de participantes.

Grupos de Creación Participativa

Esta técnica permitió la participación de todos los asistentes incluidos en esta fase, en la cual se retomaron los puntos de vista y opiniones de los participantes para llegar a la consolidación de ideas en común (Aguilar y Ander-Egg, 2001), las cuales permitieron construir de manera participativa los componentes de una estrategia comunitaria de salud mental dirigida a niños, niñas y adolescentes Awá del departamento de Nariño, aportando así al segundo objetivo específico.

Grupos Focales

Se planteó el desarrollo de grupos focales en dos escenarios, en el primero, se desarrollaron grupos focales por cada población (niños, niñas; adolescentes y padres de familia), como una técnica útil para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, que permitió examinar lo que la persona piensa, cómo piensa y por qué piensa de esa manera (Hamui-Sutton, y Varela-Ruiz, 2013), técnica que aportó al diseño de la estrategia comunitaria de promoción de salud mental; en el segundo, se desarrollaron grupos focales con representantes de la población, quienes permitieron validar la pertinencia, coherencia y suficiencia de la estrategia comunitaria respecto a las necesidades en salud mental de la población objeto de estudio.

Observación Participante

Durante todo el proceso la observación tuvo como objetivo registrar las interacciones, actitudes y eventos extraordinarios, la información encontrada se registró en un diario de campo personal, herramienta que permitió sistematizar, organizar y analizar la experiencia aportando a la retroalimentación de todos los objetivos específicos propuestos.

Trabajo de Campo

La presente investigación se desarrolló en cinco fases cíclicas o complementarias, durante un periodo de seis meses.

Fase 1. Revisión documental.

La primera fase correspondió a la revisión documental sobre el impacto de la violencia en el marco del conflicto armado en los departamentos de Colombia y más específicamente en los municipios del departamento de Nariño, concentración de sobrevivientes al conflicto armado, condiciones sociodemográficas y geopolíticas, entre otras.

Fase 2. Ingreso al campo.

La segunda fase se enmarcó en el ingreso al campo, contemplando una etapa de familiarización, identificación de actores clave y la construcción de confianza y credibilidad en el proceso de investigación. El proceso de familiarización permitió conocer el territorio, la cosmovisión del pueblo Awá, y la comunidad de Agua Clara, los actores clave, posibilitando la confianza entre investigadora y participantes, originando la concertación de un plan de trabajo.

Fase 3. Desarrollo de las técnicas de investigación.

La tercera fase se orientó al desarrollo de las técnicas de investigación, con la respectiva firma del consentimiento informado individual (Anexo 1), se desarrollaron entrevistas, grupos focales, y grupos de creación participativa, utilizando como criterio para definir el número de participantes el punto de saturación de la información. A partir de esta fase se comprendieron aspectos fundamentales de los modos de vida del pueblo Awá, los cuales se constituyeron en la base y punto de partida del diseño de la estrategia en promoción de salud mental.

Fase 4. Construcción y diseño de la propuesta de promoción en salud mental de la población objeto de estudio.

A partir de la fase anterior se inicia el análisis en profundidad de todo el corpus de datos obtenidos a lo largo del trabajo de campo, con los insumos obtenidos se analizó la información mediante la matriz de procesos críticos en los dominios general, particular y singular, tomando como referencia los procesos constructivos y destructivos de salud propuestos por Breilh (2013), obteniendo así los elementos constitutivos de la estrategia en promoción de la salud mental de niños, niñas y adolescentes Awá sobrevivientes a conflicto armado en Nariño.

Fase 5. Devolución y validación de emergentes

Para finalizar con la fase de devolución y validación de la información con la comunidad, se realizó un encuentro de socialización de resultados con la comunidad (Restrepo, 2018) dado su estricto código de respeto a la palabra (Polo y Ojeda, 2014). En el primer encuentro se contó con la participación de líderes y representantes de la comunidad de Agua Clara; para el segundo encuentro, este estuvo dirigido a personal directivo de la UNIPA. Estos encuentros permitieron el análisis, discusión y aprobación de la estrategia de promoción en salud mental producto de investigación.

Procesamiento y Organización del Material de Campo

Todo el material de campo fue procesado y organizado en forma electrónica de acuerdo con su naturaleza para su posterior análisis. Las entrevistas etnográficas, los grupos de creación participativa y los grupos focales fueron audiograbadas para su posterior transcripción, en aquellas circunstancias en que no fue posible la grabación, se realizaron notas de campo que fueron registradas en el diario. Se recolectó información suficiente hasta cumplir con el criterio de saturación, posteriormente, se realizó la transcripción de la información y a partir de una lectura y relectura se reducirán los datos y se delimitaron los temas emergentes, dando paso a la categorización de la información y su respectiva codificación e interpretación.

Plan de Análisis de los Datos

El plan de análisis de datos se orientó mediante la ejecución de tres fases interconectadas.

En primer lugar, se realizó una reducción de los datos organizándose desde categorías apriorísticas, una lectura temática y codificación abierta, una lectura relacional y codificación axial para llegar a una codificación selectiva, esto, con el objetivo de identificar insumos particulares para cada dimensión, se procedió a un análisis que requirió de una triangulación de técnicas, tomando en cuenta cada dimensión.

Por otra parte, para las líneas de gobierno y sistema de salud se tomó en cuenta la dimensión general del modelo de determinación social de la salud, para las categorías de cultura, territorio y comunidad educativa, se tomó como referente la dimensión particular del

modelo mencionado y, finalmente, para la línea de vivencias diarias se tomó en cuenta la dimensión singular, información que fue reducida a una matriz que permitió analizar las tendencias y patrones de relación y diferencia entre los textos.

Asimismo, se realizó un análisis de la cultura de acuerdo con la propuesta de salud mental positiva retomada por Lluch (2002) y un análisis diacrónico para identificar los cambios en el tiempo. Por su parte, el concepto de salud mental se analizó bajo el concepto de promoción de la salud emancipadora expuesto por Chápela (2007). Finalmente, el producto de cada análisis fue puntualizado en una matriz de procesos críticos de (Breilh, 2013).

Categorías de Análisis

Siguiendo los pasos mencionados en el plan de análisis de datos, se pasó de una matriz de categorías apriorísticas a una matriz ajustada de codificación selectiva (ver Tabla 10). A continuación, se describieron los resultados de la triangulación de métodos de análisis de acuerdo con cada categoría en relación con las tendencias y patrones de relación y diferencia y los modelos de referencia.

Tabla 10

Matriz ajustada de codificación selectiva

Categoría	Subcategoría	Palabras clave
Condiciones estructurales	Gobierno	Gobierno propio, gobierno Nacional, Seguridad, Conflicto y grupos armados.
	Sistema de salud	Enfermedades, Salud mental.
	Cultura	Cosmovisión, Principios y valores, Ritos y costumbres, Curaciones y medicina tradicional, Estrategias de afrontamiento, Lengua propia.
	Territorio	Prácticas de consumo, Relaciones interpersonales, Trabajo.
Modos de vida	Comunidad educativa	Recursos, Deserción escolar, Relación docente estudiante, Relación docente comunidad, Accesibilidad.
Estilos de vida	Vivencias diarias	Acciones individuales, Acciones en comunidad, Preocupaciones, Solución de problemas.

Elementos Éticos y Bioéticos

Se tuvo en cuenta la Ley 1090 de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología y la Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Además, se tomaron medidas para disminuir amenazas y favorecer el principio de beneficencia y acción sin daño orientadas de una formación psicosocial y un plan de contención emocional. Se garantizó que la información obtenida tuvo un carácter privado, con relación a nombres y datos personales de cada persona participante, a pesar de los resultados expuestos. Asimismo, se obtuvo autorización por medio de un consentimiento informado.

Capítulo 4. Contexto de Conflicto Armado en Territorio Indígena Awá

Mapeo Situacional del Departamento de Nariño

Según el informe del Observatorio del Programa Presidencial para los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario, el departamento de Nariño, compuesto por 64 municipios, desde el punto de vista social, cuenta con una gran riqueza y variedad étnica y cultural. Está ubicado en el sur occidente colombiano, tiene una extensión de 33.265 km², que corresponde al 2,9% de la superficie nacional. Limita al sur con la República del Ecuador, al norte con el departamento del Cauca, al occidente con el océano Pacífico y al oriente con el departamento del Putumayo.

Al estar ubicado en una zona fronteriza con el Ecuador, se desarrolla una importante actividad comercial que favorece también el contrabando, el tráfico de armas y de drogas. Es una región con salida al mar, grandes extensiones de selvas y montañas Andinas, con entrada a la Bota Caucana y al Macizo Colombiano, además de contar con accesos directos hacia el alto y bajo Putumayo; factores que lo hacen un territorio estratégico para los distintos actores del conflicto armado que hacen presencia en este departamento y en su lucha por ejercer el control sobre estos corredores. De este modo, convierten a la población civil en blanco de sus actividades, violentando el goce de derechos humanos debido a la expansión de los grupos armados.

Así pues, se evidencia un escalamiento progresivo del conflicto armado que afecta directamente a la población civil, convirtiéndola en objetivo militar. A continuación, se presenta una línea de tiempo (ver Figura 4) respecto a la presencia de grupos armados y organizaciones criminales, así como los eventos más significativos a la largo de la Historia en el Departamento de Nariño. Encontrándose para 1980 el ingreso de las FARC y el ELN al norte del Departamento, en 1990 se da la proliferación de cultivos de amapola, para 1995 se evidencia la presencia del frente 29 de las FARC en el occidente y sur en la Costa Pacífica, en el año 2000 se da el ingreso de las AUC, entre 2001 y 2009 se vive el plan Colombia en Putumayo, se intensificaron las fumigaciones y se da el desplazamiento de cultivos y actores armados a Nariño y se evidencio un despliegue de fuerzas armadas y confrontación entre

grupos armados y Estado, para el año 2009 se evidenció un fortalecimiento del ELN y mayor control de corredores y rutas terrestres y marítimas y con esto el incremento de grupos armados (los Rastrojos, Autodefensas Campesinas Nueva Generación, las Águilas Negras, el ELN y las Autodefensas).

Para el año 2016 se firmó el acuerdo de paz y se reportó una disminución en los niveles de violencia, entre el año 2018 y 2020 existió la expansión de grupos armados no estatales y organizaciones criminales principalmente en zonas donde se desmovilizaron las FARC-EP, para el 2021 incrementó la violencia en zonas rurales afectando liderazgos y la vida comunitaria indígena, corredor pacífico y varios municipios de frontera y en corredores en las que operan economías ilícitas. Así también se dio la identificación de seis conflictos armados no internacionales. Y para el presente 2022 se evidencia la presencia de por lo menos 14 grupos ilegales y bandas criminales en la zona Pacífica Nariñense (informe del Observatorio del Programa Presidencial para los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario, 2022)

Figura 1

Línea de tiempo presencia de grupos armados, organizaciones criminales 1980-2022.



Fuente. Elaboración propia basada en informe del Observatorio del Programa Presidencial para los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario. Informe violencia territorial en Colombia, 2022

Priorización de Municipios del Departamento de Nariño con Mayores Índices de Violencia en el Marco del Conflicto Armado

A partir de la revisión documental se puede mencionar que los municipios del departamento de Nariño con mayor presencia de actores armados e impacto sobre la población civil respecto a el flagelo del desplazamiento son La Tola, Mosquera y Barbacoas (Radio Nacional de Colombia, 2022).

Por otra parte, en el 2020 la Defensoría del Pueblo advierte que cerca de 22.000 habitantes de El Rosario y Leiva, y 300 familias de comunidades negras de la cordillera occidental entre Nariño y Cauca se encuentran en situación de vulnerabilidad y posible desplazamiento forzado. Así también, alertan sobre el reclutamiento de jóvenes por parte de las Autodefensas Gaitanistas de Colombia (AGC) (Defensoría del Pueblo, 2020).

Según el informe de violencia territorial en Colombia (2022) se reporta el mayor impacto de la violencia en los derechos humanos en el corredor Pacífico, en varios municipios de frontera o corredores en los que operan economías ilícitas; zonas de periferia donde existe una limitada presencia estatal y en las cuales la tasa de pobreza multidimensional es elevada; territorios que son habitados mayoritariamente por población indígena, afrodescendiente y campesina.

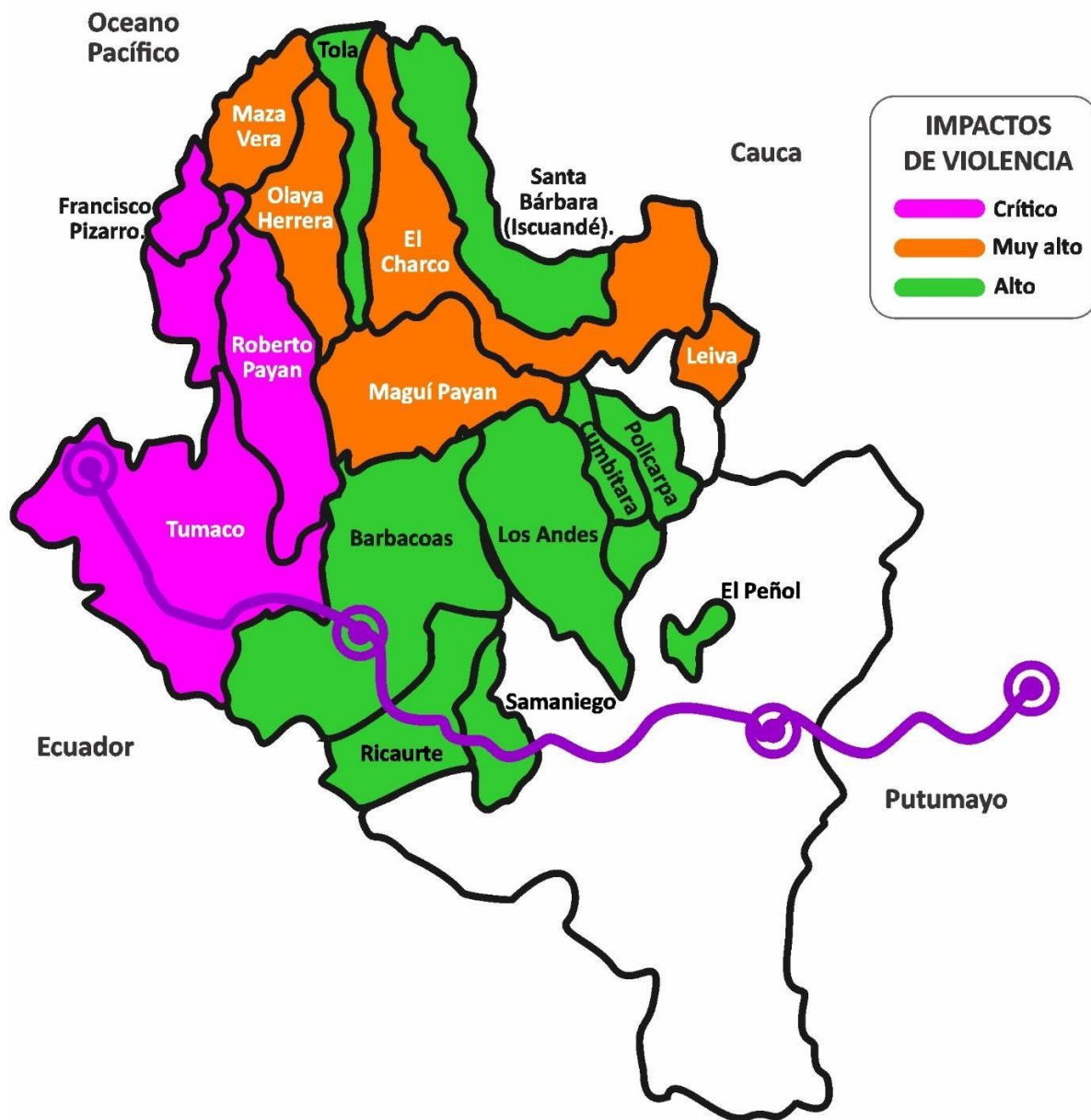
En síntesis, y como se puede diferenciar por colores en el mapa de Nariño (ver Figura 5) entre los municipios más afectados e identificados en un nivel crítico del impacto de violencia en el marco del conflicto armado se encuentran: Tumaco, Roberto Payan, Mosquera, Olaya Herrera, El Charco y Leiva. Por su parte los municipios del departamento de Nariño que se encuentra en un nivel muy alto son: Leiva, Barbacoas, Ricaurte, Mallama, Samaniego, La llanada y los Andes y los municipios ubicados en un nivel alto son Policarpa, Cumbitara y la Florida (Informe de violencia territorial en Colombia, 2022).

