

PAPELES EN SALUD

Edición No. 14

Julio de 2017

Bogotá D.C.



Evaluación cualitativa de la intervención psicosocial "OSITA" para mujeres desplazadas por el conflicto armado en Colombia que residen en Bogotá.



ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios (e)

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

MARIO FERNANDO CRUZ VARGAS
Jefe Oficina Asesora de Planeación y
Estudios Sectoriales

Evaluación cualitativa de la intervención psicosocial “OSITA”
para mujeres desplazadas por el conflicto armado en Colombia
que residen en Bogotá.

© Ministerio de Salud y Protección Social

Documento elaborado por
ÁNGELA MILENA GÓMEZ CEBALLOS

OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y ESTUDIOS SECTORIALES
GRUPO DE ESTUDIOS SECTORIALES Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS
PÚBLICAS

GRUPO DE COMUNICACIONES

La serie PAPELES EN SALUD es un medio de divulgación y discusión del Ministerio de Salud y Protección Social. Los artículos no han sido evaluados por pares ni sujetos a ningún tipo de evaluación formal por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos documentos son de carácter provisional, de responsabilidad exclusiva de sus autores y sus contenidos no comprometen a la institución.

ISSN: 2500-8366 (En línea)
Documento de trabajo No: 14

Contenido

RESUMEN	6
Introducción	8
Metodología y datos	12
Resultados	18
1. El significado e importancia de la salud mental y de lo psicosocial para las mujeres víctimas del conflicto armado.	18
2. La respuesta percibida de la Ley 1448 sobre la atención psicosocial	24
2.1. Conocimiento de la ley	24
2.2 La respuesta percibida sobre la atención psicosocial propuesta en la Ley.....	27
3. Percepción de las mujeres que participaron y no participaron sobre el proyecto OSITA	31
3.1 Las expectativas que generó el proyecto	31
3.2 Las razones de inasistencia y deserción.....	34
3.3 El efecto percibido del proyecto OSITA en las usuarias	37

3.4	El papel de la consejera	39
4.	Recomendaciones al proyecto OSITA.....	41
4.1	El Reto de los incentivos	42
4.2	La motivación	45
4.3	El lenguaje y el manejo del estigma en salud mental 46	
4.4	Visitas domiciliarias, atención en otros horarios, post- consejería.....	47
5.	Resiliencia: Las ganas de salir adelante (nodo emergente)	50
	Conclusiones	52
	Recomendaciones de política	53
	Bibliografía	55

RESUMEN

Frente a las múltiples consecuencias psicológicas y sociales asociadas al conflicto interno armado (Roberts & Browne, 2011) han surgido diferentes acciones orientadas a la atención psicosocial y/o en salud mental de las víctimas, como la propuesta por OSITA (Outreach, Screening and Intervention for Trauma for Internally Displaced Woman in Bogotá, Colombia) ejecutada por la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes en conjunto con investigadores de la Universidad de Columbia, Universidad de Miami y del London School of Hygiene & Tropical Medicine, y financiada por la organización Grand Challenges Canada.

Hasta el año 2014 han sido muy pocas las intervenciones en salud mental o atención psicosocial para población víctima del conflicto en Colombia, que hayan sido sistematizadas o evaluadas rigurosamente (Naranjo Giraldo, et al., 2003; Sanchez-Padilla, Casas, Grais, Hustache, Moro, 2009). Por lo anterior, la presente investigación busca aportar información sobre las fortalezas y desafíos de la intervención psicosocial OSITA, desde la perspectiva de las usuarias, utilizando metodología cualitativa.

Como una de las fortalezas se encontró que el proyecto cumplió las expectativas de las participantes y en general éste tuvo un efecto positivo en sus vidas. Por otro lado, se encontró que el propósito de la atención psicosocial o en salud mental no es claro para las usuarias y hay desconocimiento sobre los derechos que propone la Ley de víctimas 1448, por ejemplo, de la atención psicosocial. También se identificaron varias razones que justifican la deserción de las participantes, entre las más relevantes: poca disponibilidad de tiempo de las usuarias y de las consejeras, falta de dinero para el transporte, y el estigma social. Como recomendaciones al Proyecto OSITA se sugirió: la provisión de subsidio de transporte, educación sobre salud mental y mayor motivación para asistir a la sesiones. Al finalizar, se presentan algunas recomendaciones de política pública sobre la atención psicosocial en el marco del conflicto armado.

Palabras clave: Atención psicosocial, conflicto armado, proyecto OSITA, evaluación cualitativa.

Códigos JEL: I1: Salud I3: Bienestar y Pobreza

Introducción

Uno de los principales resultados que ha dejado el conflicto armado en Colombia, es el gran número de personas desplazadas forzadamente. Alrededor de 5,7 millones de personas, casi el 12% de la población colombiana actual, ha sufrido desplazamiento forzoso (Internal Displacement Monitoring Center [IDMC], 2014). La mayoría de las víctimas del conflicto presentan una larga lista de afectaciones físicas y psicológicas (Bell, et al., 2012; Castaño, 1994; Puertas, Rios & Valle, 2006), además de dificultades socioeconómicas (Shultz, et al. 2014a). De acuerdo a Hernández y Gutiérrez (2010), el perfil epidemiológico de los desplazados está encabezado por problemas de salud mental, seguidos por violencia intrafamiliar, desnutrición, embarazo adolescente y enfermedades de la piel.

Las personas en situación de desplazamiento forzado generalmente tienden a experimentar la siguiente secuencia de eventos: 1) vivir en territorios que hacen parte del dominio de grupos armados (guerrilla, paramilitares, bandas criminales), por lo cual deben seguir algunas reglas y de no hacerlo, someterse a las consecuencias; 2) recibir amenazas continuas hasta presenciar un evento violento que precipita la expulsión o migración forzada; 3) vivir un periodo de desplazamiento, muchas veces sin más pertenencias que su ropa; 4) adaptación temporal en la ciudad, si este es el caso, en un asentamiento para población desplazada, tiempo en el que la persona hace su declaración de hechos victimizantes y se registra para recibir las ayudas humanitarias; 5) luego de un periodo de 3 meses en el cual se prueba si la declaración es verdadera, la persona normalmente se reubica en los llamados "Paga diarios" donde puede pasar la noche; 6) finalmente, se establecen en zonas marginadas de la ciudad, donde se presentan una serie de dinámicas como pandillismo, delincuencia, violencia, zonas de alto riesgo geológico, pobreza, entre otras situaciones que continúan amenazando la seguridad y tranquilidad de la persona desplazada (ACNUR, 2003; Albuja & Ceballos, 2010; Builes, et al., 2008; Garay, 2009; Turnip & Hauff, 2007; Hernandez & Gutierrez, 2008; Shultz, et al., 2014b). A lo anterior se deben sumar los eventos individuales que experimenta cada víctima (Mogollón & Vázquez Navarrete, 2006).

A la luz de estas situaciones debidas al conflicto, Shultz y colaboradores (2014b) expusieron la relación que existe entre estos hechos y el riesgo que tiene esta población de enfermarse psicológicamente. Así, por ejemplo, y para los propósitos de este estudio, una vez las personas se establecen en las ciudades receptoras, ellas experimentan cambios significativos y retos en su nuevo rol y estilo de vida. Estos retos incluyen adaptarse a los ambientes urbanos, buscar apoyo estatal, buscar empleo, vincularse al sector informal, vivir en condiciones precarias, y sobrevivir a la discriminación y rechazo social. Los nuevos desafíos pueden generar gran estrés y malestar psicológico que influyen en la adaptación y funcionamiento de las personas en este nuevo escenario.

Frente a estos antecedentes, han sobrevenido varias propuestas que reconocen la necesidad de prestar atención en salud mental/psicosocial a la población desplazada en Colombia, como por ejemplo el proyecto OSITA (Outreach, Screening, and Intervention for Trauma for internally displaced women in Bogotá, Colombia), financiado por Grand Challenges Canada, ejecutado por el equipo de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes y coliderado por investigadores de la Universidad de Columbia, Universidad de Miami y del London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Éste proyecto propone una intervención psicosocial y de gestión vocacional, que busca reforzar la respuesta institucional en relación a la atención psicosocial para población desplazada que vive en Bogotá. Especialmente, busca contribuir al bienestar psicosocial y productividad de mujeres desplazadas por el conflicto armado, identificando e interviniendo en y con las participantes, síntomas relacionados a la ansiedad generalizada, depresión mayor y estrés postraumático. El proyecto combina 1) el diagnóstico presuntivo de trastornos mentales comunes con medidas estandarizadas internacionalmente; 2) la provisión de intervenciones en salud mental basadas en la evidencia; 3) la formación de profesionales de la salud y miembros de la comunidad en Consejería Interpersonal¹, incorporando el

¹ La Consejería Interpersonal está basada en los principios de la Terapia Interpersonal (TIP), busca minimizar los síntomas depresivos a través del mejoramiento en el funcionamiento interpersonal. El enfoque plantea que la depresión es desencadenada por: duelo no elaborado, conflictos en las relaciones interpersonales, cambios en el rol del individuo y/o déficit en habilidades sociales (problemas en la iniciación o

método “cambio de tareas” o “task shifting” propuesto por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (OMS, PEPFAR, UNAIDS, 2008) y 4) facilitar el ingreso a las oportunidades de formación laboral y proyectos de generación de ingresos.

OSITA inició oficialmente su intervención psicosocial en julio del año 2014. Sin embargo, pese a las diferentes estrategias de captación y sostenimiento de la intervención, se ha identificado un alto nivel de inasistencia y deserción. A primero de octubre de 2014, el equipo de consejeras del proyecto había contactado 137 mujeres que querían recibir la intervención, pero solo 62 de ellas asistieron a la primera sesión programada de consejería. Adicionalmente, algunas de las participantes que iniciaron el proceso de intervención han desertado en el transcurso de las sesiones (alrededor de 20 mujeres). Estos datos suscitan varias preguntas sobre la estructura misma de la intervención y sobre la aceptación de esta propuesta en la comunidad, por lo cual resulta importante evaluar el proyecto OSITA desde la mirada de las participantes. Así la evaluación puede ayudar a visibilizar un problema en el diseño del proyecto, como diferentes situaciones y dinámicas que dificultan la implementación del mismo y que inicialmente no fueron previstas.

A pesar de las múltiples acciones en salud mental a nivel mundial para poblaciones desplazadas por conflictos internos (Coldiron, Llosa, Roederer, Casas & Moro, 2013; McFarlane & Kaplan, 2012), no hay investigaciones que evalúen la efectividad de una práctica u otra. Particularmente en Colombia, hasta el momento no se encuentra suficiente literatura disponible que resalte las características y procedimientos efectivos para la atención psicosocial dirigida a población en situación de desplazamiento forzado (Médicos Sin Fronteras, Francia (MSFF), 2010; Naranjo Giraldo, et al., 2003; Sanchez-Padilla, Casas, Grais, Hustache & Moro, 2009).

mantenimiento de las relaciones) (Verdeli, et al., 2003). La TIP fue inicialmente prevista para el uso de profesionales de la salud mental en el abordaje de adultos con depresión mayor sin síntomas psicóticos, no obstante, se ha adaptado para población de diferentes edades y en diferentes contextos y para ser aplicada por trabajadores de la salud sin experticia en salud mental (Verdeli, et al., 2003; Weissman & Verdeli, 2012)

Teniendo en cuenta lo anterior, la presente investigación tiene como objetivo realizar una evaluación de la intervención psicosocial OSITA que responda a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las fortalezas y desafíos de la intervención psicosocial “OSITA” para mujeres desplazadas por el conflicto que residen en Bogotá? y en esa medida responder a las siguientes preguntas secundarias ¿Cómo percibieron la intervención psicosocial del proyecto OSITA las mujeres participantes? ¿Cuáles son las razones aducidas por las mujeres para la no participación o no continuidad en la intervención ofrecida por el proyecto OSITA? ¿Cuáles son las recomendaciones de las mujeres que participaron y no participaron para mejorar la eficacia de la intervención del proyecto OSITA?