Así pues, se reporta también un aumento en el número de actores armados, desapariciones forzadas, falso positivos, minas, bombardeos y hostigamientos (Corporación Nuevo Arco Iris (CNAI), 2013). Al respecto, y retomando los índices sobre impactos de violencia generados por la Alta Comisión de Naciones Unidas por los Derechos Humanos (2022), se puede identificar que en los territorios mencionados la mayor vulnerabilidad de población se debe a la disputa territorial violenta entre grupos armados. Más aún, mediante el

ejercicio del poder a través de la violencia destruyen procesos organizativos y el tejido social de las comunidades.

Figura 2

Impacto de violencia en los municipios del Departamento de Nariño.



Fuentes: Modificado de informe Alta Comisión de Naciones Unidas por los Derechos Humanos, 2022.

Impacto de la Violencia en el Marco del Conflicto Armado en Pueblos Indígenas Colombianos

A partir del censo realizado en el año 2018, se reconocen 115 pueblos nativos que se identifican como indígenas en el territorio Nacional, representando el 4,4 % del total de población Colombiana. Es de reconocer que la población indígena en su mayoría está ubicada en zonas periféricas que posibilitan el flujo permanente de mercancías convirtiéndose en territorios anhelados por los grupos armados y la comercialización de ilícitos. Así también, su ubicación se encuentra geopolíticamente alejada del sector productivo moderno del País (Departamento de Planeación, 2018).

Adicionalmente, se refieren elevados niveles de pobreza lo cual limita su capacidad de adquisición de bienes y servicios y se incrementan el índice de necesidades básicas insatisfechas (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2018); añádase a lo anterior, que estas regiones presentan altos niveles de corrupción y presencia de crimen de organizado (Transparencia por Colombia, 2020).

En suma, vale la pena mencionar que la mayor cantidad de población se encuentra en los departamentos de Nariño, Cauca, Choco, Córdoba, Sucre y Guajira, los cuales casualmente según el informe de violencia territorial en Colombia (2022) corresponden a los departamentos con mayor vulnerabilidad e impacto a causa de la violencia en el marco del conflicto armado; más aún, resulta curioso analizar que Nariño presenta la mayor proporción de población Indígena diagnosticada con alguna enfermedad mental de acuerdo con el total nacional en 2019 (Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, 2020).

Impacto de la Violencia en el Marco del Conflicto Armado en el Pueblo Indígena Awá Colombiano del Departamento de Nariño

Paradójicamente, las condiciones geográficas del departamento de Nariño lo convierten en un espacio de importancia geopolítica y valioso territorio de disputa por su salida al Océano Pacífico, la existencia de grandes extensiones de selva, el clima propicio para la siembra de cultivos de uso ilícito, la entrada a la bota caucana y al macizo colombiano, el acceso directo al departamento de Putumayo y Ecuador, territorios utilizados para la movilización de tropas, armas y explosivos, así como también para la producción y

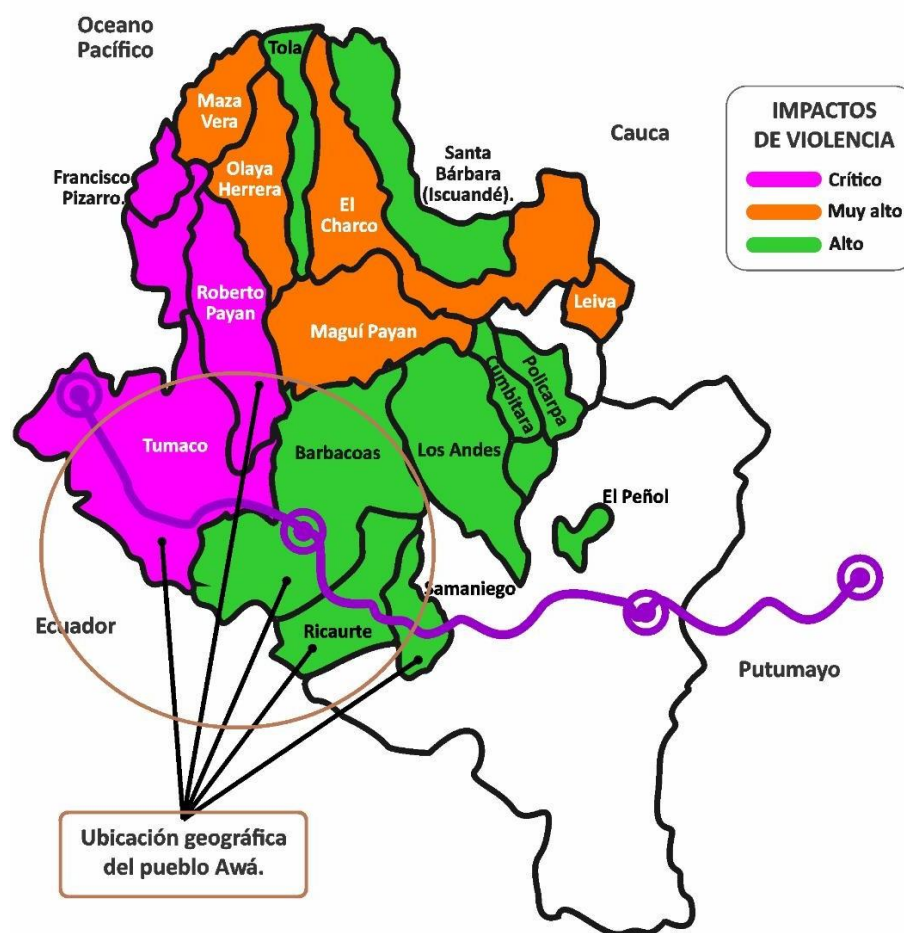
comercialización de narcóticos, el paso del oleoducto transandino que atraviesa todo el territorio del pueblo Awá desde Orito – Putumayo hasta el puerto de Tumaco, así como la extracción de oro, plata y otros recursos naturales (Organizaciones del Pueblo Awá UNIPA, CAMAWARI y ACIPAP, 2012), la disponibilidad de la red fluvial y las posibilidades de comunicación por el mar han convertido los territorios del pacífico nariñense en una zona estratégica para las actividades ilegales asociadas al narcotráfico, asimismo, lo han convertido en escenario de disputa territorial por los intereses que defienden los diferentes actores que hacen presencia en la zona.

Lo anterior, se acentúa aún más en los pueblos originarios, este es el caso de los Awá, ya que su asentamiento coincide con los municipios de Ricaurte, Samaniego, Barbacoas, Roberto Payan y Tumaco (ver Figura 6), en los que existen niveles muy altos y niveles críticos de violencia (Informe de violencia territorial en Colombia, 2022).

En relación con lo anterior, es preciso mencionar que el pueblo Awá fue declarado en vía de extinción a causa del conflicto armado (Corte Constitucional de la República de Colombia, 2009) y foco de desplazamientos forzados, homicidios, detenciones arbitrarias, minas antipersona, reclutamiento forzado, confinamientos, falta de libertad para circular, hostigamiento y masacres que impiden el relacionamiento y libre desarrollo de sus costumbres, la ancestral relación espiritual con otros seres que habitan el Katsa, su medicina tradicional, su identidad cultural y su soberanía alimentaria (Sánchez, 2018).

Figura 3

Ubicación geográfica del pueblo Awá.



Fuente. Elaboración propia.

Del mismo modo, se ha identificado que en este escenario ocurren hechos victimizantes a causa de enfrentamientos de grupos armados, llegada de colonos y actores armados que disputan el territorio para explotarlo a través del cultivo ilícito de coca, la minería, explotación forestal, megaproyectos e hidrocarburos y otros monocultivos como palma aceitera, entre otros (ver Tabla 11).

Al respecto, entre los hechos victimizantes se reporta la vinculación de jóvenes indígenas a la economía del narcotráfico, reclutamiento forzado de menores de edad, desplazamientos forzados y restricción a la movilidad, amenazas y homicidios en el pueblo indígena, minas y artefactos explosivos, masacres, entre otros. Así pues, los municipios que presentaron casos por reclutamiento de menores de edad Awá son San Andrés de Tumaco,

Barbacoas, Cumbitara y El Charco, Roberto Payán Santa Bárbara, La Tola, Leiva, Magüi Payán, Mosquera, Olaya Herrera, Policarpa y San Lorenzo.

Por su parte, los registros del Observatorio Memoria y Conflicto evidencian que el pueblo indígena Awá es uno de los mayormente afectados por el conflicto armado con más de 200 víctimas. En suma, tras estos hechos, se han afectado elementos vitales de su cultura, la cosmovisión y su espiritualidad, al romper los referentes históricos con el territorio, las relaciones de parentesco y en general se ha debilitado la composición social, la cultura y la autonomía (Sánchez, 2018).

Tabla 11

Comisión de hechos victimizantes en contra del pueblo indígena Awá, desde la firma de acuerdo de Paz (2016) hasta la actualidad (2022)

Hechos Victimizante	Cantidad de hechos victimizante desde la firma de acuerdo de Paz (2016) hasta la actualidad (2022)
Agresiones	490
Asesinatos	138
Masacres	4
Desapariciones forzadas	16
Amenazas	50
Desplazamientos colectivos	4
Derramamiento de crudo	4
Hostigamientos	11

Fuente: UNIPA (2022).

Inequidades Sociales e Implicaciones de la Violencia en el Marco del Conflicto Armado en el Pueblo Indígena Awá Colombiano del Departamento de Nariño

Dirigido el foco de atención hacia el Pueblo Indígena Awá, y retomando los datos disponibles la población Awá censada en 2018, el pueblo indígena se compone de 22.853 hombres (51,3%) y 21.663 mujeres (48,7%). Se discrimina que los 5 resguardos con mayor población del pueblo Awá, representan el 42,3% del total de población resguardada, entre

ellos se encuentran los resguardos, Nulpe Medio-Alto Río San Juan, Cuaiquer Integrado la Milagrosa, El Gran Sabalo, El Sande y Gran Rosario, Calvi, Las Peñas Otros (ver tabla 12).

Tabla 12

Población Awá censada por municipio y resguardo en Nariño (mayor a 150 indígenas Awá), 2018

Municipio	Resguardo indígena	Población	% de Población
Ricaurte	Nulpe Medio-Alto Río San Juan	2995	10%
	Cuaiquer Integrado La Milagrosa	2.676	8.9%
	Palmar Inbi	1.188	4%
	Tortugaña-Telembi-Otros	193	0.6%
	Alto Cartagena	180	0.6%
	El Sande	274	0.9%
	Guadual-Cumbas-Invina-Arrayan	1.634	5.4%
	Tortugaña-Telembi-Otros	960	3.2
Barbacoas	Nulpe Medio-Alto Río San Juan	5	0.0%
	Chagüi, Chimbuza, Vegas, San Antonio	181	0.6%
	El Gran Sabalo	2.592	8.6%
Santacruz	El Sande	2.223	7.4%
	Gran Rosario Calvi-Las Peñas-Otros	1909	6.4%
San Andrés de Tumaco	Inda Zabaleta	1.743	5.8%
	Saunde Gualguay	1.209	4%
Samaniego	Planadas de Telembi	154	0.5%

Fuente. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2011).

Al respecto de hablantes de la lengua nativa se evidencia una disminución constante con el pasar de los años, presentándose durante los años 2005 ha 2018 un 10,6% de disminución en porcentaje de población Awá que habla Awapit como su lengua nativa.

Aunado a esto, vale la pena mencionar que existen mayores niveles de analfabetismo en población Awá en comparación con población nacional, más aún, al realizar la comparación por sexo en hombres y mujeres mayores de 15 años se evidencia una brecha de 6.3% de puntos porcentuales en el alfabetismo que desfavorece a las mujeres Awá.

Por otra parte, en cuanto a escolaridad comparando entre los resultados de la población nacional con la del pueblo Awá por grupos de edades escolares, se identifica que el pueblo

Awá tiene porcentajes menores de asistencia en todos los grupos de edad, lo que evidencia un rezago general en asistencia de esta población indígena. Así también, al realizar la comparación entre dificultades en el funcionamiento, el pueblo Awá presenta niveles superiores en personas con alguna dificultad de funcionamiento humano frente a los de la población nacional (7,1%); la principal dificultad que afecta el desempeño diario en el pueblo Awá es ver de cerca, de lejos o alrededor.

Asociado a lo anterior, la siguiente dificultad en importancia es mover el cuerpo y caminar (DANE, 2018). Al respecto de la distribución de la población Awá se encuentra que un 45,8% cuentan con familias compuestas por 5 o más personas. Por mencionar la cobertura de servicios públicos se encuentra también un desbalance a partir de la comparación entre población Awá y total de población nacional, dejando ver una amplia brecha que desfavorece en más de 70% de cobertura a la población Awá.

Pues bien, con respecto a la proporción de la población Awá y el total de población colombiana con necesidades básicas insatisfechas y situación de miseria, se encuentra una brecha que también deja en desbalance a la población Awá en un 59% y 30% respectiva y, finalmente, al hacer la comparación entre población Awá ubicada en la cabecera municipal y la población dispersa se encuentra un desbalance por encima del 50% a favor de la cabecera municipal.

Tabla 13
Desigualdades sociales del pueblo indígena Awá

Variable	Descripción	%Pueblo Awá		%Total nacional
Alfabetismo	Lee y escribe	71.8%		94.8%
		Hombres 74.9%	Mujeres 68.6%	
	No leer y escribir	28.2%		5.2%
Asistencia a institución educativa	5 a 6 años	61.1%		89.8%
	7 a 11 años	81.9%		94.1%
	12 a 15 años	76.3%		90.4%
	16 a 17 años	56.6%		74.3%
	18 a 24 años	24.4%		34.9%
	25 años o más	5.8%		5.8%
	Con dificultad	7.5%		7.1%

Dificultades en el funcionamiento de la composición de hogares	Sin dificultad	92.5%	92.9%
	5 o más personas	45.8%	
	4 personas	19.6%	
	3 personas	18.3%	
	2 personas	11.7%	
Cobertura de servicios públicos	1 persona	4.6%	
	Energía eléctrica	28.4%	96.1%
	Acueducto	10.0%	85.4%
	Alcantarillado	5.5%	74.7%
	Recolección de basuras	1.2%	80.3%
	Gas	1.1%	67.2%
	Internet	0.9%	43.6%
Necesidades Básicas insatisfechas	Proporción NBI	73.4%	14.3%
Situación de miseria	<u>Proporción situación de miseria</u>	33.4%	3.8%

Fuente. DANE (2018).

Organización política y social de la Comunidad Agua Clara del pueblo indígena Awá Colombiano del departamento de Nariño

Partiendo de la organización política, se encuentra que el pueblo Awá es un pueblo binacional con presencia en el Ecuador y en Colombia, está conformado por cuatro organizaciones UNIPA y CAMAWARY en Nariño; ASIPAP en el departamento del Putumayo y FECAE Federación del Centro de Educador en la Republica de Ecuador.

En la actualidad la UNIPA está conformada por 32 resguardos; 27 están legalmente constituidos y 5 se encuentran en proceso de constitución. Se habla de más de veinticinco mil habitantes, acentuados en el suroccidente del departamento de Nariño, en comunidades muy dispersas que caminan hasta por 2 y 3 días para poder comunicarse. La organización está liderada desde la administración por un amplio equipo de trabajo, de los que hacen parte profesionales indígenas y profesionales mestizos.