Metodología y datos

Para dar respuesta a las anteriores preguntas, se realizó una evaluación de proceso² durante la implementación del proyecto OSITA, desde la percepción de las usuarias, utilizando metodología cualitativa. Esta investigación comprendió varias fases en su ejecución y análisis de información. Las fases se describen en detalle a continuación.

1.1 Descripción de la muestra cualitativa

La muestra estuvo conformada por 21 mujeres mayores de edad que hicieron parte de la muestra del proyecto OSITA del año 2014. 20 de ellas habían sido captadas en el Centro de Formación para el Trabajo: Gente Estratégica ubicado en la localidad de la Candelaria, y 1 mujer que había sido captada en el Jardín Social de la Alameda ubicado en la localidad de Santa Fe, ambas localidades pertenecientes a la ciudad de Bogotá. Las participantes se clasificaron en tres grupos, el primero conformado por 7 participantes que completaron todo el proceso de intervención, el segundo grupo lo conformaban 7 participantes que iniciaron, pero abandonaron el proceso, y el tercer grupo por 7 mujeres que habían mostrado interés en participar, pero no asistieron a las sesiones programadas. Las participantes se seleccionaron de manera no probabilística, por intención de la investigadora.

1.2 Criterios de inclusión y exclusión

Como criterios de inclusión se establecieron los siguientes: Ser mujer, mayor de 18 años, haber recibido información sobre la intervención psicosocial propuesta por el proyecto OSITA o haber participado en el proyecto, e identificarse como mujer desplazada de acuerdo con la definición de la Artículo 1º de la ley 387 de 1997:

Es desplazada toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su

² La evaluación de proceso es útil para evaluar la fidelidad con la cual se ha implementado la intervención respecto al diseño original, identificando las modificaciones, los elementos que han funcionado y aquellos que no han funcionado o no son esenciales para lograr los resultados esperados (Glasgow & Linnan, 2008; Israel, et al., 1995; Nastasi & Hitchcock, 2009)

localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos, infracciones al derecho internacional humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público. (p. 1)

Dentro de los criterios de exclusión se incluyen los siguientes:
No cumplir los criterios de inclusión.

1.3 Recolección de datos

De acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se invitó telefónicamente a las participantes potenciales seleccionadas de la muestra original del proyecto OSITA, a responder algunas preguntas relacionadas con su experiencia en el proyecto. Como contribución para los gastos de desplazamiento de las participantes para asistir a la entrevista, se les ofreció una compensación de \$10,000 COP³.

Antes de iniciar la entrevista se solicitó el consentimiento informado⁴ para certificar su participación voluntaria, para la grabación del audio de las entrevistas, y para la utilización de la información en ejercicios académicos. Una vez explicado y firmado el consentimiento se realizaron las entrevistas, cada una de 40 minutos aproximadamente.

1.4 Análisis de la información

Se llevó a cabo el siguiente proceso de análisis de la información de acuerdo a lo propuesto por Saldaña (2009) para una investigación cualitativa. Inicialmente se desarrolló una versión

³ Es importante precisar que esta compensación fue avalada por el Comité de Ética de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo de la Universidad de los Andes.

⁴ El formato de consentimiento informado que se utilizó, puede ser solicitado por email a la autora.

preliminar del libro de códigos o nodos de análisis⁵, según la experiencia de la investigadora (autora de este documento) en su trabajo de campo dentro del proyecto OSITA y la literatura revisada. Así se plantearon cinco nodos de análisis iniciales para cada grupo, que permitieron construir las preguntas de los tres instrumentos de entrevista semiestructurada.

Los libros de nodos se modificaron después de realizar el pilotaje de uno de los instrumentos de entrevista, lo cual resultó en la versión final de un sólo libro de nodos que se expone en la *tabla 2*, y así mismo se estableció un único instrumento de entrevista semiestructurada para todos los grupos.

Se decidió dejar la entrevista piloto como parte de la muestra, así una vez realizadas y transcritas las 20 entrevistas restantes se procedió a desarrollar el primer ciclo de codificación. Durante éste primer ciclo se organizó la información de acuerdo con la metodología de codificación inicial, que consiste en la separación de los componentes de cada entrevista, a la vez que se examinan y se comparan los componentes en busca de similitudes o diferencias (Saldaña, 2009, p. 81). Esta metodología permite que el investigador este abierto a cualquier dirección que tomen los datos y con ello ir orientando el análisis del estudio. Como fruto de este primer ciclo se generaron sub-nodos de análisis y dos nodos emergentes.

Posterior al primer ciclo de codificación se inició con el segundo ciclo de codificación, cuyo objetivo es reorganizar y reanalizar los datos codificados en el primer ciclo. Para este ejercicio se reanalizaron las entrevistas por patrones, es decir, se reagruparon los datos por subtemas o sub-nodos de análisis (Saldaña, 2009, p.152), conformando el cuerpo de los resultados.

Todo el proceso de análisis cualitativo de los datos fue realizado a través del uso de CAQDAS [Computer-Aided Qualitative Data Analysis] (Fielding y Lee, 1998), o Software de análisis cualitativo de datos asistido por computadora. En este sentido, para facilitar el primer y segundo ciclo de codificación se utilizó

⁵ El nodo de análisis es una palabra o frase corta que asigna un atributo a una porción de datos, los datos corresponden al lenguaje (entrevistas, notas de campo) o pueden corresponder a material visual (Saldaña, 2009, p. 3).

el Software NVIVO 10, con el cual se resaltaban con colores los datos (frases, párrafos) de cada entrevista por nodos y sub-nodos de análisis en el ordenador. Esta herramienta permitió visualizar la información a través de gráficos y tablas que se despliegan en los capítulos siguientes, obtener frecuencias de palabras y clasificar las respuestas codificadas por nodo y sub-nodo lo que mejoró la lectura y análisis de los datos.

Para finalizar el proceso de análisis, una persona externa al estudio codificó cinco entrevistas del total de la muestra, para verificar la validez externa de los nodos. Con la versión final del libro de nodos de análisis, la intercodificadora codificó las cinco entrevistas y luego comparó sus codificaciones y resultados con las de la investigadora. Se encontró que había gran similitud en los fragmentos codificados y en las conclusiones. A raíz de este proceso se acordó eliminar uno de los dos nodos emergentes por su poca relación con el objetivo del estudio.

1.5 Nodos de análisis

Como se explicaba anteriormente, los nodos de análisis sirven para dar respuesta a la pregunta principal de investigación. Permiten construir los instrumentos de investigación (entrevistas semi-estructuradas) y su vez son la herramienta para analizar las entrevistas mediante la separación de sus componentes. Como resultado del primer ciclo de codificación se definieron los nodos y sub-nodos de análisis y además se obtuvo un nodo emergente, el nodo de Resiliencia, los cuales se describen en la *tabla 2*.

Tabla 2
Libro de nodos de análisis.

Nodos de Análisis	
Nodo 1	
Etiqueta	Salud mental y psicosocial
Definición	Significados sobre la salud mental y sobre lo psicosocial
Descripción	Lenguaje que utilizan las mujeres para referirse a la salud mental y a lo psicosocial, y la importancia que estos conceptos adquieren para ellas.
Nodo 2	
Etiqueta	Ley 1448

Definición	Ley de Víctimas y Restitución de Tierras 1448 por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones
Descripción	Conocimiento sobre la ley de víctimas, la respuesta percibida del Estado sobre el acompañamiento psicosocial propuesto en la Ley 1448.
Nodo 3	
Etiqueta	Proyecto
Definición	Proyecto de atención psicosocial OSITA de la Universidad de los Andes.
Descripción	Las expectativas que generó el proyecto; las razones de inasistencia y deserción; el efecto del proyecto en las usuarias; el rol de la consejera y recomendaciones al proyecto OSITA.
Nodo 4	
Etiqueta	Incentivos
Definición	Ganancia material o económica por asistir o continuar en las sesiones que ofrece el proyecto
Descripción	Percepción de las mujeres a favor y en contra de esta estrategia.
Nodo 5	
Etiqueta	Loca
Definición	Estigma de la salud mental
Descripción	El estigma de la salud mental, de lo psicológico o del psicólogo y cómo esto afecta la participación y compromiso de las mujeres en el proyecto, desde la percepción de las mujeres que participaron y no participaron.
Nodo 6	
Etiqueta	Las ganas de salir adelante
Definición	Resiliencia
Descripción	Capacidad de las mujeres para sobreponerse a períodos de dolor emocional y situaciones

adversas, que se traduce en las fortalezas y valores que ellas refieren de sí mismas.

Fuente: Elaboración propia.

A partir del análisis de datos se organizó la información recolectada en las siguientes categorías: 1. El significado e importancia de la salud mental y de lo psicosocial para las mujeres víctimas del conflicto armado; 2. La respuesta percibida de la Ley 1448 sobre la atención psicosocial; 3. La percepción de las mujeres que participaron y no participaron sobre el proyecto OSITA; 4. Las recomendaciones al proyecto; y 5. La resiliencia de las participantes. De esta manera, a lo largo de la sección de resultados se profundiza en cada una de las anteriores categorías, y se comparan los análisis con lo revisado en la literatura.

Resultados

1. El significado e importancia de la salud mental y de lo psicosocial para las mujeres víctimas del conflicto armado

Antes de conocer la percepción de las usuarias sobre el proyecto OSITA, era importante identificar los significados que ellas atribuían a conceptos como la salud mental y lo psicosocial, para entender el conocimiento que tienen al respecto, la importancia que esto adquiere para ellas, y en esa medida el grado de interés, aceptabilidad y participación que éste proyecto pudo generar.

Se encontró que para las mujeres entrevistadas no era muy claro el concepto de salud mental como tampoco el de psicosocial, para algunas no existía tal diferencia y otras referían no tener alguna idea al respecto. Se encontró que hay puntos de vista divididos hacia el significado de la salud mental, en un primer grupo predominaron palabras que sugieren una connotación negativa de la misma, entendida como una enfermedad que requiere un tratamiento. **Los nombres de las mujeres entrevistadas fueron cambiados por razones de confidencialidad.**

"estar mal" "sentirse mal" "tener problemas con uno mismo" "estar realmente muy enfermo" "estar fuera de sí" "consumir drogas" "tratamiento", "ganas de vivir o morir", "decepción", "tener una buena o mala actitud", "falta de paciencia", "no autocontrol o incapacidad de hacer las cosas por uno mismo", "preocupaciones", "nervios"⁶.

⁶ Isabel, Entrevista Semi-estructurada, noviembre 25 del 2014; Consuelo, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 10 del 2014; Mileidy, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 14 del 2014; Tatiana, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 15 del 2014; Juliana, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 15 del 2014; Elvia, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 17 del 2014; Paulina, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 29 del 2014; Miryam, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 30 del 2014; Zaira, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 30 del 2014; Adelina, Entrevista Semi-estructurada, enero 2 del 2015; Estella, Entrevista Semi-estructurada, enero 3 del 2015; Blanca, Entrevista Semi-estructurada, enero 18 del 2015; Flor, Entrevista Semi-estructurada, enero 20 del 2015; Mary, Entrevista Semi-estructurada, enero 20 del 2015.

"Porque es una enfermedad que necesita tratamiento. Necesita que se le dé una respectiva, un respectivo seguimiento. Porque yo pienso que mmm cuando uno se enferma así mentalmente es porque tiene muchos problemas a veces acumulados o porque le da mucha importancia a un solo problema y no lo podemos superar fácilmente." (Marcela, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 31 del 2014).

Por otro lado, un grupo pequeño de participantes relacionaron la salud mental con un estado positivo, de bienestar, de tranquilidad, de amor.