Así también, se cuenta con la elección de un Gobernador para cada resguardo y suplentes Gobernadores de cada comunidad. De la misma manera, la guardia indígena es una

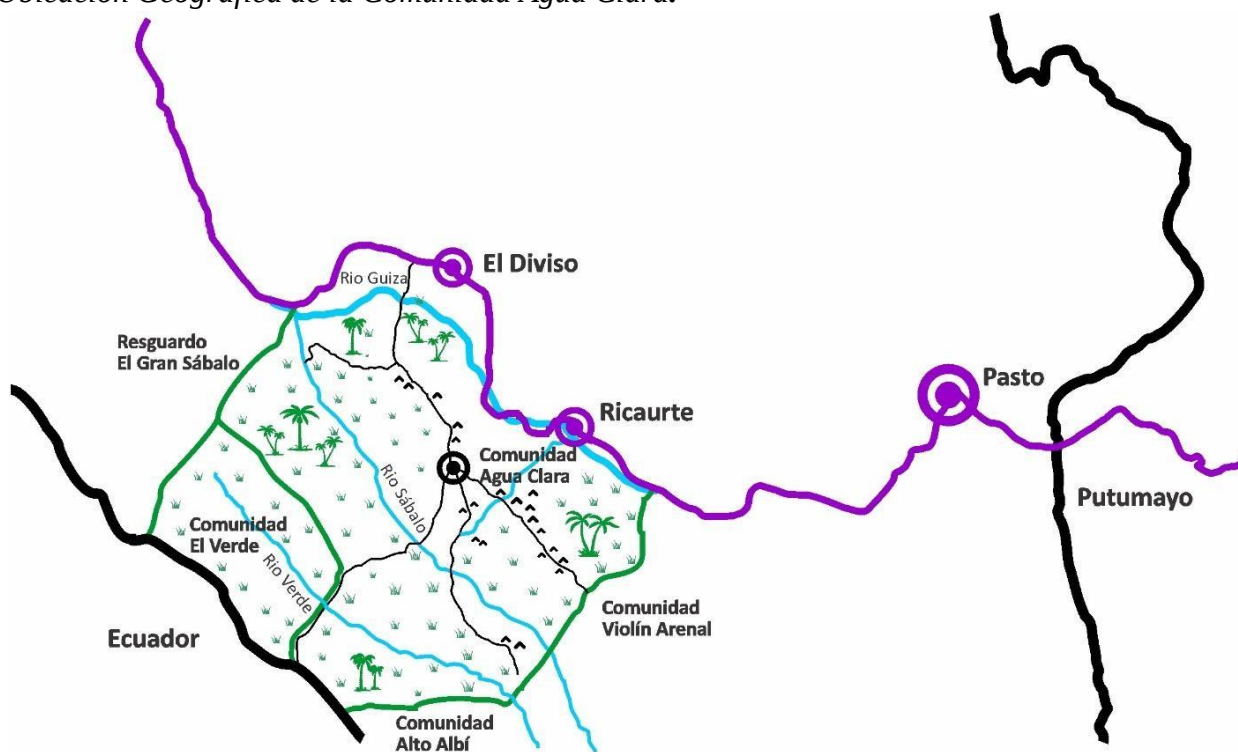
organización que nace desde cada comunidad y tiene por objetivo proteger a la comunidad y al territorio, esta se creó como respuesta a la presencia de grupos armados.

Por otra parte, la organización social de pueblo indígena Awá se fundamenta en el territorio y todo lo que en él existe, así también, las historias enmarcan las normas, leyes y principios que garantizan la pervivencia y la resistencia entre generaciones; y posibilitan una convivencia armónica y en equilibrio con la naturaleza y los espíritus que la habitan. Se destaca que el pueblo Awá tiene su propia forma de concebir el mundo, así pues, reconocen cuatro mundos, el primero es el mundo de seres pequeños los que comen humo, el segundo es el mundo de los indígenas Awá que habitan la tierra, el tercer mundo es el de los muertos que han dejado el mundo de los vivos; y el cuarto es el mundo de los dioses, el gran creador.

En particular la comunidad de Agua Clara, perteneciente al resguardo Indígena el Gran Sábalo se encuentra ubicada en el Municipio de Barbacoas sobre un desvío del Kilómetro 98 de la vía que comunica Pasto-Tumaco (Ver Figura 7). Desde el punto de ingreso hasta la comunidad de Agua Clara se debe recorrer tres horas a pie, por senderos abiertos entre la selva en mingas organizadas por indígenas Awá. El camino está atravesado por el caudaloso río Guiza, el cual debe ser cruzado por medio de un puente colgante. La comunidad de Agua Clara desde el reporte de los Mayores, surgió dado que en el territorio se podían encontrar variedad de animales y los pobladores Awá llegaban preparados para la cacería y así se fueron ubicando para evitar las largas caminatas, trocharon el camino y lo convirtieron en camino vecinal con la comunidad El Violín a la que pertenecían las familias que empezaron a poblar la hoy llamada comunidad de Agua Clara, que debe su nombre a una quebrada que atraviesa su territorio.

Figura 4

Ubicación Geográfica de la Comunidad Agua Clara.



Fuente: Elaboración propia

Capítulo 5. Determinación Social de la Salud y Promoción de la Salud Mental: Un Análisis Crítico no Colonizador

La matriz de procesos críticos propuesta por Breilh (2013), posibilita la generación de perfiles estructurales, como espacios de imposición ligados a los modos de vida y perfiles generativos en relación con estilos de vida, cotidianidad de las familias y actitudes; se puede dar una exposición eventual o crónica (Breilh, 2013). Vale la pena mencionar que tanto dentro de los perfiles estructurales como generativos se reconocen procesos destructivos de salud mental en términos de necesidades, así como también, emergen a la vista procesos protectores en términos de recursos.

Dimensión General: Procesos Críticos en Salud Mental

La dimensión general está orientada desde el espacio o territorio, comprendido como el espacio de reproducción biológica y social, ya que dentro del territorio emerge una lucha de intereses sociales, económicos, culturales y ecológicos. Dinámicas que influyen en el estado de salud mental de niños y adolescentes sobrevivientes al conflicto armado (ver tabla 14). Así pues, se puede mencionar que dentro de los procesos protectores en esta dimensión, se encuentra la conservación del pueblo indígena y su medicina tradicional en el tiempo, además, la mujer tiene el importante rol de cuidadora, así también, se cuenta con un proceso de organización y reconocimiento por parte del gobierno nacional al respecto de la autoridad propia, conformación de resguardos y comunidades; aunado a esto, se evidencia un proceso de apoyo institucional en recursos materiales, por parte de la organización UNIPA para facilitar el acceso a la educación.

Por otra parte, entre los procesos destructores de salud mental de la población objeto de estudio se puede mencionar, la imposición de nuevos conceptos culturales de la mano de la pérdida progresiva de las tradiciones (lenguaje, espiritualidad, vestimenta, medicina tradicional). En esta línea, se evidencia también la imposición de parámetros educativos institucionalizados sin la adaptación cultural necesaria que llevan a la deserción escolar de los

jóvenes y niñas y niños. En adición, se presentan también mecanismos de control social por parte de grupos armados que incluye diversas formas de violencia directa e indirecta. También se destaca la inaccesibilidad geográfica y limitaciones en cuanto al goce de servicios públicos y de salud, la diferenciación en cuanto a roles de género que dejan a la vista una desventaja de la mujer frente al papel del hombre y de manera general se percibe la pérdida de confianza en la legitimidad del Estado.

Tabla 14

Matriz de procesos críticos de la dimensión general

Perfiles estructurales		Perfiles generativos	
Procesos destructivos	Procesos protectores	Procesos destructivos	Procesos protectores
Imposición de nuevos conceptos culturales	Conservación del pueblo indígena en el tiempo	Pérdida de tradiciones (lenguaje, espiritualidad, vestimenta, medicina tradicional)	Reuniones y conversatorios con los mayores y mayores respecto a tradiciones ancestrales.
Imposición de parámetros educativos institucionalizados sin la adaptación cultural necesaria.	Posibilidad de acceder a la educación e interculturalización *Apoyo en útiles escolares uniformes y restaurante por la organización UNIPA	Deserción escolar	Arraigamiento de algunas tradiciones culturales por parte de los jóvenes hombres y mujeres indígenas. *Escuelas hasta quinto de primaria en la misma comunidad.
Mecanismos de control social por parte de grupos armados incluyen diversas formas de violencia, medidas coercitivas o amenazas directas contra la población, para controlarla y que no ponga en riesgo el desarrollo de sus actividades.	Organización del pueblo Awá en resguardos, comunidades y autoridad propia.	Sometimiento a procesos de aculturación por desplazamientos, asesinatos, hostigamientos y exposición violencia	Respaldo de la guardia indígena quien vela por la seguridad y acompañamiento del territorio y sus habitantes.

Inaccessibilidad geográfica a servicios de salud	Medicina tradicional naturista	Mayores tasas de mortalidad y morbilidad en relación con población no indígena. El trabajo de la mujer es igual que el de los hombres en cuanto al cultivo de coca, pero es diferente en el ámbito reproductivo en el que tiene asignación de la mayoría de las tareas, además de existir maltrato físico	Conservación de algunos médicos tradicionales en la comunidad.
Roles de género diferenciados para hombres y mujeres	La mujer tiene el importante rol de cuidadora y algunas han logrado ser líderes de su comunidad	Incumplimiento por parte del gobierno frente a acuerdos sin dar garantías para los indígenas Awá	Las mujeres pueden ser parte de la guardia indígena desde tempranas edades.
Pérdida de confianza en la legitimidad del Estado	Sentencias y autos de protección y declaración de no exterminio al pueblo indígena		

Dimensión Particular: Procesos Críticos de Salud Mental

En cuanto al dominio particular que está cubierto por lo general y cobija a su vez lo singular, se enfoca en los procesos de producción y reproducción social; para el caso del pueblo Awá, permite visibilizar las leyes propias de las condiciones o modos de vida de la comunidad en su cultura, mecanismos de reproducción y acumulación de capital (ver tabla 15). Al respecto de los procesos protectores se parte de una concepción colectiva de salud mental como buen vivir y equilibrio con la naturaleza, conceptualización que retoma la esencia de los valores de la cosmovisión indígena, destacando el sentido de comunidad y trabajo colaborativo y por parte de los más jóvenes se da valor a la realización profesional. Se destaca también, la conservación del sistema de producción familiar y comunitaria por parte de algunas familias por medio del brazo prestado y organización de mingas, así también, se reconoce la participación e interés por parte de líderes y profesores en la convocatoria de las reuniones comunitarias en torno a la solución de problemas.

Al respecto de los procesos destructivos, desde esta dimensión se puede mencionar la imposición de una salud medicalizada y centrada en la ausencia de enfermedad en la cual,

prevalece la percepción individual de satisfacción de necesidades básicas y orientadas únicamente a la salud física.

De igual manera, se evidencia la imposición de relaciones de producción desde una cultura capitalista que llevan al desequilibrio de la relación gasto producción antes fundamentado desde la cosmovisión Awá, que ha llevado a la gran mayoría del pueblo indígena a vivir el cambio de relaciones de producción patrón-peón o trabajo a jornal que implica vender la fuerza de trabajo en cuanto a cultivos de uso ilícito.

Desde esta perspectiva, y teniendo en cuenta el creciente mercado de cocaína que se evidencia en el alto requerimiento de fuerza de trabajo, se ve disminuida la mano de obra para la siembra y cultivo de productos tradicionales; poniendo en riesgo por una parte la seguridad alimentaria, exponiéndolos a una modificación del consumo de alimentos naturales por alimentos procesados, así como a la presencia de nuevas enfermedades.

Por otra parte, con la imposición de anteponer el trabajo respecto al cuidado de los menores y disminución drástica del tiempo compartido entre padres e hijos, se evidencia la desintegración del núcleo familiar y la pérdida de patrones culturales de crianza y transmisión de tradiciones. Así también, y como consecuencia de las fumigaciones se perciben daños en el territorio como la pérdida de flora (entre ellas plantas medicinales utilizadas por los médicos tradicionales) y fauna (animales antes usados para el consumo humano y animales que servían de guía en horarios y tiempos de lluvia) y contaminación del agua, ríos.

De manera general, se puede evidenciar una monetización del territorio propia del mercado capitalista, materializado en la resistencia al trabajo comunitario al no generar rentabilidad; la pérdida de identidad cultural, procesos de transculturación y mestizaje, todo esto se ve reforzado por la influencia y mal uso de la tecnología y las comunicaciones presentes respecto al contenido de la música, videos y películas.

Tabla 15

Matriz de procesos críticos de la dimensión particular

Perfiles estructurales		Perfiles generativos	
Procesos destructivos	Procesos protectores	Procesos destructivos	Procesos protectores
Servicio de salud mental de difícil	Importancia del buen vivir, Conservación del concepto de salud	El concepto se centra en la salud como ausencia de enfermedad.	Existe una conceptualización colectiva como buen vivir, la perciben en

acceso medicalizado	y	mental desde la sabiduría ancestral y equilibrio con el territorio	Prevalece la percepción individual en tener satisfechas las necesidades básicas.	equilibrio con la naturaleza.
		Reconocimiento del derecho a salud mental desde la normatividad occidental	Los servicios de salud están centrados únicamente en la salud física	Destacan el comportamiento de sentido de comunidad, ayuda a los padres, juego, trabajo y realización profesional.
Imposición de relaciones de producción desde una cultura capitalista		Conservación en algunas familias del sistema de producción familiar y comunitaria.	Perturbación del equilibrio social de la relación gasto-producción	Satisfacción de necesidades básicas por medio del dinero.
Vinculación al mercado global		Se conserva en alguna medida la tradición de mingas y brazo prestado para la organización del trabajo	Cambio de relaciones de producción patrón peón o trabajo a jornal que implica vender la fuerza de trabajo.	Ganancias destinadas al consumo de bienes como alimentos ropa (bienes para la reproducción y no para la producción)
Creciente mercado de cocaína que se evidencia en el alto requerimiento de fuerza de trabajo.		Reuniones comunitarias	Disminución de la mano de obra para la siembra y cultivo de productos tradicionales. *Padres, madres, jóvenes y niños hombres y mujeres salen a trabajar “raspar” No se comparten espacios de transmisión de cultura y conocimientos ancestrales con los hijos.	Líderes comunitarios interesados en dar solución a la problemática. *Respeto por parte de jóvenes y niños a sus padres y mayores.
Imposición de anteponer el trabajo al cuidado de los menores			Modificación de las pautas de crianza dejando perder patrones culturales en el cuidado y formación de los menores. *Niños y niñas con demasiado tiempo libre y sin supervisión de un adulto responsable.	Los niños escolarizados gozan de la guía de los profesores y del restaurante escolar en horas de la mañana.

Afectación de la soberanía alimentaria, por plantaciones de coca.	Preocupación de algunos padres y personas de la comunidad por la escasez de comida propia	*Hermanos mayores (menores de edad) que no salen a trabajar son encargados de la casa y el cuidado de los hermanos pequeños. *Los niños pasan hasta la tarde noche, sin almorzar dedicados únicamente al juego. Modificación del consumo de alimentos naturales por alimentos procesados, ya no siembran en la misma magnitud que antes los productos propios de la región. Disminución drástica de animales para el consumo humano. Consumo de licores como cerveza, ron, aguardiente, *Maltrato físico hacia la mujer por parte de los maridos en estado de embriaguez *Índices de desnutrición infantil.	Participación en mingas de siembra Sensibilización por parte de los docentes por medio de dramatizaciones.
Presencia de nuevas enfermedades en la comunidad y suicidios	Diagnóstico de enfermedades del monte y enfermedades médicas.	Difícil acceso al sistema de salud, por la inaccesibilidad geográfica y la falta de adaptación cultural del personal de salud en la EPS. Casos de intentos y suicidios consumados en su mayoría en estado de embriaguez.	Atención por parte de médicos tradicionales y saberes culturales a enfermedades de monte. Consejos de los líderes. *Las curaciones y rituales generan la vinculación y lazo social por medio de la participación de toda la comunidad.
Fumigaciones a cultivos de uso ilícito	Autonomía y reconocimiento jurídico	Pérdida de flora (entre ellas plantas medicinales utilizadas	

	como resguardos indígenas.	por los médicos tradicionales) y fauna (animales antes usados para el consumo humano y animales que servían de guía en horarios y tiempos de lluvia), contaminación del agua, ríos.	
Monetización del territorio dada la falta de sentido de pertenencia y reconocimiento de la riqueza en biodiversidad.	Conservación de semillas propias de su territorio.	Siembras sin rotación de cultivos de coca, alteración de las propiedades del suelo y uso de agroquímicos. *Desconocimiento por parte de los niños y niñas de conocimiento cultural respecto a semillas y cultivos propios de su territorio La Lengua Materna Awapit ha sido excluida por el uso del castellano.	Aún se practica las mingas para siembra de productos alimenticios "saw"
Imposición de cultura capitalista y pérdida de identidad cultural	Interculturalidad mayor acceso a comunicación	Percepción de no importancia a la lengua propia por burlas y comentarios peyorativos por parte de otras culturas Jóvenes hombres y mujeres salen de la comunidad a trabajar en la coca y se relacionan y forman familia con Mestizos y población Afro.	
Transculturación y mestizaje	Conservación del pueblo indígena en el tiempo.	Utilización inadecuada y sin supervisión de celulares, accesos a películas no aptas para menores de edad, influencia de la música que escucha haciendo alusión a los cultivos ilícitos, el dinero y el poder.	Consejos dados por los profesores y líderes respecto a que deben salir de la comunidad, pero no gozan de acogida total.
Imposición de una vida alrededor de la tecnología y las comunicaciones	Facilidades de comunicación		Familias con acceso a plantas eléctricas, celulares, televisión, equipos de sonido.