*"bienestar", "estabilidad", "comprensión", "amor", "reír".*⁷

"Amor. La salud mental pues yo digo que también va en el corazón ¿No? en lo que uno lleve dentro de su corazón. Porque en los sentimientos que uno siente si son buenos, son malos, si son heridos pues también eso conviene a la salud mental. Pues porque pues para mí el amor es primordial ¿No? porque si uno no tuvo amor o le falta pues también eso afecta." (Miryam, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 30 del 2014).

El concepto psicosocial estuvo asociado principalmente al buen manejo de las relaciones interpersonales, recibir apoyo por parte de una *psicosocial* y al buen funcionamiento de la persona dentro de una comunidad.

*"la psicología", "poder relacionarse con otros", "socializar", "tolerar y comprender a los demás", "ser amigable", "hacer charlas grupales", "amistad", "sociedad", "compartir con otros", "las ayudas que le brindan a las familias".*⁸

⁷ Zaira, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 30 del 2014; Mary, Entrevista Semi-estructurada, enero 20 del 2015; Miryam, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 30 del 2014.

⁸ Isabel, Entrevista Semi-estructurada, noviembre 25 del 2014; Tatiana, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 15 del 2014; Juliana, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 15 del 2014; Elvia, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 17 del 2014; Zaira, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 30 del 2014; Adelina, Entrevista

"Si, lo social es como uno aprender a compartir con las demás personas y lo psico pues como salir de la misma rutina y aprender algo nuevo, conocer." (Estella, Entrevista Semi-estructurada, enero 3 del 2015).

En la literatura, al igual que para las entrevistadas, no es muy clara la diferencia entre la salud mental y lo psicosocial. De acuerdo con Ley de víctimas 1448, "La atención psicosocial deber ser entendida como los procedimientos de acompañamiento que promueven la recuperación de la salud mental de los individuos y la reconstrucción de las bases fundamentales de sus relaciones sociales." (p.16).

Por su parte la Guía IASC (Inter-Agency Standing Committee) sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes (2007), entiende la salud mental como la enfermedad mental y lo psicosocial como un estado de bienestar, es decir:

"Todo tipo de apoyo local o externo cuyo propósito sea proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir u ofrecer tratamiento a trastornos mentales. Si bien los conceptos salud mental y apoyo psicosocial están estrechamente relacionados entre sí y se superponen parcialmente, para muchos encargados de prestar asistencia reflejan enfoques diferentes, aunque complementarios." (p.1)

Esta confusión parece repetirse el documento publicado por la Agencia de la ONU para los Refugiados [ACNUR] en el año 2009, en el cual se aboga por la valoración de la salud mental de las víctimas del conflicto bajo una perspectiva psicosocial, prevaleciendo la atención psicosocial sobre la asistencia clínica o mental. La perspectiva psicosocial la definen como el apoyo en los procesos de duelo e impacto traumático de la violencia, en el reconocimiento y garantía de los derechos, en la proporción de información sobre los recursos disponibles, apoyo en la toma de decisiones y fortalecimiento del autocontrol y de las redes sociales, apoyo emocional, reducción de los factores de estrés,

Semi-estructurada, enero 2 del 2015; Estella, Entrevista Semi-estructurada, enero 3 del 2015; Blanca, Entrevista Semi-estructurada, enero 18 del 2015.

y apoyo en el desarrollo de recursos personales y colectivos para cambiar las condiciones de vida. Se citan palabras como atención psicológica, apoyo terapéutico a corto y largo plazo como parte también de la atención psicosocial. Entonces, ¿qué es la salud mental sino es todo lo que incluye la atención psicosocial según lo expuesto por la ACNUR?

Es cierto que la línea entre la salud mental y lo psicosocial parece ser casi invisible, no se diferencian fácilmente acciones u objetivos, pero si es claro que la salud mental no alude únicamente a la ausencia de trastornos mentales (OMS, 2004), como tampoco refiere a la patologización de reacciones esperables ante eventos traumáticos.

La salud mental incluye también un estado de bienestar (OMS, 2004), estado que permite a los individuos y grupos funcionar en el día a día, construir relaciones y contribuir a la comunidad (Ley de Salud Mental N° 1616 de 2013). Por cuanto cualquier acción que busque contribuir al mantenimiento o recuperación de ese estado es lo que finalmente debería interesar a las instituciones encargadas de brindar este apoyo. Se gasta bastante tiempo debatiendo si la atención psicosocial prima sobre la salud mental o viceversa, si el perfil del profesional difiere para cada una de las intervenciones, o cuales funciones debería cumplir la atención psicosocial y cuales la atención en salud mental, mientras las víctimas no distinguen particularidades, pero si son conscientes de su dolor y del desafío que implica vivir después de haberlo perdido todo.

Por otro lado, se destacaron las respuestas de algunas entrevistadas que señalaron un vacío en el conocimiento de la salud mental o lo psicosocial, vacío que podría advertir una de las razones por las cuales hay rechazo hacia proyectos o programas que ofrecen este tipo de cuidado.

"(...)por medio de esto muchas veces uno aprende ¿Si? A tener conocimiento de cosas, que muchas veces uno, no sé, no tiene conocimiento comenzando por ahí. Y y algunas personas si lo tienen solo que pues no lo aplican por miedo. Por muchas cosas". (Maribel, Entrevista Semi-estructurada, 16 de diciembre de 2014).

Las mujeres entrevistadas en su mayoría, ofrecían respuestas vagas frente a su entendimiento de la atención psicosocial o atención en salud mental, lo que podría estar relacionado al desconocimiento de los servicios de atención psicosocial que ofrece el Distrito, y así mismo explicar una baja demanda por este recurso pese a lo necesario que pueda ser.

Para identificar la importancia que atribuyen las participantes a su salud mental, durante la entrevista se les pedía que priorizaran de 1 a 5 las siguientes condiciones señaladas en la ley de víctimas 1448: Educación (p. 38), trabajo (p. 70), salud física (p. 73), salud mental (p. 73) y recreación (Artículo 117).

De acuerdo a lo promulgado en la Ley, se pidió a las participantes calificar de 1 a 5, siendo 1 la medida más importante y 5 la menos importante, sin que ello significara que alguna medida no fuera sustancial para ellas. En la Tabla 3 se resumen los resultados por grupos, en cada recuadro aparece el número de personas por subgrupo que opinaron que esa condición era la más importante en la lista.

Tabla 3
Priorización participativa de algunas condiciones establecidas en la Ley 1448.

Condición	Educación	Trabajo	Salud física	Salud mental	Recreación
Subgrupo					
participantes que completaron el proceso	1	1	2	3	0
participantes que abandonaron el proceso	2	0	1	4	0
participantes que nunca asistieron el proceso	0	1	2	4	0

Fuente: Elaboración propia basada en las entrevistas.

De acuerdo con la *Tabla 3*, se observa que varias mujeres, en total 11 personas, manifestaron que la salud mental ocupaba el primer lugar entre algunas condiciones que busca garantizar el

Estado. También se observa, contradictorio a la hipótesis del equipo del proyecto OSITA, que varias mujeres que nunca asistieron a la primera sesión o abandonaron el proceso, consideraban que la salud mental era prioritaria entre las medidas planteadas.

Una de las mujeres del grupo que culminó su proceso de intervención calificó *el trabajo* como la condición más importante para vivir, luego mencionó que tener salud física era lo segundo más importante y luego refirió no poder ir a trabajar porque estaba enferma y la razón era el estrés que estaba teniendo.

"últimamente me he sentido muy enferma, tal vez por tanto estrés, de todo me he estado enfermado demasiado, entonces lo más importante que quiero es mi salud para poder trabajar" (Anadela, Entrevista Semi-estructurada, enero 2 del 2015).

Las personas que opinaban que la salud mental ocupaba el primer lugar en la escala, referían que los problemas no desaparecían y que al seguir allí ocultos afectaban las demás áreas de la vida. Algunas entrevistadas referían que estar mal mentalmente no las dejaba funcionar bien o vivir tranquilamente, y esa intranquilidad la podían transmitir a sus familiares directa o indirectamente.

"Si. La verdad sí, porque eso descontrola mucho (.) a a, o sea en lo personal descontrola la vida de uno personal. Y <también> a la- a las otras personas aunque uno no lo quiera. Yo pienso que si uno está bien uno le trasmite esa tranquilidad a a los hijos de uno. (.) Si uno está mal (.) uno le trasmite e (.) e e esa negatividad a los hijos de uno, o sea yo pienso que todo, todo va en cadena, todo influye" (Marina, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 11 del 2014).

Varios investigadores han estudiado la asociación entre el trauma psicológico que presentan los padres y los problemas emocionales y/o psicopatología que desarrollan los hijos, evidenciando que si hay una transmisión generacional de los efectos psicológicos que dejan los eventos traumáticos (Cholankeril, 2011; Daud, Klintberg, & Rydelius, 2008; Weissman, et al., 2005;). También se ha encontrado que cuando

los padres ya no presentan síntomas de depresión o estos disminuyen, se reducen los problemas de conducta y sintomatología depresiva en los hijos (Garber, et al., 2011; Verdeli, 2004).

En conclusión, los reportes de las entrevistadas sugieren que la salud mental ocupa un papel importante en sus vidas. Si bien los problemas emocionales pueden no ser tangibles y aparentemente visibles como lo es la ausencia de dinero, coinciden en que la falta de salud mental no solo agrava los problemas sino también los aumenta. Esto sucede en la medida en que su funcionamiento se altera y transfieren sus emociones a otros afectando sus relaciones interpersonales.

2. La respuesta percibida de la Ley 1448 sobre la atención psicosocial

2.1. Conocimiento de la ley

Por medio de la Ley 1448 de 2011 se establecen y regulan las medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado en Colombia. Puntualmente la reparación significa la formulación de herramientas, entre ellas el acompañamiento psicosocial, para que a las víctimas se les reivindique su dignidad, asuman su plena ciudadanía en el ejercicio de sus derechos, con lo cual se garantice su incorporación a la vida social, económica y política.

Sobre la atención psicosocial, la ley 1448 es precisa en establecer la obligación del Estado en brindar “información, orientación y acompañamiento jurídico y psicosocial a la víctima, con miras a facilitar el acceso y cualificar el ejercicio de los derechos a la verdad, la justicia y la reparación” (p. 10). En otras palabras, la atención a las víctimas incluye informarlas sobre sus derechos y los recursos disponibles en materia de salud, trabajo, educación, justicia, atención psicosocial, entre otras medidas, con lo cual se fortalezca su empoderamiento y autonomía. Sin embargo, aún parece haber desconocimiento de los derechos y medidas de reparación que debe garantizar el Estado a la población víctima del conflicto armado, viéndose fracturado el

proceso, en su fase inicial, para garantizar la inclusión de esta población en la sociedad.

Frente a la pregunta “¿tú conoces la ley que existe para víctimas del conflicto armado?”, en la Tabla 4 se resumen las respuestas de las entrevistas por subgrupo.

Tabla 4
Conocimiento sobre la Ley 1448 de la población víctima del conflicto.

Conocimiento	Sí conocen	No conocen
participantes que completaron el proceso	<p><i>"Sé que tiene uno derecho a educación a vivienda ayudas psicológicamente, pero no, no sé que hay más mas derecho a vivienda sé que hay más más ayudas, pero la verdad no estoy bien, bien interesada."</i> (Blanca, Entrevista Semi-estructurada, enero 18 del 2015)</p>	<p><i>"Eh he oído hablar sobre ella y pues no estoy muy enfocada pero si, si la he escuchado."</i>(Adelina, Entrevista Semi-estructurada, enero 2 del 2015)</p> <p><i>"Mmm ¿lo del estudio?"</i> (Anadelia, Entrevista Semi-estructurada, enero 2 del 2015).</p> <p><i>"Pues tengo entendida muchas (...) pero la verdad no las he puesto en práctica todas."</i> (Estella, Entrevista Semi-estructurada, enero 3 del 2015).</p> <p><i>"No."</i> (Mary, Entrevista Semi-estructurada, enero 20 del 2015).</p> <p><i>"Sí, pero entonces de nada me ha servido saber."</i> (Flor, Entrevista Semi-estructurada, enero 20 del 2015)</p>
participantes que abandonaron el proceso	--	<p><i>"<Pues> la ley que existe últimamente. Pues sí, pues algunas, algunas si las conozco, no todas, pero algunas sí".</i> (Miryam, Entrevista Semi-estructurada)</p>

<p>participantes que nunca asistieron el proceso</p>	<p><i>"tengo algún conocimiento que es el derecho a una reparación, el derecho a saber la verdad, de que las personas que nos hicieron los daños <eh> paguen por sus delitos, eso es prácticamente, sobre todo el derecho a la verdad, es el primordial."</i> (Marcela, Entrevista Semi-estructurada, 31 de diciembre del 2014).</p>	<p>estructurada, diciembre 30 del 2014).</p> <p><i>"No tengo mucho conocimiento de ella."</i> (Tatiana, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 15 del 2014).</p> <p><i>"Más o menos; No, no la conozco"</i> (Gina, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 29 del 2014).</p> <p><i>"Sinceramente No."</i> (Patricia, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 17 del 2014).</p>
--	--	---

Fuente: Elaboración propia basada en las entrevistas.

Es muy probable que muchas víctimas del conflicto, por desconocimiento de sus derechos y recursos disponibles, no accedan a las oportunidades que brinda el Estado y perciban por parte del mismo poca respuesta y atención a sus necesidades.

Es importante en este punto reflexionar si realmente los canales de comunicación han sido los mejores para informar a la población víctima de sus derechos, con lo que se cuestiona el Artículo 30 de la Ley 1448 sobre el principio de Publicidad. Este principio señala que las diferentes entidades a las cuales se asignan responsabilidades en relación con las medidas contempladas en esta ley, deberán promover mecanismos de publicidad eficaces, que informen y orienten a las víctimas acerca de sus derechos, medidas y recursos con los que cuentan.

2.2 La respuesta percibida sobre la atención psicosocial propuesta en la Ley

La atención psicosocial, circunscrita dentro de las medidas de rehabilitación en la Ley 1448, está dirigida al restablecimiento de las condiciones psicosociales de las víctimas (Artículo 135), con lo cual puedan funcionar en su entorno familiar, cultural, laboral y social y ejercer sus derechos y libertades básicas de manera individual y colectiva (Artículo 136).

En este sentido, una de las preocupaciones de diferentes organizaciones que buscan ofrecer apoyo psicosocial o en salud mental a las víctimas del conflicto armado, es no redundar en procesos que ya están estipulados por la ley y abanderados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como por las autoridades sanitarias locales, con lo que se pueda incurrir en la revictimización o manipulación de la población. No obstante, muchas de las entrevistadas referían nunca haber recibido atención psicosocial hasta que participaron en el proyecto OSITA.

"No a mí nunca ni medico ni psicólogo nada. Solamente pasamos por la alta consejería y listo. Simplemente nos tomó la declaración y ya pues para su casa. En tres meses viene a averiguar si salió en el registro único de RUV y ya". (Isabel, Entrevista Semi-estructurada, noviembre 25 del 2014).

"<eh> en el momento no. en el momento en que salí desplazada apenas llegué a la ciudad pues nos dieron como un auxilio para poder vivir y eso, pero en ningún momento nos mencionaron una ayuda psicosocial. Pues la ayuda psicosocial que nos dan directamente pues las personas que nos atienden las denuncias y eso." (Marcela, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 31 del 2014).

Pese al compromiso que promulga la ley 1448 en su capítulo II artículo 4, "El Estado se compromete en adelantar prioritariamente acciones encaminadas al fortalecimiento de la autonomía de las víctimas", en su mayoría son medidas de emergencia que, si bien son ineludibles, se deben complementar con otros apoyos que generen autonomía y contribuyan al mejor

desempeño de las víctimas en sus diferentes entornos. Varias de las entrevistadas, perciben que el Gobierno si ha ofrecido una serie de ayudas económicas, generalmente interrumpidas, y que siguen siendo insuficientes para remediar el daño causado por el conflicto.

"(...) porque bueno compramos lo que compramos y ya lo gastamos y ya o pagamos el arriendo y ya lo gastamos, pero igual ahí sigue el problema y todos los días van a seguir los problemas y el problema ahí que, hay que como que mocharlo de raíz, y cuál es, lo que guardamos en la cabeza y en el corazón. Entonces ellos como que no se enfocan en eso, se enfocan en VAMOS A DARLES VIVIENDA, vamos a pagarle todo, cada tres meses el arriendo y darle la comida o vamos a darles albergue a los que están recién desplazados, pero no se enfocan en, en decir vamos a... a... a retroalimentar a esa persona, a que supere si le mataron algún, algún familiar o un ser querido que supere ese duelo para que esa persona pueda despejar o despegar. Pa' que <pueda> (.) a salir adelante, para que pueda conseguir un trabajo o para que pueda estudiar, para que pueda ser alguien en la vida. Pero se dedican más a a darnos lo fácil, lo fácil es el dinero y ya". (Marina, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 11 del 2014).

Por otro lado, para algunas entrevistadas, realmente la "autonomía" se fortalece de manera obligada cuando las ayudas no llegan o llegan muy tarde.

"Si. Ya después muy tarde. Ya después muy tarde porque el caso mío, yo no digo que yo vivo como una ricachona ni mucho menos, pero pues gracias a Dios no me falta comida a mis hijos, y si tengo que trabajar acá en la empresa y tengo que trabajar el fin de semana, la noche en otro lado yo lo hago. Pero ya en este momento hay que decirlo, ya por ejemplo el gobierno darme una ayuda a mí, si yo he sacado mis niños, mi niña de recién nacida, mi bebe desde que estaba en embarazo yo totalmente, yo sola". (Zaira, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 29 del 2014)

El Estado trabaja bajo un enfoque de necesidades y no “orientado a restablecer la vigencia efectiva de los derechos de las víctimas” (Ley 1448, p.10). Se privilegia lo urgente sobre lo importante, y lo que deberían ser medidas de emergencia se convierten en muchos casos en las únicas medidas de reparación. Por ejemplo, varias entrevistadas señalaban la poca facilidad que tienen para acceder a los servicios de salud, educación y empleo a pesar de su situación de desplazamiento, condición que muchas veces representa un obstáculo para su vinculación laboral.

Adicionalmente, gran parte de las mujeres entrevistadas tenían más de 2 hijos, eran proveedoras y a su vez las únicas cuidadoras de sus hijos. La mayoría tenían bajo nivel educativo por lo que estaban vinculadas en trabajos mal remunerados y tenían dos empleos o más. Lo anterior trae como resultado madres ausentes de su hogar, deserción escolar, niños que se involucran en pandillas, o niñas embarazadas a temprana edad, viéndose lesionado el funcionamiento familiar.

Los reportes de las entrevistadas justifican la importancia de concentrar esfuerzos en la atención psicosocial o salud mental a mujeres que han sido desplazadas forzosamente por el conflicto, sin embargo, contribuir a la recuperación de las víctimas requiere de un trabajo intersectorial.

Existe evidencia que señala la relación entre la salud mental y la perpetuación de la pobreza en población desplazada por el conflicto. A partir de un análisis econométrico Moya (2014) estudió la relación entre el desplazamiento, salud mental y pobreza. Encontró que el desplazamiento aumentaba significativamente la aversión al riesgo, es decir, provocaba mayor inseguridad y miedo en las víctimas generando en ellas interés por alternativas de inversión de poco riesgo, pero con bajos retornos, así como menor inversión en capital humano y físico y concentración de recursos en el consumo. El autor encontró que la tolerancia frente al riesgo estaba relacionada a trastornos de ansiedad y alta hostilidad producto de la exposición a situaciones de violencia. De la muestra de personas desplazadas encuestadas, más del 22% padecían niveles elevados de estrés, el 27% y 35% presentaban cuadros severos de ansiedad y de ansiedad fóbica, respectivamente. Los resultados indicaban que presentar un trastorno mental limitaba

la capacidad de las personas para sobrellevar el choque del desplazamiento y para ajustarse a las nuevas condiciones de vida, lo cual también influía en las decisiones económicas del hogar reflejándose en un aumento de su vulnerabilidad y/o pobreza.

Lund et al. (2011) llevaron a cabo dos revisiones sistemáticas de literatura para evaluar el efecto de intervenciones para la reducción de la pobreza sobre los problemas mentales, neurológicos y trastornos por toxicomanía, y viceversa, el efecto de intervenciones en salud mental sobre la situación económica individual y familiar en hogares de países de bajos y medianos ingresos. Encontraron que, si bien las intervenciones para la mitigación de la pobreza no tenían un efecto concluyente en la salud mental, algunos estudios mostraron que programas de transferencias monetarias condicionadas y la promoción de activos tenían beneficios sobre la salud mental. De otra parte, las intervenciones en salud mental evidenciaron una fuerte asociación con mejores resultados en la situación económica de las personas y/o familias. Los autores concluyeron que los problemas de salud mental interactúan cíclicamente con la pobreza, en países de bajos y medianos ingresos, por lo que recomendaban promover intervenciones orientadas a las causas sociales de la enfermedad mental y discapacidad, e intervenciones dirigidas al tratamiento de las enfermedades mentales que generan a su vez empobrecimiento (Lund et al., 2011).

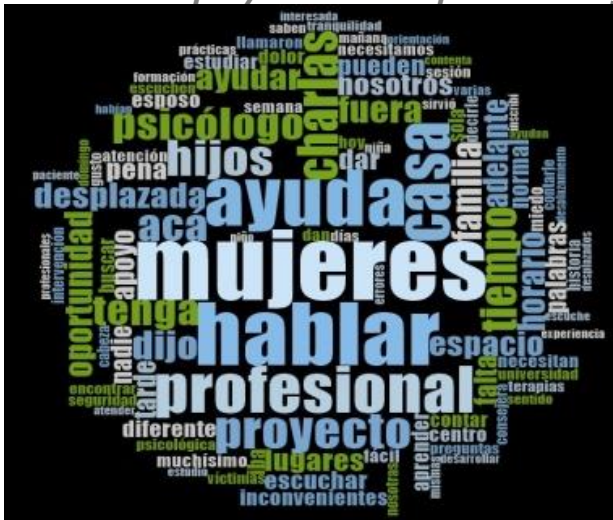
La salud mental determina y su vez está determinada por varias condiciones como lo es el acceso a un buen empleo, a educación, a una vivienda digna, a la seguridad; por tanto, favorecer “la recuperación de la salud mental de los individuos y la reconstrucción de sus relaciones sociales.” (Ley 1448, p.16), no puede entenderse como un conjunto de acciones aisladas que solo conciernen a las autoridades sanitarias, como tampoco puede pensarse que un subsidio para alimentación o para vivienda sufragarán la reparación total que merecen las víctimas.

3. Percepción de las mujeres que participaron y no participaron sobre el proyecto OSITA

3.1 Las expectativas que generó el proyecto

Se pensó que las expectativas que había generado el proyecto en las mujeres podían haber resultado incompatibles con lo que proponía en realidad la intervención, y provocar el abandono de algunas participantes después de la primera sesión. Sin embargo, todas las mujeres entrevistadas, sin excepción, esperaban del proyecto ser escuchadas, desahogarse y recibir de vuelta un consejo como se muestra en la *Gráfica 1*. Varias refirieron que no esperaban encontrar una solución a todos sus problemas, tampoco buscaban olvidar lo que les había pasado, en cambio, esperaban aprender a llevar sus dificultades.

Gráfica 1. El proyecto OSITA para las mujeres entrevistadas



Fuente: Elaboración propia en NVIVO10 basada en las entrevistas

"¿Qué esperaba yo encontrar? Una, empezando una persona que me escuchara" (Juliana, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 15 del 2014).