Mecanismos de control social incluyen diversas formas de violencia, medidas coercitivas o amenazas directas contra la población, para controlarla y que no ponga en riesgo el desarrollo de sus actividades.	Conservación de pautas de sociedad y Minga Humanitaria	Miedo y preocupación por parte de la comunidad que no los deja vivir tranquilos.	Reconocimiento de autoridades propias y mestizas. *Parcializada seguridad percibida en referencia a otras comunidades que se encuentran más expuestas a grupos armados.
Resistencia al trabajo comunitario porque no genera rentabilidad		*Baja participación de la comunidad en las mingas y reuniones comunitarias. *Participación remota de jóvenes hombres y mujeres en las reuniones y mingas ya que son percibidas como “pérdida de tiempo”	Convocatorias a las reuniones comunitarias por parte de líderes

Dimensión Singular: Procesos Críticos de la Salud Mental

El dominio singular permite visualizar la expresión de la determinación social en el individuo en pertenencia a un grupo social que enmarca sus procesos sociales y estos a la vez en pertenencia a procesos estructurales que determinan sus particularidades y universalidades en el cual se hace manifiesta la salud mental o el trastorno enmarcados en los estilos de vida, que involucra la fuerza de trabajo la producción cultural la producción simbólica y la ideología (Breilh, 2010).

Dentro de los procesos constructivos de salud mental se relata la colaboración y motivación en la participación en la formación de los más pequeños, así también se cuenta con la sabiduría de mayores, así como la orientación de los profesores; la vinculación temprana de niños, niñas y jóvenes a la guardia indígena los acerca al reconocimiento de su territorio y sus

principios fundamentales; existe también, un marcado compañerismo, respeto por los padres y valor del trabajo; el acceso a la educación el apoyo con útiles y materiales así como el restaurante escolar.

Por otra parte, y al respecto de procesos destructivos enmarcados en esta dimensión, se puede encontrar, niños, niñas y jóvenes hombres y mujeres sometidos a procesos de aculturación y pérdida de tradiciones (lenguaje, espiritualidad, vestimenta, dieta alimentaria, medicina tradicional). Así también se evidencia, desnutrición, interés y participación limitada en reuniones y mingas comunitarias, deserción escolar dadas las dificultades percibidas por la falta de adaptación cultural. Se puede mencionar, las difíciles condiciones materiales de algunas viviendas. De manera general, procesos orientados por la imposición de un pensamiento de reproducción capitalista, de acumulación de bienes materiales y dinero que los impulsa al trabajo infantil.

Tabla 16

Matriz de procesos críticos- dimensión singular (estilos de vida)

Procesos destructivos	Procesos constructivos
Niños niñas y jóvenes hombres y mujeres sometidos a procesos de aculturación y pérdida de tradiciones(lenguaje, espiritualidad, vestimenta, dieta alimenticia, medicina tradicional)	Se resalta la colaboración y motivación para la participación en la formación de los más pequeños.
Presencia de nuevas enfermedades en los niños y jóvenes hombres y mujeres de la comunidad	Conservación de sabiduría de mayores y médicos tradicionales
Participación remota de jóvenes hombres y mujeres en las reuniones y mingas.	Jóvenes hombres y mujeres forman parte de la guardia indígena.
Imposición de un pensamiento de reproducción capitalista de acumulación de bienes materiales y dinero	
Niños y jóvenes hombres y mujeres salen de su territorio a trabajar en cultivos ilícitos exponiéndose a inseguridad e incluso la muerte.	
Utilización inadecuada y sin supervisión de tecnología (celulares, música, películas) con influencia a la asociación positiva de dinero y poder en relación a los cultivos de uso ilícito.	Conversaciones y consejos por parte de profesores.
Niños y jóvenes hombres y mujeres víctimas directas e indirectas de violencia física y sexual.	Sensibilización por parte de profesores mediante representación de dramatizaciones

Niños libres y a la intemperie sin el cuidado de un adulto responsable después de la escuela	Atracción y habilidades desarrolladas por los jóvenes hombres y mujeres en el fútbol. Compartir juegos entre niños.
Descuido de la dieta alimentaria y horarios de comidas.	Restaurante escolar.
Desnutrición infantil y problemas digestivos.	
Casos de trabajo infantil	
Difíciles condiciones de vivienda, sin servicios públicos, sin agua potable, hacinamiento en algunos hogares.	
Deserción escolar e inaccesibilidad para continuar estudiando el bachillerato.	Compañerismo.
Percepción de inalcanzabilidad y dificultades respecto al desarrollo de una carrera técnica o profesional.	Respeto por sus padres y valor del trabajo

Abordaje explicativo de los recursos y las necesidades en salud mental de niños, niñas y adolescentes Awá de la comunidad de Agua Clara sobrevivientes al conflicto armado en el departamento de Nariño.

Al analizar en detalle el proceso histórico, político y cultural del pueblo Awá se puede evidenciar la influencia de los dominios general y particular respecto a los estilos de vida y vivencias diarias. Esta influencia se manifiesta en la cotidianidad de los jóvenes y niños hombres y mujeres Awá. Se vive la imposición de procesos de aculturación, pérdida de tradiciones, presencia de nuevas enfermedades, supremacía de intereses individuales sobre los colectivos, imposición de un pensamiento de reproducción capitalista, utilización inadecuada de la tecnología, exposición a violencia física y sexual, libertad en exceso, descuido en la dieta y horarios de alimentación, casos de trabajo infantil, deserción escolar, percepción de inalcanzable desarrollo profesional y condiciones materiales de vivienda adversas; configurándose como procesos destructivos de salud mental, con raíces más allá de lo visible.

En esta línea, la imposición de una cultura capitalista que ha ubicado al territorio del pueblo Awá al servicio de los mercados globales, ha trasgredido la concepción del buen vivir, el pensar bien, el equilibrio con el territorio y la naturaleza, el sentido de comunidad, el respeto y apoyo a los padres, la disponibilidad de alimentos, el juego, el trabajo y la realización profesional. Elementos que constituyen la definición de salud mental de los indígenas Awá. Más aún, se hace visible como una enmarañada realidad de acumulación de

bienes e intereses individuales, de satisfacción de necesidades básicas por medio del dinero, desdibuja los principios más esenciales de la cultura Awá y su cosmovisión.

Se han violentado las relaciones de producción del pueblo Awá, casi la totalidad de la población se ha dispuesto al servicio de los cultivos de uso ilícito, con trabajos que ya no se basan en la explotación de la mano de obra, el trabajo comunitario y brazo prestado, si no en la venta de su tiempo y trabajo volviéndose dependientes a la demanda del mercado global. Circunstancia que ha impulsado a qué padres, madres e hijos giren alrededor de la coca, saliendo a las carreteras y vías principales o adentrándose en dirección de estos cultivos, se enfrentan a la inseguridad y muchas veces a la muerte, a causa de actores armados que hostigan y matan hasta por equivocación. Esto ha causado la disminución en la mano de obra para la siembra y cultivo de productos tradicionales, por una parte, y los ha expuesto al mestizaje de las nuevas generaciones, por otra. Hechos antes inconcebibles desde sentido de comunidad y carácter de armonía con el territorio.

Se han afectado las pautas de crianza de los menores y el tiempo dedicado al cuidado de los hijos. Antes, los espacios de trabajo eran aprovechados para la enseñanza, interiorización y apropiación de conocimientos y prácticas culturales, en el marco de los principios fundamentales de la comunidad Awá. En la actualidad se evidencia descuido y libertad en exceso de los niños que pasan la tarde entera en la cancha o alrededor de la escuela jugando, la mayoría de las veces, sin ni siquiera almorzar; Así pues, se ha generado una desintegración del núcleo familiar por la falta de tiempo compartido y pérdida de relaciones de interacción. Desde esta perspectiva, se han informado también casos reiterativos de intentos y suicidios consumados en su mayoría en estado de embriaguez, las causas son difusas y no tienen una aparente relación entre ellas.

Al respecto de las implicaciones en la seguridad alimentaria, el pueblo Awá manejaba un sistema de producción basado en el autoconsumo y la recolección. En la actualidad, los cultivos que tradicionalmente se venían sembrando (chiro, caña, limón, papacum, maíz) y que eran la base de la alimentación, son desplazados por cultivos de coca, que ponen a la comunidad a la merced de productos procesados con químicos y conservantes; vinculando problemas de desnutrición, problemas digestivos y la ocurrencia de nuevas enfermedades, exposición a violencia física y sexual por consumo de licores, entre otros. Así mismo, por causa de fumigaciones, se experimenta en el territorio Awá la extinción de flora, fauna,

contaminación del agua, ríos y demás fuentes hídricas que influyen en la salud de la comunidad.

Aunado a esto, se evidencia la influencia de otras culturas en la pérdida de la identidad cultural, por mencionar un ejemplo, se ha logrado excluir del territorio la lengua Materna Awapit y se ha puesto en su remplazo el uso del castellano. Este cambio ha sido influenciado por la percepción de no importancia a la lengua propia reforzada por burlas y comentarios peyorativos de mestizos, retomando el relato de un líder se describe que parte del proceso de des aprendizaje de la lengua materna se dio por la interacción de las personas que ingresaban y salían de las comunidades y en el paso del camino saludaban en castellano y repetían palabras aprendidas reforzando la percepción de que la lengua propia debía olvidarse “Awapit feo no aprendamos esas palabras no son importantes, voy a olvidar”. De igual manera, se reporta que el des aprendizaje se dio en la interacción con patrones cuando los peones Awá salían a trabajar a la carretera. Por mencionar otro factor valioso que ha contribuido a esta situación se habla de los desplazamientos; los indígenas que han salido del territorio a causa del conflicto armado, han tenido que aprender castellano para sobrevivir en otras ciudades o lugares donde llegan.

De igual manera, se impone una vida alrededor de la tecnología y sus peligrosos usos cuando son manipulados sin conocimiento y supervisión, los medios de comunicación están implantando en las generaciones más jóvenes semillas de reproducción de poder y acumulación de capital por encima de la misma cultura y pervivencia del pueblo Awá. Circunstancias del mercado global que los hace resistentes a la participación y trabajo comunitario que es percibido como “pérdida de tiempo” al no generar rentabilidad.

Adicional a las implicaciones anteriormente expuestas, se retoma las afectaciones visibles, la punta del iceberg, con un sin número de cifras que evidencian la crueldad con que actúan los actores armados; en la voz de una Líder comunitaria se denuncia que desde el año 2016 hasta el año 2022 ha habido 12 masacres, 350 homicidios y este año han asesinado 52 personas, los habitantes no logran dimensionar tanta agresión, maldad, mal espíritu que hay contra este pueblo que ha tenido agresiones en un exterminio permanente y sin piedad. En lo que se refiere a masacres de años anteriores se relata en voz de un padre de familia la despiadada masacre ocurrida en el año 2009 “para recordar la masacre del 2009 en el resguardo Tortugaña Telembi en la cual mataron a dos compañeras en avanzado estado de

embarazo y en honor a esos niños se le dieron el nombre a los ríos más importante el río Nembi y el Telembi" Así también y por mencionar en el resguardo Gran Rosario se asesinaron menores de edad, entre ellos "un niño de 6 meses que murió con tiros en la frente", estos y otros hechos violentos han dejado temor en las familias Awá. La UNIPA por su parte, ha venido documentando las agresiones y se encuentra que, desde la firma del acuerdo de paz, se registran al menos 350 hechos de agresión, entre los que resaltan los alrededor de 95 hechos de homicidio. Solo en el año 2022, se han cometido 11 homicidios, 16 desapariciones, alrededor de 50 amenazas contra líderes y al menos 3 hechos de desplazamiento forzado, que hoy tienen más de 1200 víctimas, que no han podido retornar a sus resguardos, del mismo modo, se han presentado varios hechos de agresión ambiental entre ellos, al menos cuatro con derramamiento de crudo.

Esta es, tal vez la pieza de todo el entramado que ha sido foco de mayor atención directa por parte del gobierno Nacional; sin embargo, y pese a los esfuerzos legislativos y jurídicos, al momento no se ha logrado un alivio para este pueblo. La violencia directa por parte de actores armados, configurada en enfrentamientos, desplazamientos y demás crímenes sistemáticos, tienen al borde del exterminio físico al pueblo Awá y se traduce en miedo e intranquilidad de un pueblo autodenominado como pueblo de paz. En este contexto, se configura la pérdida de confianza en la legitimidad del Estado con respecto a la seguridad percibida.

Por otra parte, y desde la universalización de parámetros sociales, se visualiza la imposición del Sistema de Salud y Sistema Educativo institucionalizados, sin la adaptación cultural necesaria respecto a contenidos, metodología, accesibilidad geográfica, como derechos fundamentales que inciden en los niveles de estresores diarios percibidos por los indígenas menores de edad. Así también, y al respecto del sistema educativo, menciona un padre de familia "Ese mi hijo, yo tengo 7 hijos, ya va como que tercero estaba en el colegio, pero ya se retiró muy duro, también no entendía examen muy duro, ya está trabajando"

Por otra parte, vale la pena mencionar que se generaliza el rol de la mujer en una desventaja con el hombre, al otorgarle en adición al trabajo compartido con el hombre, la responsabilidad de cuidado de los hijos y la casa. Desde esta perspectiva, la relación general y particular que somete a la comunidad, tiene su influencia en la salud mental de niños y adolescentes, de acuerdo con los patrones sociales que estén reproduciéndose.

Al respecto de los recursos de la población Awá frente a procesos constructivos de salud mental, se pueden identificar cinco pilares fundamentales.

En primer lugar, se encuentra la conservación y pervivencia del pueblo indígena, la sabiduría tradicional, las creencias, costumbres, las reuniones y conversatorios de los mayores; que tienen el legado de transmitir el conocimiento al respecto de sus costumbres, formas de trabajo, relaciones de producción, medicina tradicional, lengua, cultivos tradicionales, entre otras riquezas culturales.

El segundo pilar, se fundamenta en la organización de la guardia indígena, "muchas organizaciones empezaron a emerger en medio del conflicto para responder, entre los años 80 y 85 invadieron el territorio y ahí fue que los mayores empezaron a conversar que no está bien que gentes externas invadan las tierras". La guardia está conformada por jóvenes hombres y mujeres y adultos que velan por la seguridad del territorio y sus habitantes, desde muy pequeños han acompañado, ellos son los protectores de nuestro medio ambiente, de la madre tierra, de la vida, y del acompañamiento y protección de nuestros líderes. De igual manera, se menciona el reconocimiento jurídico del gobierno propio, la titulación de los resguardos y de la autoridad propia. La conformación de estas organizaciones permiten visualizar la conservación del sentido de comunidad y trabajo desinteresado por el territorio y por el otro, en una relación basada en la confianza y cercanía, según un integrante de la guardia, "la guardia puede comprender y comportarse frente a situaciones específicas de una manera culturalmente adecuada, está identificada por medio de un bastón con una bandera que lleva los cuatro colores". La defensa del territorio se basaba en la reunión de organizaciones de las diferentes comunidades y la formación del pueblo indígena.

En el tercer pilar se reconoce el liderazgo de líderes comunitarios, como el Gobernador suplente y los docentes, que con su quehacer en la escuela actúan sobre la orientación de sus estudiantes y las alternativas de solución frente a dificultades que se analizan en comunidad para dar respuesta a las necesidades más próximas por medio de reuniones, conversatorios, mingas, y consejos de vida.

El cuarto pilar se enmarca en el liderazgo y apoyo para hacer frente a actuaciones de los grupos armados, esto se da por medio de comisiones que luchan y resisten por medio de la palabra. También existe la figura de Minga humanitaria por la vida y la dignidad, lleva alrededor de 12 años y moviliza personas de todas las comunidades, Así pues, la minga "es

como un movimiento de resistencia, siempre nos caracterizamos por ser unidos”. La minga por la vida inició en el año 2009 a causa de la masacre perpetrada por la antigua FARC vivida en Tortugaña Telembi, según reportes, se hizo para recuperar los cuerpos de las víctimas que quedaron en la masacre “la minga es el sentir del pueblo” "la miga es una organización de protección que responde de manera masiva a las lesiones que dejan los grupos armados”

Finalmente y como quinto pilar, se cuenta con las habilidades y cualidades de los niños, niñas y adolescentes que muestran una actitud de cooperación y apoyo de los más grandes hacia los más pequeños, compañerismo, motivación e interés por la formación de los pequeños y grandes destrezas físicas.