"Bueno pues ese día realmente pues yo pensé que eso, bueno vienen y dicen, pero eso como muchos proyectos que salen, vienen y AVISAN y dicen y eso NUNCA sale, eso fue lo PRIMERO, pero vámonos a anotar por si, por si al caso. Y no yo aj, bueno en la primera yo como que (.) en

ese momento si requería hablar con una persona porque pues no es lo mismo hablar con tu <familia> tu <esposo> ¿Sí?” (Patricia, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 17 del 2014).

El objetivo de la Consejería Interpersonal, intervención que ofrecía el equipo del proyecto OSITA, de acuerdo con Weissman, Markowitz, Klerman y Solé Puig (2013) es ayudar a que las personas recuperen su funcionamiento social. Si bien los problemas del estado de ánimo son multicausales, emergen siempre dentro de un contexto interpersonal, de allí el énfasis que realiza la consejería en las relaciones interpersonales. Con base en esto se busca con la consejería ayudar y motivar a la persona a que exprese sus emociones de una manera más adaptativa, a que identifique recursos internos o externos para dar respuesta a los problemas actuales, y enseñar herramientas que contribuyan a que las participantes se sientan mejor y así puedan hacer frente a sus dificultades.

“donde pueda yo desahogarme, no es lo mismo tener una charla con...con alguien capacitado que comentárselo a alguien a una amistad o (suena un timbre) sin saber que bolas me va a parar o que no sé si le va a importar o no le va a importar lo que yo <siento>, lo que yo expreso. En cambio, con estas charlas SI (...) y de sacarlo a uno de ese <abismo> donde uno esta porque uno a veces se siente en un abismo.” (Consuelo, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 10 del 2014)

Los problemas, *abismos*, que referían las entrevistadas, que vivieron o continúan viviendo, están relacionados generalmente a sus relaciones interpersonales lo que reafirma el principio base de la Terapia Interpersonal. Por ejemplo, algunas reportaban sentir dificultad para adaptarse a los cambios que implicaba vivir en la ciudad, a la pérdida de un ser querido, dificultad para manejar los conflictos en el hogar o referían sentirse solas y aisladas. Muchos de estos cambios sucedieron después del desplazamiento, siendo los problemas del “aquí y ahora” los que preocupaban a las participantes.

“Pues quería que me ayudaran pues tenía muchos problemas, me sentía muy sola, y quería como algo psicológico, una ayuda psicológica, una terapia en donde

pues me pudieran como orientar mucho mejor.” (Isabel, Entrevista Semi-estructurada, noviembre 25 del 2014).

“la verdad si me interesa mucho porque no tengo buena relación con mi hijo de catorce años, <y> unas de las cosas que yo me inscribí fue por eso pues para que, para ver si podía tener ayuda psicológica, <para> eh, para saber qué, qué, qué solución podía tener con todos los inconvenientes que he tenido con mi hijo.” (Marina, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 11 del 2014)

Dos palabras que describían la situación en la que llegaban muchas mujeres a la primera sesión de consejería son: impotencia y desesperanza. Ellas llegaban sintiendo que ya no había soluciones, que nadie las podía o quería ayudar, generalmente habían perdido la confianza en la gente y en ellas mismas. Otras referían sentirse muy vulnerables, con miedo y sin protección en la ciudad.

Habiendo perdido la confianza en los demás, la confidencialidad se convierte en una de las principales expectativas que tienen las mujeres respecto al proyecto. Como se mencionaba, todas esperaban encontrar en el proyecto un espacio donde pudieran hablar, donde no se les fuera a criticar y, primordialmente, donde lo que dijeran no se fuera a divulgar, especialmente si tenemos en cuenta que algunas continuaban recibiendo amenazas.

“fue como encontrar (...) una persona que me escuchara, me entendiera de pronto que no me regañara, sino que me diera consejos. Pues bueno, en principio pues de todas maneras yo sabía que eso no era que se iba a divulgar por, por todo lado. Eso era muy privado. Y pues si, a veces si da miedo porque pues uno, uno no, uno no acostumbra a decirle toda la vida a todo mundo.” (Patricia, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 17 del 2014).

Entre líneas era posible leer el rol pasivo en el cual se ubican las participantes en el proceso de atención psicosocial del proyecto OSITA. Es importante, no obstante, reconocer que en la Consejería Interpersonal el consejero adopta una posición activa durante las fases de la atención, puesto que orienta a la persona a que se centre en sus problemas interpersonales actuales y le

guía en la exploración de posibles soluciones (Weissman, Markowitz, Klerman & Solé Puig, 2013). Sin embargo, la responsabilidad de cambiar está en la participante aun cuando el consejero(a) asuma un rol activo y directivo (Weissman, Markowitz, Klerman & Solé Puig, 2013)

3.2 Las razones de inasistencia y deserción

Una de las grandes inquietudes al interior del equipo del proyecto OSITA, fue el gran número de mujeres que nunca asistió a la primera sesión de atención psicosocial después de haber mostrado interés en participar, aproximadamente se calculó para el año 2014 una inasistencia del 61%. De otro lado, 23 mujeres que habían asistido al menos a una sesión y debían continuar, abandonaron el proceso. Parte de la entrevista se concentró en indagar sobre los motivos que explicaban dichas situaciones, así, en la Tabla 5 se exponen las diferentes razones y al frente el número de personas por subgrupo que refirieron esa razón.

Tabla 5
Razones que explican la inasistencia y deserción según las entrevistadas.

Motivo de inasistencia o deserción	Participantes que completaron el proceso	Participantes que abandonaron el proceso	Participantes que nunca asistieron el proceso
No haber sido contactadas por alguna consejera	1	1	2
No había quien cuidara a sus hijos para asistir a las sesiones.	1	3	2
Las personas evitan recordar o revivir ese pasado, tampoco creen que "hablando"	0	1	2

se sanan las heridas.			
Pereza, falta de compromiso con uno mismo, con la propia salud.	1	2	3
No habían vivido el desplazamiento directamente, por lo que concluyeron que este tipo de atención no les sería muy útil.	0	1	1
Algunas pueden aparecer como desertoras cuando realmente fue la consejera quien discontinuó el seguimiento.	0	1	0
No continuaron porque debían ser evaluadas por un médico psiquiatra, pero no se logró cita con la EPS.	0	1	0
Falta de dinero para los transportes.	5	7	6
Horarios de las consejeras se cruzaban con el horario de trabajo o estudio	7	7	7

Hay un fuerte estigma alrededor de la atención psicosocial que genera rechazo.	7	7	7
--	---	---	---

Fuente: Elaboración propia basada en las entrevistas.

Las razones de inasistencia y deserción aducidas por la gran mayoría de las participantes fueron las siguientes: la falta de dinero para los transportes, los horarios de las consejeras entraban en conflicto con los horarios académicos o laborales de las participantes y el miedo a la opinión o censura de sus compañeros o familiares.

"en el momento que no pude ingresar más fue porque estaba haciendo las prácticas en la misma institución <y> tenía que estudiar entonces era muy difícil continuar con la psicóloga, en veces la dejaba esperando, no era porque yo quería sino porque precisamente salía de trabajo y entraba a estudiar." (Paulina, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 29 del 2014).

"(...) y más que todo era eso, muchas veces no tenía pa' los transportes entonces pues la verdad pues por eso no asistía." (Isabel, Entrevista Semi-estructurada, noviembre 25 del 2014).

La falta de dinero para los transportes y los horarios de atención pueden suponer obstáculos de tipo logístico que podrían corregirse rápidamente. Sin embargo, el estigma de lo psicológico, reportado en todas las entrevistas, requiere otras estrategias que superan las medidas logísticas.

Por ejemplo, varias participantes refirieron que el lugar donde se realizaba la consejería era muy visible y los demás compañeros sabían que quien entraba o salía de ese lugar era porque había recibido atención psicológica, situación que las prevenía de asistir a las sesiones.

"Pues es que como uno hay veces se deja influenciar por las apariencias, que, porque diga la gente, no pues si ella va al psicólogo es porque está loca, que porque esto, que porque esta demente. Entonces uno pues, pues uno se pone a creer

en las críticas de la gente” (Miryam, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 30 del 2014).

El estigma alrededor de la salud mental no es un descubrimiento. El Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], sobre el ¿por qué las personas con trastornos y problemas mentales no buscan atención en salud?, responden que se debe principalmente al estigma público y al auto-estigma. Citan que existe un estereotipo histórico sobre la persona que presenta trastornos mentales, considerándosele peligroso, incompetente y falta de voluntad, llevando a que él/ella y su familia sean objeto de discriminación (MSPS, 2014).

Rentler (s.f), evaluó la influencia del estigma en personas adultas con enfermedad mental, y cómo el estigma puede afectar su decisión de buscar atención en salud. Por un lado, se encontró que las personas con auto-estigma tenían mayor probabilidad de experimentar estigma externo. Además, se calculó una baja tasa en la utilización de servicios en salud mental pese al cubrimiento de los mismos por el seguro médico de las personas evaluadas, lo que probablemente responde al impacto del estigma, según el investigador.

Por otro lado, el estigma de la salud mental también se ha asociado con un aumento en los síntomas de la enfermedad, disminución de la adherencia al tratamiento y reducción en los esfuerzos de la persona para el afrontamiento del problema (Sickel, Nabors, & Seacat, 2014). Entre otras consecuencias, los autores evidenciaron que el estigma desestructura la percepción de auto-eficacia y de auto-estima, influyendo negativamente en la búsqueda y adherencia al tratamiento.

3.3 El efecto percibido del proyecto OSITA en las usuarias

Uno de los objetivos del presente estudio era explorar la percepción de las participantes sobre el proyecto OSITA, particularmente sobre los cambios que surgieron en cada una de ellas durante y luego de haber participado en el proyecto. OSITA tiene como principal objetivo contribuir a la salud mental de las mujeres víctimas del conflicto armado mejorando su

funcionalidad, lo cual, aunque se pudo haber visto reflejado en las medidas (instrumentos de evaluación en salud mental) que la consejera utilizaba semanalmente para medir el nivel de ansiedad y depresión, ello no explica completamente su percepción de bienestar ni tampoco su nivel satisfacción en cuanto al proceso de consejería.

Las mujeres que habían completado el proceso o al menos habían asistido a algunas sesiones de consejería, referían haberse sentido muy satisfechas y agradecidas con la consejera por el acompañamiento. Algunas mujeres estaban muy complacidas porque nadie se había interesado por ellas antes, al menos no en la forma en que lo hizo el proyecto. El proyecto permitió que ellas pudieran hablar y que sus pensamientos y emociones fueran validados y comprendidos, siendo esto lo que más resaltaron de la intervención.

"Eh siente uno como que uy descanse. Descanse de cómo, de esa... si como de algo... como de un nudo que tiene adentro y uno lo saca. Descansa, descansé y siento más paz, como más tranquilidad." (Adelina, Entrevista Semi-estructurada, enero 2 del 2015).

"porque yo antes vivía como con TEMOR, como con MIEDO. Todo, todo, (silencio) me parecía como si el mundo me fuera a caer encima, no sé y desde que (.) me dijeron acá en el jardín sobre las charlas, que acepte, he cambiado mucho. Tanto para mí, pa' mi familia, espiritual, armonía TODO me he sentido, aunque a veces caigo, pero otra vez vuelvo y levanto mi frente. Me siento bien con esta, con todas las charlas que me han brindado. Muy bien." (Consuelo, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 10 del 2014).

Puede concluirse que en general el proyecto OSITA cumplió las expectativas de las personas entrevistadas que habían culminado su proceso. No obstante, el proyecto también presentó falencias de acuerdo con la experiencia de algunas usuarias, como la falta de más sesiones de consejería, los conflictos en los horarios o la falta de motivación, que se discuten más adelante en el documento. Pese lo anterior, las mujeres percibieron que el proyecto sí representó una ayuda y

para varias significó el inicio de un cambio definitivo en sus vidas.