Estrategia de promoción en salud mental en niño, niñas y adolescentes de la comunidad de Agua Clara del pueblo indígena Awá sobrevivientes al conflicto armado en Nariño.

Elementos Constitutivos de la Estrategia Comunitaria en Promoción de la Salud Mental

La estrategia de intervención no colonizadora se formuló retomando la definición de salud mental para la comunidad de Agua Clara, como el buen vivir, el pensar bien, el equilibrio con el territorio y la naturaleza, destacando por parte de los más jóvenes, el sentido de comunidad, el respeto y apoyo a los padres, la disponibilidad de alimentos, el juego, el trabajo y la realización profesional; como producto del análisis de la matriz de procesos críticos desde el marco de determinación social de la salud en las dimensiones general del pueblo indígena Awá, la dimisión particular de la comunidad de Agua Clara del pueblo indígena Awá y la dimisión singular correspondiente a los niños, niñas y adolescentes de la comunidad de Agua Clara del pueblo indígena Awá. Y la profunda reflexión teórica de autores que se ajustan a la realidad de la comunidad, como es el caso Chapela (2007) y Lluch (2002).

De este modo, los elementos constitutivos de la estrategia en promoción de salud mental de la población participante fueron pensados desde el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) relacionando en cada ciclo la reflexión de los cuatro mundos del pueblo Awá (Ver figura 8). En el ciclo correspondiente a planeación, se expone el desarrollo de tres fases, en primer lugar se encuentra la gestión de recursos materiales que posibiliten la implementación y respaldo institucional de entidades públicas y privadas de la estrategia. Para llevar a cabo esta fase, la estrategia se orientará desde el cabildeo en búsqueda de la aceptación social, compromiso y apoyo político y sistemático (González-Molina, 2002). Al

respecto de las actividades a llevar a cabo en esta fase se plantea el desarrollo de productos educocomunicativos y espacios presenciales.

La fase de expectativa orienta su objetivo hacia la generación de interés y movilización de la participación de niños, niñas, adolescentes padres de familia, mayores, líderes y docentes, en el reconocimiento de la salud mental desde la presencia de salud, con capacidad emancipadora y desarrolladora de capacidades y habilidades humanas que permiten, en palabras de Chapela (2007), la estrategia a utilizar será el sistema de comunicación social, mediante el uso de piezas edu-comunicativas difundidas a través de medios de comunicación y espacios lúdicos presenciales. Como fase final de este ciclo de planeación, se estructura la fase de sensibilización cuyo objetivo es generar conciencia sobre la importancia de devolverle la voz al pueblo indígena y recibir la palabra como práctica intencionada al reencuentro con su esencia, enmarcada desde los deseos e intereses de la cosmovisión Awá y no desde intensiones alimentadas por los deseos e intereses del sistema capitalista como se vive en la actualidad. Así también se plantea en esta fase, generar espacios de reflexión sobre la autonomía de sí mismos, sobre su identidad cultural, sobre su historia, sobre las cicatrices de sus cuerpos, sobre sus proyectos vitales; para reencontrar y empezar a proyectar los deseos e intenciones propias como indígenas Awá. Entre las estrategias que posibilitarían el cumplimiento de este objetivo se puede mencionar la educación para la salud, entendida como cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten (OMS). De manera específica, en cuanto a actividades se plantea el desarrollo de dos sesiones de conversatorios enmarcadas en el Círculo de la palabra guiado.

Para dar continuidad al desarrollo de la estrategia se plantea el ciclo del hacer, enmarcado en la fase de intervención que proyecta dos objetivos, así pues, por una parte, pretende la construcción del propio proyecto vital, colectivo e individual en ejercicio de las capacidades humanas planteadas por Chapela (2007) (Sapiens, eróticas, lúdicas, económicas, políticas). Además de buscar el entrenamiento de habilidades in situ (conocimiento de sí mismo y de su territorio, actitud prosocial, autonomía, relaciones interpersonales, toma de decisiones, solución de problemas, inteligencia emocional y flexibilidad para la adaptación) (Lluch, 2002) basadas en un conocimiento intergeneracional. Para su desarrollo se ha

planteado como estrategia, la promoción de espacios saludables, desde los cuatro principios de la cosmovisión: unidad, territorio, cultura y autonomía para una salud mental positiva. Y como objetivo final de esta fase, se plantea promover la recuperación de su espacio en el mundo, ese espacio que se ha perdido al poner la vida como un recurso del mercado global. Esta fase se enmarcará desde la estrategia de apoderamiento que retoma y recupera el poder, que en primera instancia era propio, para vivir proyectos escritos en sus cuerpos (Chapela, 2007). Como actividades para esta fase se considera el desarrollo de tres talleres de construcción del proyecto vital, la creación de la organización- minga “Herederos del territorio”, salidas de campo para el avistamiento de aves, animales, plantas; compartir fraternal, así también, se proyecta una feria de saberes y sabores, concursos de encuentros musicales y encuentros deportivos y el desarrollo de una ceremonia de reconocimiento y graduación pública de formación de formadores en el entrenamiento de las habilidades descritas con anterioridad. Finalmente, dentro de estos espacios se plantea la generación de mingas de pensamiento joven entre comunidades que posibiliten la formación y apropiación cultural.

Para el ciclo de verificación, se encuentra la evaluación que permite verificar el cumplimiento de objetivos, impacto de la implementación de la estrategia de promoción en salud mental bajo un seguimiento de indicadores cualitativos y cuantitativos. Finalmente, en el ciclo de actuar se encuentra la fase de retroalimentación cuyo objetivo plantea implementar los aspectos de mejora resultado de la medición de indicadores cuantitativos y cualitativos en retroalimentación a la implementación de la estrategia de promoción en salud mental, aspectos que se orientaran desde el ajuste del plan operativo. En la tabla 12 se plantea en detalle el plan operativo que enmarca la estrategia partiendo de las necesidades, objetivos específicos para cada necesidad, la estrategia, las metas, los indicadores de gestión, las fuentes de verificación y las actividades a desarrollar.

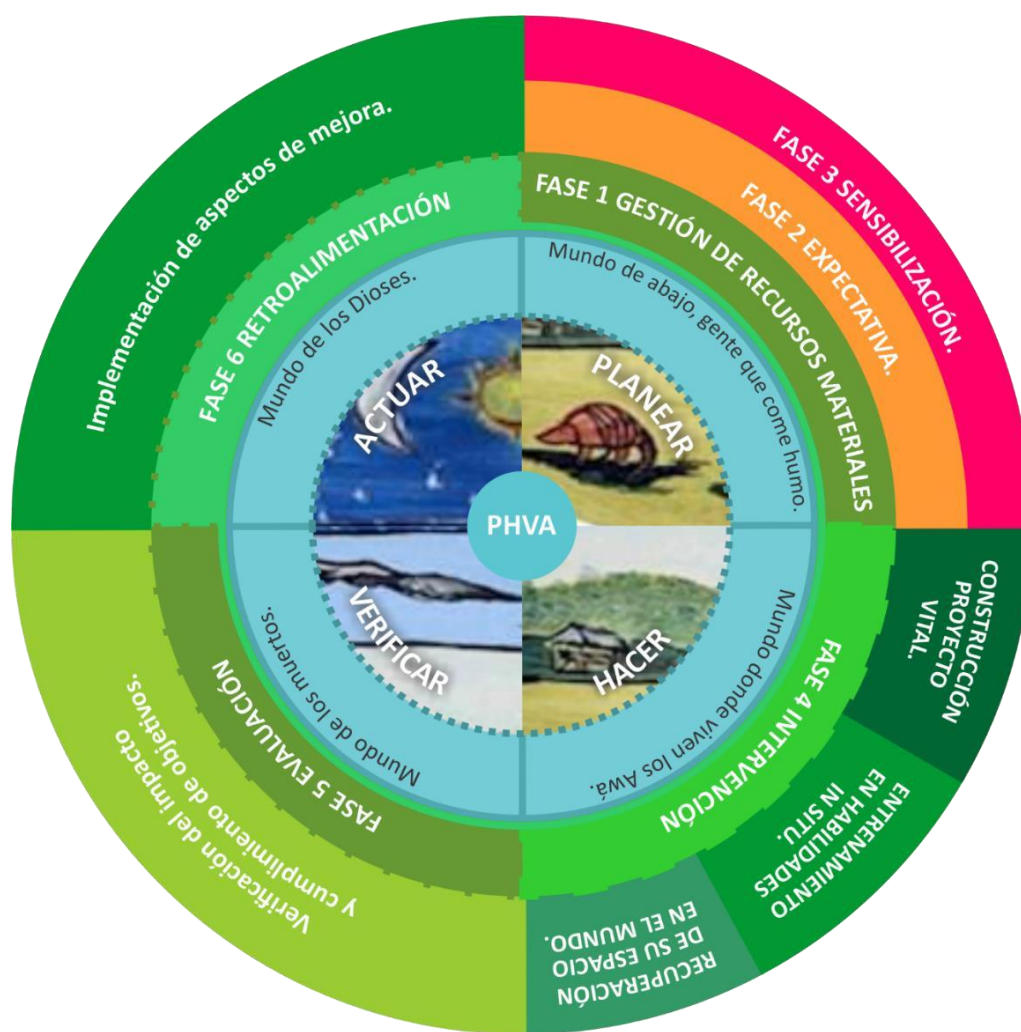
Alcance

La estrategia comunitaria en promoción de la salud mental está dirigida a niños, niñas y adolescentes de la comunidad de Agua Clara del pueblo indígena Awá, con los que se busca promover procesos constructivos de salud mental positiva a través del compromiso y participación en las diferentes actividades y acciones que prevean la recuperación de la voz de

los indígenas menores de edad de la comunidad y les permita el disfrute del buen vivir en equilibrio con su territorio y sus pobladores.

Figura 5

Estrategia de promoción en salud mental niños, niñas y adolescentes comunidad Agua Clara del pueblo indígena Awá Colombiano Departamento de Nariño.



Descripción de las fases de la estrategia comunitaria en salud mental

Fase 1. Gestión de recursos materiales	
Objetivo	Generar respaldo institucional desde la organización política del pueblo y entidades públicas o privadas que posibiliten la implementación y adaptación de la estrategia en las demás comunidades del pueblo indígena Awá
Estrategia	Cabildeo en búsqueda de la aceptación social, compromiso y apoyo político y sistemático (González-Molina, 2002)
Fase 2. Expectativa	
Objetivo	Generar interés sobre la importancia de promover los procesos constructivos de salud mental en los menores de edad y movilizar la participación de la comunidad en la estrategia comunitaria de promoción de la salud mental.
Necesidad	Generar interés y movilizar la participación de la comunidad.
Estrategia	Sistemas de comunicación social:
Involucrados	Niños niñas, adolescentes padres de familia, mayores, mayores, líderes y docentes.
Número de sesiones y duración	1 sesión presencial de 60 minutos Duración del producto educomunicativo de 3 a 6 minutos
Descripción de la actividad	Visita lúdica presencial: Previamente se hace el contacto con un grupo de teatro para el desarrollo de esta sesión; se presenta a los asistentes una puesta en escena (cuadros teatrales con títeres) en relación a los procesos constructivos de salud mental, posterior a cada representación se comenta en que consiste cada tema abordado. Seguidamente se invita a todos los presentes a participar de un taller escénico, para finalizar se conforma grupos, se hace entrega de una historia referente al tema, elementos y utilería teatral (vestuarios, maquillaje, etc) la cual deberán representarla teniendo en cuenta el taller teatral, su propia experiencia, aprendizajes y previa explicación de los conceptos.

	Para el cierre se hacen un resumen concreto de los puntos más importantes abordados durante la sesión. Finalizando con la invitación a los interesados para hacer parte de la estrategia comunitaria en promoción de la salud mental de niños, niñas y adolescentes. Desarrollo de productos educocomunicativos diseñados en relación al reconocimiento de una salud como capacidad emancipadora y desarrolladora de capacidades y habilidades humanas, que permiten la construcción de futuros posibles desde la salud mental positiva de niños, niñas y adolescentes Awá. Publicados en redes sociales personales e institucionales. Meta de gestión: 80% de la población objetivo asiste a la sesión presencial y visualiza e interactúa con los productos educocomunicativos. Meta de producto: 100% (3) productos educocomunicativos para ser difundidos de manera presencial y por medios de comunicación. Diseñados en relación al reconocimiento de una salud como capacidad emancipadora y desarrolladora de capacidades y habilidades humanas, que permiten la construcción de futuros posibles. Meta de resultado: 70% de la población objetivo se decide a participar en la estrategia. Indicador de gestión: # de personas población objetivo asiste a la sesión presencial y visualizan e interactúan con los productos educocomunicativos / # total de población objeto de estudio convocada X 100. Indicador de producto: # de productos educocomunicativos elaborados /# de productos educocomunicativos programados X 100. Indicador de resultado: # de personas población objetivo que se deciden a participar / # total de población objeto de estudio convocada X 100. Gestión: Comentarios personales / virtuales o likes en los diferentes medios de comunicación.
Metas	
Indicador	

Fuente de verificación	Producto: productos educomunicativos Resultado: listado de inscritos
Fase 3. Sensibilización	
Objetivo	Generar interrogantes sobre la salud mental positiva de los niños, niñas y adolescentes Awá y concientizar a la comunidad sobre la importancia de promover salud mental positiva en los menores de edad, al devolverle la voz al pueblo indígena y recibir la palabra como practica intencionada al reencuentro con su esencia, enmarcada desde los decesos e intereses de la cosmovisión Awá y no desde intensiones alimentadas por los deseos e intereses del sistema capitalista como se vive en la actualidad.
Necesidad	Generar interés y movilizar la participación de la comunidad.
Estrategia	Sistemas de comunicación social:
Involucrados	Niños niñas, adolescentes padres de familia, mayores, mayores, líderes y docentes.
Número de sesiones y duración	1 sesión presencial de 60 minutos Duración del producto educomunicativo de 3 a 6 minutos Visita lúdica presencial: “El mural de los recuerdos” Se invita a los participantes a visualizar una serie de fotografías alusivas a tradiciones culturales, experiencias que de manera general enmarquen la cosmovisión Awá. A partir de cada foto se planean preguntas orientadas, cada participante responderá a partir de su experiencia, perspectiva y conocimiento, al tiempo se va tomando nota de lo más relevante, para final se construye participativamente una historia reflexiva con las palabras y frases comentadas por los participantes.
Descripción de la actividad	A partir de los resultados expuestos se genera un espacio de reflexión en torno a la promoción de salud mental positiva en los indígenas menores de edad desde su propia cosmovisión. Esta actividad estará estructurada desde la construcción de un mural de recuerdos, para esto se despliega un telar en la pared, se ubican pinturas, lápices,

	marcadores, tiza de colores, lana, colbom, y demás materiales didácticos, se invita a los participantes a plasmar su reflexión junto con las fotografías y se da inicio al proceso de re significación. Posteriormente se invita a los asistentes a comentar sus percepciones, emociones frente al desarrollo del encuentro como cierre de la sesión.
	Desarrollo de productos educomunicativos diseñados en relación al reconocimiento de una salud como capacidad emancipadora y desarrolladora de capacidades y habilidades humanas, que permiten la construcción de futuros posibles desde la salud mental positiva de niños niñas y adolescentes Awá. Publicados en redes sociales personales e institucionales.
Metas	Meta de gestión: 80% de la población objetivo visualiza e interactúa con la actividad presencial y los productos educomunicativos. Meta de producto: 100% (2) productos educomunicativos para ser difundidos de manera presencial y por medios de comunicación. Meta de resultado: 70% de la población objetivo se sensibiliza al respecto de la realidad vivida y la importancia de promover salud mental positiva en los menores de edad. Indicador de gestión: # de personas población objetivo que se sensibiliza e interactúan con la actividad presencial y los productos educomunicativos / # total de población objeto de estudio a la que llega los productos comunicativos X 100.
Indicador	Indicador de producto: # de productos educomunicativos elaborados /# de productos educomunicativos programados X 100. Indicador de resultado: # de personas población objetivo que se sensibiliza ante la realidad vivida / # total de población objeto de estudio a la que llegan los productos comunicativos X 100.
Fuente de verificación	Gestión: Reflexiones de los participantes Producto: productos educomunicativos Resultado: lista de personas asistentes y participantes en la sesión.

Fase 4. Intervención

Objetivo Actividad 1	Generar espacios de reflexión sobre la autonomía de sí mismos, sobre su identidad cultural, sobre su historia, sobre las cicatrices de sus cuerpos, sobre sus proyectos vitales; para reencontrar y empezar a proyectar los deseos e intenciones propias como indígenas Awá.
Necesidad	Recuperación de la cultura y las actividades tradicionales.
Estrategia	Educación para la salud:
Involucrados	Niños Niñas y adolescentes de la comunidad de Agua Clara.
Número de sesiones y duración	2 sesiones de conversatorios enmarcadas en el Círculo de la palabra.
Descripción de la actividad 1	Círculo de la Palabra: previo al encuentro, se adecua la ambientación de un espacio, donde se ubicarán cojines en sentido de mesa redonda, en el centro se formará un espiral, el cual será formado con flores de colores, hojas secas, velas y elementos alusivos a la cosmovisión Awá. Para dar inicio se invita a los participantes que cierren sus ojos, que dejen cualquier elemento que pueda ser factor de distracción, se acompaña con música tradicional. En seguida se realiza un sondeo de preguntas al respecto de saber los sentires y pensamientos del momento como apertura a la actividad central, se solicita que elijan uno de los elementos que se encuentran en el círculo, deberán reconocerlo desde sus sentidos y cada uno compartirá su sentir y por qué eligió ese elemento, posteriormente se guiará un conversatorio a partir de las preguntas orientadoras. Para continuar se pedirá colocarse de pie, caminar en el espacio respetando el espiral y al ritmo pautado por el instrumento deberán desplazarse realizando movimientos referentes al baile, cuando el instrumento pare se hará una pregunta, la cual deberá contestarse en una sola palabra, esto en tres repeticiones. Se invita a reflexionar desde su identidad individual y colectiva para dar paso a la reflexión de los elementos constitutivos del proyecto de vida.

	Nota: Se realizará la planeación de las dos sesiones de acuerdo al número de participantes y edades de los mismos. Meta de gestión: 80% de la población objetivo asiste y participa de las actividades programadas. Meta de producto: 100% (2) protocolos para el desarrollo de las actividades.
Metas actividad 1	Meta de resultado: 60% de la población participante adquiere conocimientos sobre la autonomía de sí mismos, sobre su identidad cultural, sobre su historia, sobre las cicatrices de sus cuerpos, sobre sus proyectos vitales; para reencontrar y empezar a proyectar los deseos e intenciones propias como indígenas Awá. Indicador de gestión: # de participantes que asisten y participan de las actividades programadas / # Total de participantes convocados X 100. Indicador de producto: # protocolos para el desarrollo de las actividades /# De protocolos para el desarrollo de las actividades programados X 100.
Indicador actividad 1	Indicador de resultado: # de personas población objetivo que adquiere conocimientos / # total de participantes que asiste a las actividades X 100.
Fuente de verificación actividad 1	Gestión: Reflexiones de los participantes, registro fotográfico. Producto: Protocolo de las sesiones y material didáctico. Resultado: Registro de seguimiento y evaluación
Objetivo Actividad 2	Construcción del propio proyecto vital colectivo e individual en ejercicio de las capacidades humanas, orientados desde los deseos e intenciones propias, la satisfacción con la vida y las perspectivas del futuro.
Necesidad	Supremacía de intereses individuales sobre los colectivos e imposición de un pensamiento de reproducción capitalista. Deserción escolar. Percepción de inalcanzable desarrollo profesional.
Estrategia	Educación para la salud

Anclaje teórico	Capacidades humanas Chapela (2007)
Involucrados	Niños, niñas y adolescentes de la comunidad de Agua Clara.
Número de sesiones y duración	2 talleres de una hora y 30 minutos.
Descripción de la actividad 2	Taller: “Construyendo mi proyecto vital individual y colectivo” el desarrollo del taller se estructurará desde construcción y el reconocimiento simbólico de las partes de un árbol incluido en medio del ecosistema así y sus influencias; como el reconocimiento de sus partes (raíces, tallo, hojas y frutos). Para dar cierre a la sesión los participantes realizarán la siembra de una semilla tradicional en la formación de un Saw (huerta común) como representación simbólica al renacimiento de su proyecto vital.
Metas actividad 2	Meta de gestión: 80% de la población objetivo asiste y participa de la construcción de su proyecto vital en el marco de las actividades programadas. Meta de producto: 100% (4) protocolos para el desarrollo de las actividades. Meta de resultado: 60% de la población participante construye su proyecto vital.
Indicador actividad 2	Indicador de gestión: # de participantes que asisten y participan de las actividades programadas / # Total de participantes convocados X 100. Indicador de producto: # protocolos para el desarrollo de las actividades / # De protocolos para el desarrollo de las actividades programados X 100. Indicador de resultado: # de personas que construyen su proyecto vital / # total de participantes que asiste a las actividades X 100.
Fuente de verificación actividad 2	Gestión: Reflexiones de los participantes, registro fotográfico. Producto: Protocolo de las sesiones y material didáctico. Resultado: proyectos vitales contruidos.

	Promover espacios de desarrollo y entrenamiento de habilidades in situ para una
Objetivo Actividad 3	(Conocimiento de sí mismo y de su territorio, actitud pro-social, autonomía, relaciones interpersonales, toma de decisiones, solución de problemas, inteligencia emocional y flexibilidad para la adaptación) basadas en un conocimiento intergeneracional.
Necesidad	Utilización inadecuada del tiempo libre, sin acompañamiento.
Estrategia	Creación de espacios saludables:
Anclaje teórico	Salud mental positiva (Lluch, 2002)
Involucrados	Niños, niñas y adolescentes mayores mayores, docentes y líderes de la comunidad de Agua Clara.
Número de sesiones y duración	7 sesiones presenciales de 3 horas.
Materiales	
Descripción de la actividad 3	Creación de la organización- minga “Herederos del territorio” como escenario para el desarrollo y entrenamiento de habilidades in situ (Conocimiento de sí mismo y de su territorio, actitud pro-social, autonomía, relaciones interpersonales, toma de decisiones, solución de problemas, inteligencia emocional y flexibilidad para la adaptación) basadas en un conocimiento intergeneracional. Para dar inicio a la organización a partir de una metodología basada en la democracia los participantes elegirán cuatro líderes representantes, que serán los encargados de organizar y gestionar el funcionamiento y mantenimiento de la minga en el tiempo. Se expondrán las propuestas de acuerdos de participación y convivencia, así como la planeación operativa de los diferentes ejes del plan operativo de acuerdo al fortalecimiento y entrenamiento de habilidades particulares. Así pues, se llegará a la aprobación y consolidación del plan de trabajo, responsables y de manera general la misión y visión de la minga “Herederos del Territorio” Dentro de los ejes se propone el desarrollo de salidas de campo para el

	avistamiento de aves, animales, plantas; Compartir fraternal; Feria de saberes y sabores.; Concursos de encuentros musicales; Encuentros deportivos.; Juego de roles y trabajo con títeres entre otras propuestas que pasaran a la elección de los participantes. Dentro de esta actividad se planea un reconocimiento para niños, niñas y adolescentes que hayan participado en el entrenamiento de las diferentes habilidades por medio de una ceremonia de reconocimiento y graduación pública que les otorgara el título de formadores de los nuevos integrantes de la minga. Meta de gestión: 80% de la población objetivo asiste y participa de las actividades programadas.
Metas actividad 3	Meta de producto: 100% (7) protocolos para el desarrollo de las actividades. Meta de resultado: 70% de la población participante forma parte de la minga de los herederos del territorio.
Indicador actividad 3	Indicador de gestión: # de participantes que asisten y participan de las actividades programadas / # Total de participantes convocados X 100. Indicador de producto: # protocolos para el desarrollo de las actividades /# De protocolos para el desarrollo de las actividades programados X 100. Indicador de resultado: # de personas que integran la minga de los herederos del territorio/ # total de participantes que asiste a las actividades X 100.
Fuente de verificación actividad 3	Gestión: participación de los asistentes, registro fotográfico. Producto: Protocolo de las sesiones y material didáctico. Resultado: integrantes de la organización minga herederos del territorio, y actividades ejecutadas.
Objetivo Actividad 4	Promover la recuperación del espacio de las niñas, niños y adolescentes Awá en el mundo.

Necesidad	Exposición a violencia física y sexual, libertad en exceso, descuido en la dieta y horarios de alimentación, casos de trabajo infantil.
Estrategia	Educación para el apoderamiento:
Anclaje teórico	Apoderamiento Chápela (2007).
Involucrados	Niños, niñas y adolescentes Awá de la comunidad de Agua Clara y menores de edad de comunidades vecinas.
Número de sesiones y duración	Programación mensual de mingas de pensamiento joven entre comunidades.
Materiales	Mingas de pensamiento joven entre comunidades. Dentro de los productos y encuentros resultantes de la minga “Herederos del territorio” se convocará a menores de edad de otras comunidades y
Descripción de la actividad 4	dentro de la programación se dará apertura a un espacio de reflexión y compartir de experiencias desde los integrantes de la comunidad de Agua Clara hacia los integrantes de otras comunidades propiciando la motivación e interés en retomar el lugar de los menores de edad Awá desde la cosmovisión de su Pueblo.
Metas actividad 4	Meta de gestión: 80% de las comunidades convocadas asisten y participa de las actividades programadas. Meta de producto: 100% (1) protocolo para el desarrollo de las actividades.
Indicador actividad 4	Meta de resultado: 70% de la población de diferentes comunidades participa de la minga de pensamiento joven. Indicador de gestión: # de participantes que asisten y participan de la minga de pensamiento juvenil / # Total de comunidades convocadas X 100. Indicador de producto: # protocolos para el desarrollo de la minga/# De protocolos para el desarrollo de las actividades programados X 100.

	Indicador de resultado: # de niños niñas y adolescentes que participan y cuentan sus relatos en la minga/ # total de participantes que asiste a la actividad X 100.
Fuente de verificación actividad 4	Gestión: participación de los asistentes, registro fotográfico. Producto: Protocolo de la sesión y material didáctico. Resultado: participantes que intervienen en la minga de pensamiento juvenil.
Fase 4. Evaluación	
Objetivo	Verificar el cumplimiento de objetivos, impacto de la implementación de la estrategia de promoción en salud mental de acuerdo al análisis de indicadores.
Estrategia	Comité evaluador y rendición de cuentas.
Fase 5. Retroalimentación	
Objetivo	Implementar los aspectos de mejora resultado de la medición de indicadores cuantitativos y cualitativos en retroalimentación a la implementación de la estrategia de promoción en salud mental.
Estrategia	Comité de retroalimentación.

Resultados esperados

La presente estrategia representa un aporte novedoso de intervención no colonizadora que impacte positivamente en la promoción en salud mental de menores de edad indígenas del pueblo Awá del departamento de Nariño. Se espera que la estrategia promueva el capital social, el reconocimiento de sí mismo y del territorio; de la cultura y cosmovisión Awá. El entrenamiento de habilidades cognitivas y comportamentales de los indígenas menores de edad, que les permita disfrutar su vida y enfrentarse de manera ventajosa a las adversidades diarias.

Por otra parte, se espera que la estrategia comunitaria en la promoción de la salud mental pueda adaptarse y aplicarse a otras comunidades del pueblo indígena Awá, así también, se convierta en un insumo para la generación de políticas institucionales que se enfoquen en la potencialización de procesos protectores de salud mental de los Indígenas Awá menores de edad sujetos de derechos sobrevivientes a conflicto armado.

Capítulo 6 Discusión, Conclusiones y Recomendaciones

El presente estudio tuvo como objetivo validar una intervención no colonizadora para la promoción de salud mental dirigida a niños, niñas y adolescentes de la comunidad de Agua Clara del pueblo indígena Awá sobrevivientes al conflicto armado en el departamento de Nariño.

Un primer aporte de la investigación para formular la estrategia fue entender que la imposición de relaciones de producción desde una cultura capitalista y el ejercicio de poder a través de la violencia contra estos pueblos originarios pone en alto riesgo la pervivencia física y cultural produciendo efectos en la salud mental de menores de edad sujetos de derechos. Hallazgo que es corroborado empíricamente por la propuesta de Ruiz-Eslava, Urrego-Mendoza y Escobar-Córdoba (2019), quienes plantean que la desestructuración y transformación de la cultura son determinantes para la afectación de la salud mental indígena.

Al respecto, se puede mencionar la imposición de procesos de aculturación, pérdida de tradiciones, presencia de nuevas enfermedades, supremacía de intereses individuales sobre los colectivos, imposición de un pensamiento de reproducción capitalista, utilización inadecuada de la tecnología, exposición a violencia física y sexual, libertad en exceso, riego de soberanía alimentaria y descuido en la dieta y horarios de alimentación; trabajo infantil, deserción escolar, percepción de inalcanzable desarrollo profesional y sometimiento a procesos de control social por medio de la expresión de violencia en diferentes situaciones, así como la desintegración del núcleo familiar y la disminución del tiempo compartido en familia se convierten en procesos destructores de la salud mental de niños, niñas y adolescentes. Y, por otra parte, se reconocen como procesos constructores de salud mental, la conservación y pervivencia del pueblo indígena, de la mano con la pervivencia física, se cuenta aún con la sabiduría tradicional, las creencias, costumbres, las reuniones y conversatorios de los mayores, organizaciones como la guardia indígena, mingas, liderazgos comunitarios e institucionales, y las habilidades y cualidades de los niños, niñas y adolescentes que muestran una actitud de cooperación y apoyo de los más grandes hacia los más pequeños y el compañerismo.

Por lo anterior, este hallazgo pone en relevancia el abordaje integral y las diferentes vías de afectación que pueden llegar a incidir en la salud mental de los menores de edad; reflexión que confirma lo propuesto por Jordans y Tol (2015) en relación con el abordaje desde un enfoque de sistemas, capaz de analizar las afectaciones visibles e invisibles

enmarcadas en las dinámicas sociales de producción y reproducción y sus campos de poder. De este modo y de la mano con Médicos Sin Fronteras (2013) se reconoce que el conflicto armado, vincula factores contextuales que afectan la salud mental y la calidad de vida de las comunidades y sus integrantes.

Por otra parte, el análisis de resultados, la formulación y validación de la estrategia comunitaria en salud mental, se vincula a los planteamientos al respecto del capital social y su aporte en la promoción de la salud (Hurtado et. al, 2011) al estar asociado al apoyo social, la participación en redes sociales, de apoyo, de confianza, solidaridad, cooperación y reciprocidad (Cardozo et. al, 2017) desde esta perspectiva la estrategia en promoción de la salud mental propuesta en esta investigación posibilitaría el fortalecimiento del capital social en los menores de edad sujetos a derechos a través de la vinculación a redes de apoyo por medio de formación de la minga "herederos del territorio" y mingas de pensamiento joven, organizaciones que les permitan movilizar recursos a través de las interacciones, intercambio de información y vínculos relacionales que se puedan fortalecer entre los miembros de la comunidad y entre comunidades del pueblo indígena Awá de modo que, se amplíen oportunidades que les posibiliten el disfrute de la vida y la gestión de recursos para enfrentarse a los desafíos diarios que se les presenten. En esta Línea, Abbott y Freeth (2008) plantean que en Colombia los componentes cognitivos del capital social pueden ser precursores de la cohesión social y de igual manera reducir la exposición y la carga de estresores psicosociales que repercuten directamente en la salud mental de la población.

Otro resultado de la presente investigación respecto a la inaccesibilidad y deserción escolar como proceso destructor de salud mental se relaciona con los resultados de Hurtado et. al (2011) quienes plantean que el bajo nivel educativo se relaciona con una peor salud, al contrario de personas con alto nivel educativo, en quienes la reciprocidad como característica del capital social se vincula a una mejor salud (Hurtado et. al, 2011).

Los hallazgos evidencian que el contexto social sin lugar a dudas enmarca el bienestar o malestar de quienes lo habitan. La naturaleza social del ser humano lo incluye dentro de organizaciones regidas por normas sociales que lo ubican dentro de un contexto histórico y social, este argumento es consistente con el planteamiento de Durkheim (2012) respecto al efecto que tiene la estructura de la sociedad sobre las relaciones sociales y la salud mental. Del

mismo modo, Cardozo et. Al, (2017) reafirman la complejidad y reconocimiento de las dimensiones psicológicas y sociales del ser humano que impulsa a un abordaje integral.