3.4 El papel de la consejera

De acuerdo a los principios de la Terapia Interpersonal (TIP), el terapeuta se debe caracterizar por comunicar empatía al paciente evitando lanzar prejuicios; el consejero no asume un rol neutral, en su lugar aboga por el paciente convirtiéndose en su aliado, con disposición a ayudarlo. Para tal efecto, el terapeuta trasmite el mensaje de que los problemas pueden resolverse, es decir, comunica esperanza, y que el malestar emocional no es una característica de la personalidad o una condición permanente en la vida del paciente (Weissman, Markowitz, Klerman & Solé Puig, 2013).

Dentro de las funciones del consejero a la luz de esta modalidad, se incluye mostrarse optimista, tranquilizador, aconsejando directamente cuando se considera apropiado. Los consejos disminuyen en el transcurso de las sesiones con el fin de motivar la autonomía de la persona (Weissman, Markowitz, Klerman & Solé Puig, 2013).

Para las entrevistadas la consejera era vista como una defensora, una amiga, alguien en quien confiar, en quien pedir ayuda y orientación frente a un problema. Muchas referían que ella era una guía, una solucionadora de problemas, una persona con quien podían desahogarse sin miedo.

“en el caso de la persona que a mí me entrevistó, pues me pareció una persona <amigable> una persona a la que se le puede <hablar> con quien uno puede contar pues todas sus vivencias con tranquilidad como a una <amiga>.”
(Marcela, Entrevista Semi-estructurada, 31 de diciembre del 2014).

Las mujeres que habían asistido al menos a una sesión opinaban que la consejera había respondido de manera satisfactoria a sus necesidades. Similarmente las personas que nunca asistieron a la consejería esperaban que la consejera se mostrará paciente, comprensiva, que fuera motivadora, escuchará activamente y las orientará, tal como lo propone la TIP.

El proyecto OSITA utiliza una metodología conocida como Task Shifting, es decir que la consejera no siempre era un profesional experto en salud mental, también podía ser un profesional de la salud (trabajador social, médico, enfermera) o inclusive una mujer también desplazada que había recibido entrenamiento para ofrecer la intervención.

Grafica 2. Quien era la consejera para las entrevistadas.

consejera

profesional	tenga	pena	adelante	seguridad	lugar	preguntas	aprender	chica	enferma	fácil	linda	principio	profesional	psicólogo	saben	situación	
			dar	amable	médico	sentido	atender	conocimiento	entender	fuera	sola	bonita	brindar	buscar	chistos	colaborar	cómoda
		sencilla					ayudar	dan	entrenamiento	gusto	aceptado	complicado	contar	contar	creativa	darle	deben
			desplazados	charla	nadie	zapatos	capacidad	desplazados	errores	haberme	agradecido	comprender	decirle	doctoral	dolor	ejercicio	encontrar
		tranquilidad															
mujer	normal		escuchar	hablando	necesarian	amigable	capacidad	diferencia	escuchad	habría	alivio	comunicación	derecho	entender	espacio	estudiar	expresión
		desplazada									aportarle	concentración	desarrollo	escuchar	falta	generación	generación
	paciente		experiencia	llevar	paciencia	amor	capacidad	encontré	expresar	inconveniente	aprendido	consejo	directa	escuchar	fuertes		guían

Fuente: Elaboración propia en NVIVO 10 basada en las entrevistas.

Durante la entrevista también se exploró la aceptación de las entrevistadas frente a esta propuesta del proyecto, y como se observa en la *Gráfica 2* se encontraron dos posturas: las usuarias que estaban de acuerdo con que fuera una mujer en situación de desplazamiento y las que preferían a un profesional. Las personas que estaban de acuerdo con la primera idea reportaban sentirse incluso mucho más cómodas, ya que con ello se favorecía la empatía y podían ver en la consejera un modelo de superación alcanzable que podían seguir.

"Porque uno no habla de lo que no sabe, una persona que ha sido desplazada SABE a qué se enfrenta, sabe qué es lo que uno vive, un profesional pues a través de su"

profesión puede experimentar muchas cosas, pero no es lo mismo VIVIRLO a IMAGINARLO.” (Mary, Entrevista Semi-estructurada, enero 20 del 2015).

Quienes manifestaron no estar de acuerdo con esta propuesta, argumentaban que una persona profesional tenía más conocimiento de las herramientas para orientarlas en la solución de sus conflictos, además tenían la seguridad de que la información no se estaría filtrando.

“tenía que ser una persona profesional por lo que la persona desplazada va a saber y sentir lo mismo que siento yo, pero las dos no nos solucionaremos.” (Flor, Entrevista Semi-estructurada, enero 20 del 2015)

En el artículo 137 de la ley 1448, sobre el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las víctimas, se establece que “se debe garantizar una atención de calidad por parte de profesionales con formación técnica específica y experiencia relacionada” (p. 64), sin embargo, teniendo en cuenta los reportes de varias entrevistadas, esta disposición podría debatirse.

Pese a la falta de formación profesional de las mujeres en situación de desplazamiento que realizaban la consejería en el proyecto OSITA, se encontró que cumplen una maravillosa labor desde la percepción de las participantes que habían sido atendidas por ellas. Lo anterior indica que el aporte de los miembros de la comunidad, en términos de la atención psicosocial, podría ser muy valioso y además sostenible, si se pensara implementarlo en un modelo integral de atención en salud mental a las víctimas del conflicto (Araya, et al., 2006; Araya, et al., 2003; Chatterjee, et al., 2008; Chibanda, et al., 2011).

4. Recomendaciones al proyecto OSITA

Aun cuando se evidencian las bondades del proyecto OSITA en la recuperación de las participantes, sigue siendo un modelo susceptible de mejorar. Las entrevistadas sugirieron algunas estrategias para fortalecer la participación y adherencia de las

mujeres en el proceso de intervención, estas estrategias se sintetizan en ocho grandes propuestas: ofrecer transporte, motivar a las personas, utilizar un lenguaje aceptado por la comunidad, realizar jornadas psicoeducativas, implementar sesiones grupales pos-consejería y ampliar los horarios de atención que incluyan visitas domiciliarias.

4.1 El Reto de los incentivos

Similar a un Programa de Transferencias Condicionadas [PTC], se evaluó la opción de ofrecer un incentivo económico a las participantes, que estimulará y facilitará su asistencia a la primera sesión y su adherencia al proceso. En la *Tabla 6* se resumen las respuestas de las entrevistadas sobre esta alternativa, en cada recuadro se presenta el número de mujeres por subgrupo que estaban de acuerdo o no con ofrecer un incentivo monetario para facilitar la asistencia a la consejería.

Tabla 6.
Mujeres por subgrupo a favor y en contra de los incentivos para la adherencia.

	participantes que completaron el proceso	participantes que abandonaron el proceso	participantes que nunca asistieron el proceso
A favor de los incentivos	1	2	3
En contra de los incentivos	6	5	4

Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas.

Como se observa en la *Tabla 6*, más de la mitad de las mujeres entrevistadas estuvieron en desacuerdo con esta propuesta. Referían que el incentivo distorsionaba el objetivo de la atención psicosocial, es decir, las mujeres no buscarían recibir el acompañamiento para obtener una orientación psicosocial, en cambio, irían solo por el dinero y en consecuencia la atención psicosocial perdería su efecto.

"hay muchas personas que se toman el papel de desplazados como ya muy, muy a pecho y todo quiere que

les den que les den y que les den y yo realmente no, no comparto eso, pero ya si es cuestión de ustedes que la gente se va a acostumbrar no a ir no tanto por el apoyo sino por la plata que les van a dar entonces pues yo realmente no comparto eso de que les den plata porque eso es una ayuda para uno mismo ¿Si?(...) antes debería ser pago por ellos y está siendo gratuito” (Monica, Entrevista Semi-estructurada, enero 3 del 2015).

Algunas mujeres, por ejemplo, reportaban que se esforzaban bastante para asistir a su cita semanal con la consejera, muchas veces por encima del poco tiempo, de la distancia, del cuidado de los hijos o del trabajo, lo que pone en discusión la necesidad de utilizar incentivos para mejorar la adherencia de las participantes. Es probable que al haber gran motivación intrínseca⁹ en las participantes, que obedezca a un interés por su autocuidado y por el cuidado de su familia, no se requieran incentivos monetarios o materiales; aun así, es menester del proyecto fortalecer esa motivación intrínseca.

“A mí no me quedaba tan fácil porque yo donde trabajo, trabajo en un parqueadero que no puedo dejarlo solo pero yo dejaba solo, cerraba puertas todo, llevaba a la niña al colegio hasta un día casi me la llevan al Bienestar por eso, pero porque fui y no pasaba transporte rápido y no la alcance a llegar a recogerla a las cinco y media pero yo llegué, pero nunca perdí mis citas, PARA MI NO FUE FACIL, yo sacaba todo el esfuerzo que fuera y yo iba (...)Yo esos días les avisaba a los señores de los carros, bueno tal día no voy a estar de tales horas a tales horas así que no, no vengan a timbrar”. (Anadelia, Entrevista Semi-estructurada, enero 2 del 2015).

Por otro lado, seis mujeres sí estuvieron de acuerdo con el ofrecimiento de incentivos. De las seis personas a favor dos de ellas propusieron al proyecto brindar una canasta familiar (mercado), dinero o bonos canjeables, con lo cual no solo se lograría mantener la asistencia de las usuarias, además se aportaría a sus necesidades económicas, que no pueden suplir

⁹ Acciones que se realizan por propio interés y curiosidad en donde no hay recompensas externas (Baquero & Lemón, 1999).

de forma suficiente con sus ingresos o ayudas humanitarias y que en muchos casos acrecientan su malestar psicológico.

Si bien muchas entrevistadas se opusieron a la propuesta de entregar incentivos, casi todas consideraban apropiado entregar recursos para el transporte, fuera éste en efectivo o en tarjeta de Transmilenio. Las mujeres manifestaban que el transporte más allá de verse como un incentivo era una herramienta que posibilitaba la asistencia a las sesiones, aunque sugerían se evaluará previamente la situación de cada participante ya que no siempre la inasistencia se debía a la falta de dinero para el desplazamiento.

"Porque pues a veces nosotros como desplazados somos personas humildes, no tenemos a veces... eh nos toca acá pagar arriendo, nos toca pagar servicios, nos toca pagar muchas cosas y a veces por el hecho de uno no tener un pasaje uno dice "no tengo plata para irme" entonces no voy porque a veces de verdad uno no tiene ni para una agupanela ni para nada" (Marcela, Entrevista Semi-estructurada, 31 de diciembre del 2014).

Múltiples estudios han demostrado que el uso de incentivos monetarios condicionados incrementa el uso de los servicios de salud (Camacho, 2012; Cecchini & Madariaga, 2011; Gitter & Barham, 2009). Sin embargo, poca es la literatura que confirma la efectividad de ésta estrategia en la búsqueda y adherencia a servicios de salud mental en población desplazada o vulnerable.

En el caso del proyecto OSITA convendría evaluar la posibilidad de ofrecer a las participantes un subsidio de transporte, siempre y cuando se hayan agotado otras alternativas que no impliquen la entrega de dinero, como, por ejemplo, hacer visitas domiciliarias, acordar puntos de encuentro que convengan a las participantes o realizar sesiones por teléfono, éste último cuando se considere pertinente. No obstante, se debería considerar, a manera de reflexión, si proporcionar medios para el transporte realmente subsanaría la inasistencia y garantizaría un mayor compromiso con la consejería, cuando la principal razón de inasistencia es la poca disponibilidad de tiempo de las usuarias o el temor a ser estigmatizadas, como se identificó en algunos reportes.

4.2 La motivación

Varias mujeres entrevistadas que habían desertado o no habían participado en el proyecto se sentían motivadas a continuar la consejería o a programar su primera cita luego de haber sido entrevistadas para este estudio. Es probable que la entrevista haya despertado interés por participar al reevaluar las razones para no hacerlo. La motivación a participar en este estudio se percibió como cuidado, interés y preocupación por las participantes, lo cual sugiere que motivar a las personas puede configurar una estrategia clave para favorecer el compromiso de las participantes con la consejería.

"(...)y chévere que, que hubieran un grupo, hubiera algo que también más lo motivara a uno, que lo llamaran, que estuvieran pendientes de uno, de las personitas, si (...) y de verdad que llegara alguien a tocar por lo menos a uno, que suene un celular y que lo llamen a uno y le digan hola soy yo fulanita, te quiero colaborar, te quiero ayudar, te quiero escuchar cómo hago, dónde, dónde te puedo visitar, cómo puedo hablar contigo, eso es súper emocionante y satisfactible para un ser humano." (Mileidy, Entrevista Semi-estructurada, diciembre 14 del 2014).

Para este punto resulta pertinente estudiar diferentes mecanismos que motiven a las participantes, por ejemplo, mediante el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación [TICs]. El efecto de las TICs en la promoción y prevención de la salud está ampliamente documentado. Así, se ha encontrado que la implementación de mensajes de texto y llamadas telefónicas son herramientas eficaces y costo-efectivas en el incremento de la asistencia a controles médicos (Chen, Fang, Chen & Dai, 2008; Gurol-Urganci, de Jongh, Vodopivec-Jamsek, Atun, Car, 2013).

Aunque está fuera del alcance de esta investigación desarrollar una metodología para aumentar la motivación de las usuarias, la presente investigación ofrece un insumo para futuros estudios que busquen trabajar sobre el tema. En este sentido, a través de las entrevistas fue posible identificar el lenguaje que utilizan las participantes para referirse a la salud mental o atención psicosocial, vocabulario útil para la construcción de mensajes de texto sobre los beneficios de la consejería y sobre cómo superar

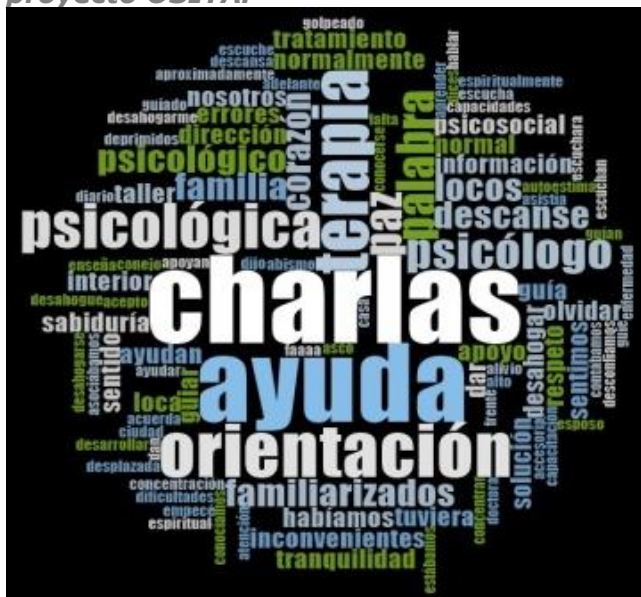
las barreras percibidas por las participantes para buscar y/o asistir a las sesiones.

4.3 El lenguaje y el manejo del estigma en salud mental

Generalmente el equipo del proyecto OSITA invita a las mujeres a participar en la intervención de manera pública. Es decir, se convocan a las mujeres a una reunión, también se publican carteleros o se entregan volantes, se hace difusión del proyecto en horarios de clase o en los descansos, ocasionalmente la invitación se realiza individualmente. Independiente del mecanismo de invitación, es el lenguaje el que muchas veces determina el interés y la participación efectiva de las mujeres en el proyecto.

En este sentido, el lenguaje juega un papel esencial a la hora de comunicar el objetivo del proyecto, más aún cuando el cuidado de la salud mental sigue siendo un tabú en la comunidad. En la *Gráfica 3* se visualizan las palabras que se encontraron con mayor frecuencia en las entrevistas cuando las mujeres se refirieron al proyecto de atención psicosocial OSITA.

Gráfica 3. El lenguaje que utilizan las mujeres para hablar del proyecto OSITA.



Fuente: Elaboración propia basada en las entrevistas.

Las tres palabras que más se mencionaron fueron: charlas, ayuda y orientación, palabras que responden a las expectativas que tenían las usuarias de la intervención psicosocial. Algunas entrevistadas, por ejemplo, recomendaban durante el primer acercamiento a las mujeres, ofrecer una explicación más amigable del alcance del proyecto y del beneficio que éste tendría para ellas.

"<Eh> diría yo que haciéndole entender a las personas no sé cómo pero pueden haber las partes en las cuales ustedes les pueden llegar a las personas sin necesidad de que ellas CREAN, de que ustedes las piensen LOCAS, como ellas creen que SON, <eh> no sé, sería bueno en este mundo hay tantas cosas hoy en día que salen que uno no haya ni que pensar, una estrategia bueno, nueva en la cual ellos piensen que no es así sino como una amista en la cual como un recurso digámoslo de ayudar de bienestar todo eso ¿Si me entiende? (...) Si familiar. Si como con palabras nuevas que MOTIVEN a las personas que de pronto no les suene así como tan golpeado psicológico, porque creen que porque soy desplazada estoy loca." (Estella, Entrevista Semi-estructurada, enero 3 del 2015).

Además, opinaban que era preciso realizar charlas previas para educar a las mujeres sobre salud mental, con lo cual se sensibilizará y se cuestionarán las ideas preconcebidas sobre el tema. Por esta razón, es recomendable durante en el proceso de convocatoria o difusión de intervenciones de este tipo, evitar el uso de vocabulario relacionado con enfermedad mental como: loca, locos, locura, loquero, salud mental, demencia, trastornos, mal de la cabeza, mal mentalmente, normal o no normal, entre otras palabras, que puedan predisponer a la población.

4.4 Visitas domiciliarias, atención en otros horarios, post-consejería.

Finalmente, entre las recomendaciones formuladas al proyecto se sugirió realizar visitas domiciliarias con preferencia por los fines de semana, y realizar la consejería en un formato grupal para las mujeres que quisieran continuar luego de su proceso individual. En cuanto a las visitas al domicilio y extender el horario de atención a los fines de semana, dadas las limitaciones

de tiempo y distancia de varias participantes, prometen ser buenas herramientas en términos del acceso a la consejería.

Algunas mujeres reportaban que las visitas domiciliarias facilitarían su acceso a la atención y brindarían a la consejera una mirada integral de su contexto social, familiar y económico. Además, muchas opinaban que la visita al hogar permitía incluir en la consejería la participación de los miembros de la familia u otros actores que hacen parte de los problemas que ellas tienen.

El proyecto OSITA, tal como fue pensado originalmente, es un modelo escalonado de salud mental que busca funcionar en el marco de la atención primaria en salud. Bajo este fundamento, el proyecto debería iniciar ofreciendo la consejería en los ámbitos de la vida cotidiana de las mujeres, para lo cual convendría incluir la implementación de visitas domiciliarias. No obstante, reconociendo los problemas de orden público en algunos barrios y la poca privacidad en los hogares, sigue siendo una estrategia que merece evaluarse según el caso de cada participante.

Sobre los horarios de atención, algunas mujeres opinaron que sería oportuno ofrecer la atención el fin de semana, en las noches, e incluso, una participante sugirió tener un punto de atención fijo que operara las 24 horas del día los 7 días de la semana. Como se mencionaba, la mayoría son mujeres cabezas de hogar que no disponen de mucho tiempo para asistir a la consejería, por cuanto ofrecer atención durante el fin de semana podría mejorar el acceso a la misma.

Si bien estas estrategias facilitarían el acceso al proyecto, nuevamente no garantizarían por sí mismas un mayor compromiso hacia la consejería. Fortalecer dicho compromiso va más allá de hacer visitas domiciliarias y ampliar los horarios de atención, las mujeres entrevistadas que habían completado la intervención también tenían bastante dificultad para asistir a las sesiones y aun así procuraban ser constantes en su proceso. Además, ya se ha dicho que la salud mental sigue siendo un tema tabú, que genera discriminación y que previene que las personas busquen ayuda. Por consiguiente, para lograr una mayor adherencia a la consejería se necesitan estrategias adicionales orientadas a la psico-educación y a la motivación.

Por último, aun cuando la consejería en el proyecto OSITA se realiza de manera individual, sería interesante explorar sesiones de consejería grupal. Esta modalidad puede ser utilizada reemplazado el formato de atención individual actual o, como lo sugirieron algunas participantes, podría considerarse como una segunda fase de la consejería una vez la persona se estabiliza y manifiesta interés en continuar con más sesiones.

La Terapia Interpersonal en formato grupal fue desarrollada por Wilfley et al. (1993), incluyendo los mismos objetivos, áreas problema y estructura de la Terapia Interpersonal en su versión original. Algunos estudios han demostrado la eficacia de esta modalidad en el tratamiento de bulimia (Campanini, 2010), depresión post-parto (Klier, Muzik, Rosenblum & Lenz, 2001) y trastorno por consumo de alcohol (Malat, Leszcz, Negrete, Turner, Collins, Liu & Toneatto, 2008), evidenciando una disminución de los síntomas del TEPT así como de los niveles de ansiedad y depresión. Los investigadores refieren que éste formato reduce la vergüenza y la culpa en los pacientes, en tanto pueden observar que hay otras personas presentando sus mismas condiciones y sufrimiento, además, con este formato se ha encontrado una disminución en la tasa de abandono (Klier, Muzik, Rosenblum & Lenz, 2001; Malat, et al., 2008; Campanini, 2010).

La consejería interpersonal en el proyecto OSITA tiene una duración limitada, máximo 10 sesiones individuales, tiempo que no es suficiente desde el punto de vista de algunas participantes. Por una cuestión de recursos y con el fin de priorizar los casos de mayor complejidad, no es posible para el proyecto ofrecer más sesiones de las establecidas. En este punto, la consejería interpersonal grupal resulta ser una herramienta eficaz para aquellas participantes que han mejorado y que desean continuar con la intervención, considerando la evidencia a favor de esta modalidad y sus buenos resultados en términos de la adherencia.

La resiliencia en población víctima del conflicto armado en Colombia ya ha sido estudiada previamente. Por ejemplo, Gonzales (2005) caracterizó en un grupo de familias desplazadas por el conflicto que vivían en Bogotá, las estrategias de resiliencia que empleaban para su recuperación y reconstrucción de sus proyectos de vida. Encontrando que, frente a las precarias y nuevas condiciones de vida en los lugares receptores y a la fragmentación del núcleo familiar, las personas entrevistadas valoraban la vida diferente restando importancia a los bienes materiales. Se observó mucha constancia y perseverancia, especialmente en las madres del hogar; una actitud empática y unión entre los integrantes de las familias, y capacidad para generar nuevas redes de apoyo entre vecinos y otros familiares. Respecto a los proyectos de vida, la mayoría estaban relacionados con la supervivencia del día a día, pero mostraban planeación, control, metas, voluntad de superación, y confianza en las capacidades propias para alcanzar los objetivos.

Similar a los resultados del estudio anterior, las mujeres que hicieron parte de esta investigación eran mujeres que no estaban cansadas de luchar, por el contrario, conservaban aún suficiente fuerza y voluntad para seguir adelante y cambiar su destino, por encima del mal pronóstico que deja la violencia. La atención psicosocial, además, debe reforzar y aplaudir los recursos personales que las mujeres víctimas del conflicto utilizan para su sanación, con lo cual se les considere agentes activos y con gran poder de cambio en su proceso de recuperación.