Otro de los aportes refiere la limitación del sistema de salud en la cobertura e impacto sobre intervenciones y atención en salud mental en comunidad indígena. En primer lugar, no se reconocen el abordaje de la salud mental por parte de la comunidad y adicionalmente, no cuenta con una adaptación cultural que reconozca y respete las particularidades y cosmovisión del pueblo indígena Awá. En este sentido se plantea la necesidad de desarrollar intervenciones culturalmente apropiadas, ya que la institucionalización y oferta en servicios de salud mental se ejercen desde un enfoque biomédico y de ausencia de enfermedad dejando de lado las múltiples vías de afectación contextual y social.

Al respecto, Ruiz (2002) menciona que los servicios de salud mental para pueblos indígenas se convierten en formas de perpetuar la opresión y la victimización al olvidar darle lugar y protagonismo a la voz y sentir de la población desde su concepción del mundo. Esto resulta relevante porque confirma la pertinencia del análisis de la salud mental desde la mirada de la determinación social de la salud, puesto que de la mano de Bertolozzi y De la Torre (2012), el vivir, el enfermar, el recuperarse y el morir se constituyen como producto de la organización de la sociedad, de la estructura de los grupos sociales y, por consiguiente, de la inserción de los sujetos en la sociedad, de la accesibilidad a la salud y a la vida de calidad. Más aun, la determinación social permite comprender el proceso de la salud mental como un complejo intercambio de contradicciones entre la reproducción del orden global que busca conservar sus dinámicas y lo más simple de lo individual que desde su cambio puede llegar a transformar. En esta línea el movimiento que genera esta lucha de contradicciones lleva a las personas a subsumirse en procesos que protegen la vida versus procesos destructivos (Breilh, 2013).

El tercer aporte se relaciona con la afirmación de que promover la salud, significa promover el ejercicio y desarrollo de las capacidades humanas en una lucha de poderes e intercambio de capital (Chapela, 2007). El estudio valida esta afirmación al encontrar que una alternativa de promoción en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes se debe focalizar desde la recuperación del espacio del pueblo Awá, que ha sido invadido por las

dinámicas del mercado capitalista y que lo exponen a la imposición permanente o intermitente de procesos destructivos de salud mental.

Así pues, la reinscripción de un proyecto vital desde el interés propio de su cosmovisión de la mano con el entrenamiento y desarrollo de habilidades se convierten en promotoras de salud mental al posibilitar la capacidad de los niños, niñas y jóvenes de sentir, pensar y actuar de manera que mejore su capacidad para disfrutar la vida y enfrentar los desafíos diarios que se les presenten.

Finalmente, se puede mencionar que se hizo evidente el planteamiento del Modelo socio psicológico de salud mental propuesto por Barrón y Sánchez (2001) encontrándose que el pueblo indígena Awá presenta inequidades sociales otorgándole un estatus social que se relaciona con eventos estresantes dados desde la estructura social, que produce distribuciones desiguales de los recursos y las oportunidades de los menores de edad sujetos de derechos; por mencionar un ejemplo, los jóvenes tienen una percepción negativa y de inalcanzabilidad al respecto del desarrollo profesional. Así también, se evidencia un fuerte proceso de organización y liderazgo que protege el territorio y a sus pobladores y mantiene la pervivencia física y cultural.

En suma, se presentan mediadores negativos y positivos. Las posiciones desventajosas generan altos niveles de indefensión, anomia, enajenación cultural, entre otras. Por otra parte, las personas que gozan de posiciones más ventajosas tienen una mayor integración comunitaria y las personas más integradas en su comunidad perciben mayor apoyo psicológico lo que repercute positivamente en su salud mental (Barrón y Sánchez, 2001).

Con relación a otros estudios sobre el tema, vale la pena mencionar que la presente tesis comparte similitudes al respecto de la promoción de la salud mental trabajada desde la base comunitaria posibilita la manera de garantizar el respeto por la diversidad y efectividad de las intervenciones, así también, su profundización podría mostrar el camino de salida al túnel sin fin de la colonización de la atención, prevención y promoción de salud mental que garantiza una mayor cobertura y calidad en intervención. Bajo este ángulo, el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia (2016) evidencia la necesidad de cambiar la manera de intervenir en el contexto de conflicto armado, analizando más allá de lo evidente y empleando las palabras de Betancourt et al, (2010) se concluye que las

intervenciones psicosociales pueden ser más eficaces si tienen en cuenta los factores posteriores al conflicto además de las exposiciones a la guerra.

En adición, Wessells (2016) refuerza planteando el cómo los mecanismos de protección infantil basados en la comunidad son una piedra angular de los esfuerzos de promoción y considera la acción basada en la comunidad es una fuente particularmente valiosa que se apoya en las fortalezas y potencialidades de los niños, niñas y jóvenes afectados por la guerra.

Así pues, y siguiendo (Alianza por la Niñez Colombiana, 2018) se plantea que la forma de garantizar una atención de calidad a las víctimas del conflicto armado y en riesgo, es equipando científica y técnicamente el ámbito de la promoción, prevención y atención en primer nivel (Alianza por la Niñez Colombiana, 2018). En coherencia con esto Médicos Sin Fronteras (2013) mencionan que es necesario que los servicios de atención psicoterapéutica estén asegurados en el primer nivel de atención como condición indispensable para el acceso a la salud mental de los habitantes de las regiones más apartadas y olvidadas.

Para terminar, se sugieren algunas limitaciones y recomendaciones para estudios posteriores enfatizando en la importancia del abordaje de la salud y la salud mental en comunidad Indígena, desde la salud colectiva y la determinación social de la salud que posibilita una alternativa al casualismo que limita y obstaculiza una intervención efectiva que aporte de manera integral en la calidad de vida de los sobrevivientes del conflicto armado.

Con respecto a las limitaciones se reconoce que el proyecto investigativo abarco hasta la fase de validación de la estrategia en promoción de salud mental, tomado como referencia la modalidad de trabajo de grado, dejando así los insumos para su implementación y evaluación.

En los aspectos metodológicos se recomienda que se preste especial atención a las situaciones que dificultan la participación de la población indígena dada su dispersión geográfica y se tomen decisiones metodológicas que permitan cumplir con la participación activa, integración y reconocimiento de la voz de los integrantes de comunidades indígenas desde su cosmovisión.

Así también, se recomienda el abordaje y profundización de la determinación social de la salud en sobrevivientes de conflicto armado no indígenas que permitan identificar diferencias valiosas para la comprensión integral de la salud la salud mental de la población.

Del mismo modo, se recomienda fomentar el interés de investigadores en la profundización de la salud mental de comunidades indígenas, dado el impacto y niveles críticos de violencia en el marco del conflicto armado que se evidencian en sus territorios de asentamiento.

Finalmente, se concluye que el presente estudio representa una investigación novedosa al centrarse en el análisis de la determinación social de la salud mental de niños, niñas y adolescentes del pueblo indígena Awá y brinda elementos integrales al respecto de procesos constructivos y procesos destructivos en salud mental que posibilitan estrategias de base comunitaria diferenciadas que permiten garantizar el respeto por la diversidad y pertinencia de las intervenciones.

Además de contribuir en el abordaje y evaluación de recursos y necesidades en salud mental del pueblo indígena Awá de manera integral contemplando la dimensión general, particular y singular desde un análisis crítico, permitiendo corroborar que la salud mental es un proceso marcado desde un contexto histórico y cultural enmarcado en la interacción desde las normas sociales y la reproducción de capital.

En suma, el desarrollo de la investigación permitió una mirada crítica a la denominación de víctima de conflicto armado, puesto que impone desde la palabra la vulnerabilidad y pasividad de las personas expuestas a la guerra, centrando el foco de atención en el daño desde una mirada patologizante que retorna el vínculo de un abordaje desde el modelo biomédico. Al contrario de esto, en el presente estudio se otorga la denominación de sobrevivientes al conflicto armado, poniendo en primer lugar su capacidad de afrontamiento como agentes de transformación de sus vidas a partir de los recursos individuales y comunitarios en la reconstrucción del tejido social basado en los intereses propios.

Referencias

- Aguilar, M. y Ander-Egg, E. (2001). *Diagnóstico social. Conceptos y metodología*. Grupo Editorial Lumen Hvmanitas.
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=410/41011135004>
- Alianza por la Niñez Colombiana. (2017). Informe alterno sobre los derechos de niñas, niños y adolescentes en Colombia. <http://www.alianzaporlaninez.org.co/wp-content/uploads/2017/11/Alianza-por-la-Nin%CC%83ez-Colombiana-UPR-Reportfinal.pdf>
- Alianza por la Niñez Colombiana. (2018). Niñez víctima de un con conflicto armado que aún persiste- Informe de seguimiento a la implementación de recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño a los informes periódicos IV y V combinados de Colombia. <https://www.refworld.org/es/pdfid/5bec60444.pdf>
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R. & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International review of psychiatry*, 26(4), 392–407. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Arias, R. y Roa, C. (2015). Implicaciones del sufrimiento en niñas, niños y adolescentes víctimas del conflicto armado para pensar la memoria y la reparación en clave intergeneracional: apuestas conceptuales. *Revista de Trabajo Social e Intervención Social*.

115-140.

<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/936-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1975-1-10-20161121.pdf>

Asamblea Mundial de la Salud. (2012). La Resolución WHA65.4 Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R4-sp.pdf

Ataullahjan, A., Samara, M., Betancourt, T. y Bhutta Z. (2020). Mitigating toxic stress in children affected by conflict and displacement. *BMJ*.19 (371)m2876. doi: 10.1136/bmj.m2876.

Barrón A. y Sánchez, E. (2001) Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*,13,17-23. <http://www.psicothema.com/pdf/408.pdf>

Bar-Tal, D. y Halperin, E. (2014). Barreras sociopsicológicas para la paz e ideas para superarlas / Barreras sociopsicológicas para la paz e ideas para superarlas. *Revista de Psicología Social*, 29(1), 1-30. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02134748.2013.878568>

Bell, V., Méndez, F., Martínez, C., Palma, P. P. & Bosch, M. (2012). Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Conflict and health*, 6(1), 10. <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1505-6-10>

Benjet, C., Axinn, W.G, Hermosilla, S., Schulz, P., Cole, F., Sampson, L. & Ghimire, D. (2020). Exposure to Armed Conflict in Childhood vs Older Ages and Subsequent Onset of Major Depressive Disorder. *JAMA Netw Open*. 3(11). <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2772915>

Bertolozzi, M y De la Torre, M. (2012). Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *Salud Areandina*, 1 (1): 24-36. [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/309-Texto%20del%20art%C3%83_culo-323-1-10-20150706%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/309-Texto%20del%20art%C3%83_culo-323-1-10-20150706%20(1).pdf)

Betancourt, T., Meyers-Ohki, S., Charrow, A. & Tol, W. (2013). Interventions for children affected by war: an ecological perspective on psychosocial support and mental health care.

Harvard review of psychiatry, 21(2), 70–91.
<https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e318283bf8f>

Bosqui, T. & Marshoud, B. (2018). Mechanisms of change for interventions aimed at improving the wellbeing, mental health and resilience of children and adolescents affected by war and armed conflict: a systematic review of reviews. *Conflict and health*, 12-15.
<https://doi.org/10.1186/s13031-018-0153-1>

Breilh J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1), 83-101. <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n1/v6n1a07.pdf>

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(supl 1): S13-S27.

Brown, F., de Graaff, A.M., Annan, J. & Betancourt T.S. (2017). Annual Research Review: Breaking cycles of violence - a systematic review and common practice elements analysis of psychosocial interventions for children and youth affected by armed conflict. *Psychol Psychiatry*. 58(4):507-524.
<https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.12671>

Cabrera, D. (2020). Minsalud confirmó que este año se han reportado 184 ataques a la misión médica. <https://www.rcnradio.com/salud/minsalud-confirmo-que-este-ano-se-han-reportado-184-ataques-la-mision-medica>

Calam, R. (2017). Public health implications and risks for children and families resettled after exposure to armed conflict and displacement. *Scand J Public Health*, 45(3), 209-211.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494816675776?journalCode=sjpc>

Campo-Arias, A., Oviedo, H., y Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 177–185.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745014000614>

- Cavazzoni, F., Fiorini, A. & Veronese, G. (2020). Alternative Ways of Capturing the Legacies of Traumatic Events: A Literature Review of Agency of Children Living in Countries Affected by Political Violence and Armed Conflicts. *Trauma Violence Abuse*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33000687/>
- Chapela, M. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipadora. En E. Jarillo & E. Guinsberg (Eds.). *Temas y desafíos en salud colectiva* (pp. 347-373). Lugar Editorial.
- Comer, J., & Kendall, P. (2007). Terrorism: The psychological impact on youth. *Journal Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(3), 179-212. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00078.x>
- Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) (2022). Colombia vivir a la sombra de los conflictos armados es parte de la vida diaria de miles de colombianos que siguen afectados por una realidad sobre la que no tienen control. <https://www.icrc.org/es/document/balance-humanitario-colombia-2022-dih>
- Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley N° 1616 del 21 de enero del 2013, por medio del cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Consejería Presidencial para los Derechos Humanos. (2012). Aplicación y respecto del DIH, un reto para Colombia. Bogotá, Colombia. <http://www.derechoshumanos.gov.co/observatorio/publicaciones/Paginas/2018.aspx>
- Corporación Nuevo Arco Iris (CNAI). (2013). La guerra sin fin del pacífico nariñense. <https://www.arcoiris.com.co/2013/03/la-guerra-sin-fin-del-pacifico-narinense/>
- Corte Constitucional de la República de Colombia. (2004). Sentencia T-025, Solicitud de información al Gobierno Nacional sobre la articulación de la política de atención y reparación a la población desplazada y el proceso de implementación del Acuerdo Final de Paz, en el marco del seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-025 de 2004 y sus autos complementarios. <https://corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2017/a474-17.htm>

- Corte Constitucional de la República de Colombia. (2009). Auto 004/09 -Protección de derechos fundamentales de personas e indígenas desplazados por el conflicto armado en el marco de superación del estado de cosas inconstitucional declarado en sentencia T-025/04. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2009/a004-09.htm>
- Cuartas, J., Karim, LL., Martínez, M.A. & Hessel, P. (2019). The invisible wounds of five decades of armed conflict: inequalities in mental health and their determinants in Colombia. *Int J Public Health*, 64(5):703-711. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-019-01248-7>
- Cummings, E., Merrilees, C., Taylor, L. & Mondí, C. (2017) Developmental and social-ecological perspectives on children, political violence, and armed conflict. *Dev Psychopathol.* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27869066/>
- Defensoría del Pueblo (2020). alerta temprana n 036-2020, de inminencia¹ debido a la situación de riesgo de vulneraciones a los DDHH e infracciones al DIH que enfrenta la población de los municipios de El Rosario, Leiva y el Consejo Menor de Sachamates, departamento de Nariño. <https://alertasstg.blob.core.windows.net/alertas/036-20.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (2014). Justicia Transicional. Voces y oportunidades para los niños, niñas y adolescentes en la construcción de la paz en Colombia. Bogotá. http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/InformeCompleto_Justiciatransicional.pdf
- Defensoría del Pueblo. (2018). Posacuerdo y nuevos escenarios de riesgo para los entornos educativos en Colombia. Bogotá.
- Departamento Nacional de Estadística DANE. (2011). Informe estadístico sobre el registro único de víctimas en Colombia.
- Dimitry, L. (2012), Una revisión sistemática sobre la salud mental de niños y adolescentes en áreas de conflicto armado en el Medio Oriente. *Niño: cuidado, salud y desarrollo*, 38, 153-161. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01246.x>
- Dubow, E., Huesmann, L., Boxer, P., Landau, S., Dvir, S., Shikaki, K. y Ginges, J. (2012). Exposición a conflictos políticos y violencia y estrés postraumático en jóvenes de Oriente Medio: factores protectores. *Revista de psicología clínica de niños y adolescentes: la*

revista oficial de la Sociedad de Psicología Clínica de Niños y Adolescentes, Asociación Americana de Psicología, División 53, 41 (4), 402–416.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2012.684274>

Dueñas, G., Vega, S., Ramírez, C. y Pinzón, A. (2018). Relación entre orfandad ocasionada por el conflicto armado e indicadores de depresión y comportamiento en niños, niñas y adolescentes colombianos. Universidad del Rosario, Bogotá.
<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/18303/Due%c3%b1asCubides-GinaPaola-2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Durá, E. y Gárcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271.

Eyüboğlu, M., Eyüboğlu, D., Sahin, B. & Fidan, E. (2019). Posttraumatic stress disorder and psychosocial difficulties among children living in a conflict area of the Southeastern Anatolia region of Turkey. *Indian journal of psychiatry*, 61(5), 496–502.
https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_165_18

Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Masson.

Fernandes, R., Carmo, E., y Jiménez, S. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2).
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2290/229019248009>

Flink, I., Restrepo, M., Blanco, D., Ortegón, M., Enriquez, C., Beirens, T. & Raat, H. (2013). Mental health of internally displaced preschool children: a cross-sectional study conducted in Bogotá, Colombia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(6), 917–926. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0611-9>

Galtung, J. (2003) *Paz por medios pacíficos. Paz y conflicto, desarrollo y civilización*. Bilbao, Gernika Gogoratuz.

Gándara, A. (2003). Movimientos sociales y conflicto en América Latina En: Buenos Aires Lugar CLACSO. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es>

- Gobernación de Nariño (2016). Plan Participativo de Desarrollo Departamental. Nariño, Corazón del Mundo, 2016-2019. http://xn--nario-rta.gov.co/inicio/files/PlanDesarrollo/PLAN_DE_DESARROLLO_DEPARTAMENTA_L_2016-2019_NARINO_CORAZON_DEL_MUNDO.pdf
- Gómez-Restrepo, C., Cruz-Ramírez, V., Medina-Rico, M. y Rincón, C. (2018). Mental health in displaced children by armed conflict - National Mental Health Survey Colombia 2015. *Actas Esp Psiquiat*, 46(2):51-7.
- Gracia, E. y Herrero, J. (2006) continúa la comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 327-342.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Paidós.
- Hamui-Sutton, A. y Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica*, 2(5),55-60. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733230009>
- Hernández, L., Ocampo, J., Ríos, D. y Calderón, C. (2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales [The WHO model as a guideline for public health based on social determinants]. *Revista de salud pública*, 19(3), 393–395. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68470>
- Hernández-Barrera, A. y Restrepo-Espinosa, M. (2011). Salud mental en niños en condición de desplazamiento en Colombia y su incidencia en políticas públicas. <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2693/HernandezBarrera-AuraBeatriz-2011.pdf?sequence=1>
- Herrera, M. (2013). Intervención comunitaria, perspectiva social. BsAs: Santillana.
- Hewitt, N., Gantiva, C., Vera, A., Cuervo, M., Hernández, N., Juárez, F. y Parada, A. (2014). Afectaciones psicológicas de niños y adolescentes expuestos al conflicto armado en una zona rural de Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 79-89. <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/18>
- Hudcovská, J. & Schwanhaeuser, K. (2020). Psychosocial impacts among adolescents disengaged from Colombian illegal armed groups and challenges to their attention. *Cent*

Eur J Public Health, (1), 79-81. https://cejph.szu.cz/artkey/cjp-202001-0014_psychosocial-impacts-among-adolescents-disengaged-from-colombian-illegal-armed-groups-and-challenges-to-their-a.php

Instituto Nacional de Salud (2017). Consecuencias del Conflicto Armado en Salud en Colombia. Noveno Informe Técnico. Bogotá, D.C. Observatorio Nacional de Salud.

Jayuphan, J., Sangthong, R., Hayeevani, N., Assanangkornchai, S. & McNeil, E. (2020). Mental health problems from direct vs indirect exposure to violent events among children born and growing up in a conflict zone of southern Thailand. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 55(1) 57-62. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31104088/>

Jordans, M. & Tol, W. A. (2015). Mental health and psychosocial support for children in areas of armed conflict: call for a systems approach. *BJPsych international*, 12(3), 72–75. <https://doi.org/10.1192/s2056474000000490>

Jordans, M.J., Tol, W.A., Komproe, I.H. y De Jong, J.V. (2009). Revisión sistemática de la evidencia y enfoques de tratamiento: Atención de salud psicosocial y mental para niños en la guerra. *Salud mental del niño y el adolescente*, 14: 2-14. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00515.x>

Kadir, A., Shenoda, S. y Goldhagen, J. (2019). Effects of armed conflict on child health and development: A systematic review. *PLoS One*, 14(1):e0210071. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0210071>

Kadir, A., Shenoda, S., Goldhagen, J., Pitterman, S. (2018). Section on international child health. The Effects of Armed Conflict on Children. *Pediatrics*, 142 (6). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30397168/>

Kamali, M., Munyuzangabo, M., Siddiqui, F. J., Gaffey, M. F., Meteke, S., Als, D., Jain, R. P., Radhakrishnan, A., Shah, S., Ataullahjan, A. & Bhutta, Z. A. (2020). Delivering mental health and psychosocial support interventions to women and children in conflict settings: a systematic review. *BMJ global health*, 5(3). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002014>

- Keren, M., Abdallah, G. & Tyano, S. (2019). WAIMH position paper: Infants' rights in wartime. *Infant mental health journal*, 40(6), 763–767. <https://doi.org/10.1002/imhj.21813>
- Lavi, I. y Slone, M. (2011). Resiliencia y violencia política: un estudio transcultural de efectos moderadores entre la juventud judía y árabe-israelí. *Juventud y Sociedad*, 43, 845 - 872. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0044118X09353437?journalCode=yasa>
- Linares, N. (2015). Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*, 41(1). <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2015.v41n1/o9/>
- Lluch, M. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva (tesis doctoral). Departamento de metodología de las ciencias del comportamiento. Universitat de Barcelona.
- Lluch, M. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, 25(4), 42-55. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17477>
- Lokuge, K., Shah, T., Pintaldi, G., Thurber, K., Martínez-Viciano, C., Cristobal, M., Palacios, L., Dear, K. & Banks, E. (2013). Mental health services for children exposed to armed conflict: Médecins Sans Frontières' experience in the Democratic Republic of Congo, Iraq and the occupied Palestinian territory. *Paediatr Int Child Health*, (4), 259-72. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24196701/>
- López, O. (2017). *Cuadernos del doctorado Salud colectiva y salud pública ¿Se está hablando de lo mismo?* Universidad Nacional de Colombia.
- Marroquín, A., Rincón, C.J., Padilla-Muñoz, A. & Gómez-Restrepo, C. (2020). Mental health in adolescents displaced by the armed conflict: findings from the Colombian national mental health survey. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 19; 14:23. <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-020-00327-5>
- Masten, A. y Narayan, A. (2012). El desarrollo infantil en el contexto de desastres, guerras y terrorismo: vías de riesgo y resiliencia. *Annual Review of Psychology*, 63, 227 - 257. <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-psych-120710-100356>

- Médicos sin Fronteras. (2013). Las heridas menos visibles: Salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia. Bogotá.
https://www.msf.es/sites/default/files/legacy/adjuntos/Informe-Colombia_Junio-2013.pdf
- Mels, C. (2012). Entre pobreza y violencia: ¿cómo afectan los estresores diarios y la violencia a adolescentes en zonas de guerra? *Ciencias Psicológicas*, 6(2), 111-122.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212012000200002
- Méndez, R. (2011). Tensiones y conflictos armados en el sistema mundial: una perspectiva geopolítica. *Investigaciones Geográficas (Esp)* 55. 19-37 Universidad de Alicante Alicante, España.
- Miller, K. E. & Jordans, M. J. (2016). Determinants of Children's Mental Health in War-Torn Settings: Translating Research Into Action. *Current psychiatry reports*, 18(6).
<https://doi.org/10.1007/s11920-016-0692-3>
- Miller, K. E. & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social science & medicine*, 70(1), 7–16.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.029>
- Ministerio de Justicia. (2011). Decreto 4800. <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/decreto-4800-de-2011/13108>
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. (2020). Boletines Poblacionales1: Población Indígena Oficina de Promoción Social.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-poblacion-indigena.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Encuesta nacional de salud mental tomo1.
https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf

- Miralles, F y Cima, A. (2011). Escuela y psicopatología. Fundación Universitaria San Pablo CEU Ediciones Julián Romea.
file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/LibroEscuelayPsicopatologa_2011.pdf
- Monreal, M. y Guitart, M. (2012). Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner. *Contextos educativos: Revista de educación*.
<https://publicaciones.unirioja.es/ojs/index.php/contextos/article/view/656/619>
- Monreal, M. y Guitart, M. (2012). Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner. *Contextos educativos: Revista de educación*.
<https://publicaciones.unirioja.es/ojs/index.php/contextos/article/view/656/619>
- Morales, L. (2016). Determinantes sociales de la salud y el desarrollo de los niños en primera infancia víctimas del conflicto armado en Colombia DSS-Desarrollo Infantil- Víctimas del conflicto armado [Tesis de maestría]. Universidad de los Andes.
- Mújica, O. y Moreno, C. (2019) De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. *Rev Panam Salud Publica*.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49755>
- Narvaez, J. (2016). Escenarios móviles y centros de contacto, una experiencia significativa en la dinamización del apoyo social. *Rev Univ.Salud*. 18(2):312-324.
<https://doi.org/10.22267/rus.161802.41>
- Observatorio de Niñez y Conflicto Armado de la COALICO - ONCA. (2020). Boletín de Monitoreo No. 24 Niñez y Conflicto Armado en Colombia. 24.
<http://coalico.org/publicaciones/boletin-onca/boletin-de-monitoreo-n-24-ninez-y-conflicto-armado-en-colombia/>
- Observatorio Nacional de Salud (ONS). (2017). Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia. Informe técnico.
<https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/9%20Consecuencias%20del%20Conflicto%20Armado%20en%20la%20Salud%20en%20Colombia.pdf>

- Ocampo, M. (2016). Bueno para comer, bueno para vender: relaciones de producción awá y la coca. *Revista Economía*, 68(107), 51-68.
<https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/ECONOMIA/article/view/1998>
- Organización Mundial de la Salud (2011). Atlas de Salud Mental 2011: visión general de los servicios de salud mental en los países 184. https://www.handiplanet-echanges.info/Members/v--sekercioglu_886/atlas-de-salud-mental-2011-visia3n-general-de-los-es
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Factores de riesgo y protección basados en Evidencia. En OMS, Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas, pp- 21-24.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78545/924159215X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *El Contexto de la Salud Mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental de la OMS*.
<https://www.alansaludmental.com/pol%C3%ADticas-en-sm/pol%C3%ADtica-sm-de-la-oms/conjunto-de-guías-sobre-políticas-y-servicios-de-sm/>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Adolescent health.
http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/index.html
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2009). Manual operativo De las unidades móviles de salud Chocó-Colombia.
https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=492-manual-operativo-ums-choco&Itemid=688
- Organizaciones del Pueblo Awá UNIPA, CAMAWARI y ACIPAP. (2012). Actualización plan de salvaguarda étnica del pueblo awá.
http://www.archivodelosddhh.gov.co/saia_release1/almacenamiento/APROBADO/2017-12-08/388788/anexos/1_1512720955.pdf

- Orjuela, J. (2017). Tabares Situación de salud de las personas víctimas del conflicto armado residentes en la localidad de Tunjuelito, Bogotá. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/10379>
- Panther-Brick, C., Goodman, A., Tol, W. & Eggerman, M. (2011). Mental health and childhood adversities: a longitudinal study in Kabul, Afghanistan. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(4), 349–363. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.12.001>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park: Sage.
- Polo, N. y Ojeda, G. (2014). Mirada a la cultura wayúu, base de su sistema normativo. *Verbum*, 9(9), 109-117.
- Pritchard, E. y Choonara, I. (2017). Armed conflict and child mental health. *BMJ Paediatr Open*, 1(1), e000087. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2017-000087>
- Radio Nacional de Colombia. (2022). Desplazamiento forzado en Nariño: van 678 víctimas en 2022 <https://www.radionacional.co/regiones/pacifico/desplazamiento-forzado-en-colombia-678-victimas-narino-2022#:~:text=La%20Tola%2C%20Mosquera%20y%20Barbacoas,m%C3%A1s%20afectados%20con%20este%20flagelo.&text=Es%20preocupante%20para%20las%20autoridades,combates%20entre%20grupos%20armados%20ilegales>.
- Red Nacional de Información. (2019). Registro único de víctimas. <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>
- Restrepo, E. (2018). *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://www.aacademica.org/eduardo.restrepo/3.pdf>
- Rodríguez, J., Torre, A., y Miranda, C. (2002). La salud mental en situaciones de conflicto armado. *Biomédica*, 22(2). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=843/84309603>
- Roome, E., Raven, J. & Martineau, T. (2014). Human resource management in post-conflict health systems: Review of research and knowledge gaps. *Conflict and Health*, 8(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-8-18>

- Ruiz, S. (2002). Impactos Psicosociales de la Participación de Niñ@s y Jóven@s en el Conflicto Armado. En M.R. Bello (Ed.), *Conflicto Armado, Niñez y Juventud. Una Perspectiva Psicosocial* (pp. 17-46). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, PIUPC/Fundación Dos Mundos.
- Ruiz-Eslava, L. F., Urrego-Mendoza, Z. C. y Escobar-Córdoba, F. (2019). Desplazamiento forzado interno y salud mental en pueblos indígenas de Colombia. El caso Emberá en Bogotá. *Tesis Psicológica*, 14(2), 42-65. <https://doi.org/10.37511/tesis.v14n2a3>
- Sánchez, A. y Iamus, A. (2019) Análisis del estado de la calidad de vida de las víctimas del conflicto armado colombiano en Tumaco- Nariño beneficiadas y no con la estrategia psicosocial del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI). Pontificia Universidad Javeriana Cali. [http://publicaciones.defensoria.gov.co/desarrollo1/ABCD/bases/marc/documentos/textos/Posacuerdo_y_nuevos_escenarios_de_riesgo_para_los_entornos_educativos_en_Colombia_-_Final_\(2\).pdf](http://publicaciones.defensoria.gov.co/desarrollo1/ABCD/bases/marc/documentos/textos/Posacuerdo_y_nuevos_escenarios_de_riesgo_para_los_entornos_educativos_en_Colombia_-_Final_(2).pdf)
- Sánchez, C. y Agudelo C. (2000). ¿Entendemos Mejor la Violencia? *Revista de Salud Pública*, 2 (1), 47-56. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642000000100047&lng=en&tlng=es.
- Sánchez, L. (2018). Bienestar Psicológico En Jóvenes Víctimas del Conflicto Armado Registrados en la Unidad de Víctimas de Santa Marta. Universidad Cooperativa de Colombia.
- Shenoda, S., Kadir, A., Pitterman, S., Goldhagen, J. & Section on International Child Health. (2018). The Effects of Armed Conflict on Children. *Pediatrics*, 142(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2585>
- Slone, M. & Shoshani, A. (2017). Children Affected by War and Armed Conflict: Parental Protective Factors and Resistance to Mental Health Symptoms. *Front Psychol*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01397/full>
- Stark, L., Robinson, M.V., Seff, I., Hassan, W. & Allaf, C. (2020). SALaMA study protocol: a mixed methods study to explore mental health and psychosocial support for conflict-

- affected youth in Detroit, Michigan. *BMC Public Health*, 20(1).
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-8155-5>
- Tamayo, G. (2001). Diseños muestrales en la investigación. *Semestre Económico*, 4(7).
<https://revistas.udem.edu.co/index.php/economico/article/view/1410>
- Tamayo-Agudelo, W. & Bell, V. (2019). Armed conflict and mental health in Colombia. *BJPsych Int.*, 16(2):40-42. <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-international/article/armed-conflict-and-mental-health-in-colombia/2E79D2F2088CB6C09713C6111F6C972A>
- Tobón-García, D. (2019) Perfil de salud de las víctimas del conflicto armado colombiano. Universidad de los Andes.
- Tol, W., Song, S. & Jordans, M. (2013). Annual Research Review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict--a systematic review of findings in low- and middle-income countries. *J Child Psychol Psychiatry*, 54(4):445-60.
<https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpp.12053>
- Villaverde, M., Gracia, R. y Morera A. (2000) Relación entre el estrés psicosocial y la patología psíquica: un estudio comunitario. *Actas Esp Psiquiatr.*, 28(1), 5-10.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/in/ibc-1770>
- Wagner, Z., Heft-Neal, S., Bhutta, Z. A., Black, R. E., Burke, M. & Bendavid, E. (2018). Armed conflict and child mortality in Africa: a geospatial analysis. *Lancet* (London, England), 392(10150), 857–865. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31437-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31437-5)
- Wessells, M. (2016). Strengths-based community action as a source of resilience for children affected by armed conflict. *Global mental health* (Cambridge, England), 3, e1.
<https://doi.org/10.1017/gmh.2015.23>