Conclusiones

A partir de los resultados de la evaluación cualitativa realizada a la intervención psicosocial del proyecto OSITA, se obtuvieron las siguientes conclusiones sobre las fortalezas y desafíos de la intervención, desde la voz de las mujeres víctimas del conflicto que participaron y no participaron en el proyecto OSITA.

Se concluye que el proyecto OSITA cumplió las expectativas de las participantes en tanto fueron escuchadas, expresaron sin temor sus emociones e ideas, y recibieron de vuelta un consejo por parte de la consejera. El proyecto, además, promovió cambios en sus vidas, algunos contundentes, que contribuyeron a su proceso de recuperación psicosocial y/o en salud mental. Se encontró que la consejera cumplió un rol fundamental en este proceso, convirtiéndose en una aliada, escuchando activamente, validando y guardando confidencialmente la información que ofrecían las participantes. Todo lo anterior fue coherente con la estructura y los objetivos de la consejería, y las funciones de la consejera propuestas por la Terapia Interpersonal, intervención basada en la evidencia.

En cuanto a los desafíos del proyecto, se encontraron como las principales razones de inasistencia y deserción: falta de tiempo, falta dinero para los transportes, y miedo/vergüenza a la censura de los compañeros o familiares. Como resultado, para fortalecer la participación y adherencia de las mujeres en el proceso de intervención, se sugirió ofrecer recursos para el transporte, motivar a las participantes, utilizar un lenguaje aceptado por la comunidad, realizar jornadas psicoeducativas, implementar sesiones grupales post-consejería y ampliar los horarios de atención que incluyan visitas domiciliarias.

Recomendaciones de política

A partir de los resultados de esta investigación, se proponen las siguientes recomendaciones de política pública sobre la atención psicosocial en el marco del conflicto armado:

Evaluar y monitorear desde ya la implementación de las medidas sobre la atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado, establecidas en la Ley 1448 del 2011.

Valorar si la atención psicosocial, tal como está definida en la Ley 1448 del 2011, significa un conjunto de acciones diferentes a la promoción de la salud mental, o si son acciones complementarias e incluso equivalentes, con el fin de optimizar los recursos (tiempo, profesionales) y agilizar los procesos de intervención.

Fortalecer los canales de comunicación para informar a la población víctima de sus derechos y los recursos disponibles, no solo en relación con la atención psicosocial o en salud mental, sino en general de la oferta institucional dirigida a la reparación de las víctimas.

Para “la recuperación de la salud mental de los individuos y la reconstrucción de sus relaciones sociales.” (Ley 1448, p.16), se requiere invertir mayores esfuerzos en el trabajo intersectorial, con el fin de que participen y se comuniquen la autoridad sanitaria, educación, empleo, vivienda, recreación, y otros actores involucrados en la respuesta del Estado hacia las víctimas.

Esta investigación sugiere que la Consejería Interpersonal y el método de Transferencia de Tareas prometen ser buenas estrategias para la integración del componente de salud mental al modelo de Atención Primaria en Salud en Colombia, para la atención psicosocial de las víctimas del conflicto armado. Sin embargo, debido a las limitaciones de esta investigación, se sugieren futuros estudios que determinen la

eficacia y costo-efectividad de estas estrategias en la recuperación emocional de las víctimas en Colombia.

Es de gran importancia generar estrategias en las que se incluya la adaptación del lenguaje y el uso de las TICs en la educación de la población colombiana sobre la salud mental, con las cuales se modifiquen las creencias preconcebidas y, con ello, se incremente la demanda y posiblemente adherencia de las personas hacia este tipo de intervenciones.

Bibliografía

Albuja, S & Ceballos, M. (2010). Desplazamiento urbano y migración en Colombia. *Forced Migration Review*, 34, 10-11.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR]. (2009). Por una atención psicosocial a las víctimas. *Hechos de Callejón*, año 5, 44.

Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., et al (2006) Cost-Effectiveness of a Primary Care Treatment Program for Depression in Low-Income Women in Santiago, Chile. *Am J Psychiatry*; 163:1379–1387.

Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., et al. (2003). Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet*, 361, 9362, 995 - 1000.

Baquero, M & Lemón, R. (1999). Teorías del aprendizaje. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.

Becoña, E. (2006). RESILIENCIA: DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y UTILIDAD DEL CONCEPTO. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146.

Bell, V; Méndez, F; Martínez, C; Palma, P y Bosch, M. (2012). Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Conflict and Health*, 6:13.

Builes, G. M. E. et al. (2008). Las migraciones forzadas por la violencia: el caso de Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5):1649-1660.

Camacho, A. (2012). Familias en Acción: un programa con alcances adicionales a la formación de capital humano. Notas de Política. No 12. Agosto 2012. ISSN 2027-7199.

Campanini, R. F. (2010). Efficacy of interpersonal therapy-group format adapted to post-traumatic stress

disorder: an open-label add-on trial. *Depression & Anxiety (1091-4269)*, 27(1), 72-77.

Castaño, H. B. L. (1994). Violencia sociopolítica en Colombia: Repercusión en la salud mental de las víctimas. Santafé de Bogotá: Corporación AVRE.

Cecchini, S & Madariaga A. (2011). Programas De Transferencias Condicionadas: Balance de la Experiencia Reciente en América Latina y el Caribe. Cepal.

Chatterjee, S; Chowdhary, N; Pednekar, S; Cohen, S; Andrew, G; Araya, R; et al. (2008). Integrating evidence-based treatments for common mental disorders in routine primary care: feasibility and acceptability of the MANAS intervention in Goa, India. *World Psychiatry*, 7, pp. 45-53

Chen, Z., Fang, L., Chen, L., & Dai, H. (2008). Comparison of an SMS text messaging and phone reminder to improve attendance at a health promotion center: A randomized controlled trial. *Journal of Zhejiang University. Science. B*, 9(1), 34-38. doi:10.1631/jzus. B071464

Chibanda, D., Mesu, P., Kajawu, L., Cowan, F., Araya, R. & Abas, M. A. (2011). Locally adapted problem-solving therapy for depression and common mental disorders in Zimbabwe: a pilot study of the effectiveness of a task-shifting primary mental health care intervention. *BMC Public Health*, 11, 828.

Cholankeril Hulette, A. (2011). Intergenerational Relationships Between Trauma, Dissociation, And Emotion. Universidad de Oregon: Tesis doctoral. Visitado el 27 de abril de 2015 en: <http://pages.uoregon.edu/dynamic/jjf/theses/hulette10.pdf>

Coldiron, M. E., Llosa, A. E., Roederer, T., Casas, G., & Moro, M. (2013). Brief mental health interventions in conflict and emergency settings: An

overview of four *médecins sans frontières* france programs. *Conflict and Health*, 7 doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1752-1505-7-23>

Daud, A., Klintberg, B., & Rydelius, P. (2008). Resilience and vulnerability among refugee children of traumatized and non-traumatized parents. *Child and Adolescent Mental Health*, 2, 1–11.

Fielding, Nigel G. & Lee, Raymond M. (1998). Computer analysis and qualitative research. London: Sage.

Garay, L. (2009). Tragedia humanitaria del desplazamiento forzado en Colombia. *Estudios Políticos*, 35, 153-177.

Garber, J., Ciesla, J. A., McCauley, E., Diamond, G., & Schloretdt, K. A. (2011). Remission of Depression in Parents: Links to Healthy Functioning in Their Children. *Child Development*, 82(1), 226-243. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01552.x

Glasgow RE, Linnan LA. (2008). Evaluation of Theory-Based Interventions. In: Glanz K, Rimer B, Viswanath K, editors. Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice. Fourth ed. San Francisco: Jossey-Bass; p. 486-508.

González Viveros, C. (2004). Transformación y resiliencia en familias desplazadas por la violencia, hacia Bogotá. *Rev de Estudios Sociales*, 18, 123-13

Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda. (2003) *Journal of the American Medical Association*, 289, pp. 3117–3124.

Gurol-Urganci, I; de Jongh, T; Vodopivec-Jamsek, V; Atun, R; Car, J. (2013). Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD007458. DOI: 10.1002/14651858.CD007458.pub3.

Hernandez, A & Gutierrez, M. (2008). Vulnerability and Exclusion: Life Conditions, Health Situation, and Access to Health Services of the Population Displaced by Violence settled in Bogotá, Colombia. *Rev. Gerenc. Polit.* 7 (14): 145-176.

Hernandez, A., & Gutierrez, M. L. (2010). Vulnerabilidad y Exclusión en Salud: Datos y Relatos de la Situación de la Población Desplazada en Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana.

Internal Displacement Monitoring Center [IDMC]. (2014). Global Overview 2014, people internally displaced by Conflict and Violence. Vistado el 3 de octubre de 2014 en: <http://www.internal-displacement.org/assets/publications/2014/201405-global-overview-2014-en.pdf>

Israel BA, Cummings KM, Dignan MB, Heaney CA, Perales DP, Simons-Morton BG, et al. (1995). Evaluation of health education programs: current assessment and future directions. *Health Educ Q*, 22(3):364-89.

Klier, C. M., Muzik, M., Rosenblum, K. L., & Lenz, G. (2001). Interpersonal Psychotherapy Adapted for the Group Setting in the Treatment of Postpartum Depression. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(2), 124-131.

Ley No 1616. Documento Oficial del Congreso de Colombia, 21 de enero de 2013.

Ley No 1440. Ley de víctimas y restitución de tierras y decretos reglamentarios, por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Ministerio del Interior, Colombia. 10 de junio de 2011.

Lund, C; De Silva, M; Plagerson, S; Cooper, S; Chisholm, D; Das, J; Knapp, M; Patel, V. (2011). Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378, 9801: 1502-1514. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60754-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60754-X)

Malat, J., Leszcz, M., Negrete, J. C., Turner, N., Collins, J., Liu, E., & Toneatto, T. (2008).

Interpersonal Group Psychotherapy for Comorbid Alcohol Dependence and Non-Psychotic Psychiatric Disorders. *American Journal on Addictions*, 17(5), 402-407. doi:10.1080/10550490802268223

McFarlane, C & Kaplan, I. (2012). Evidence-based psychological interventions for adult survivors of torture and trauma: A 30-year review. *Transcultural Psychiatry* 49: 539

Médicos Sin Fronteras, Francia (MSFF). (2010). Tres veces víctimas: Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono conflicto armado y salud mental en el departamento de Caquetá, Colombia. Visitado el 20 de noviembre de 2013 disponible en: <http://www.msf.es/sites/default/files/adjuntos/Informe-COLOMBIA-2010.pdf>

Miller, W & Rollnick, S. (2002). Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd Ed.). New York: Guilford Press

Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2014). ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma. Visitado el 28 de abril de 2014 en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). PAPSIVI Versión Preliminar, MINSAL 2013. Visitado el 05 de mayo de 2014 en: <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas Atenc Psicosocial.aspx>

Mogollón Pérez, AS & Vázquez Navarrete, ML. (2006). Displaced women's opinion of the impact of forced displacement on their health. *Gaceta Sanitaria*; 20(4):260-5.

Moya, A. (2014) ¿Pueden la violencia y los trastornos mentales condenar a la población desplazada a una situación de pobreza crónica? Universidad de los Andes-Facultad de Economía-CEDE. ISSN 1657-7191 Edición electrónica.

Naranjo Giraldo, G; González Gil, A; Restrepo Parra, A; Cecilia Giraldo, C & Pineda Castillo, A.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). Sistematización de Experiencias de Atención Psicosocial en Antioquia. Municipios afectados por el conflicto armado y población desplazada 1999-2003. Universidad de Antioquia. Dirección seccional de Salud de Antioquia.

Nastasi BK, Hitchcock J. (2009). Challenges of Evaluating Multilevel Interventions. *American Journal of Community Psychology*, 43(3-4):360-376.

OMS, PEPFAR, UNAIDS. (2008). Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines. Geneva: OMS

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). Informe Compendiado: Promoción de la Salud Mental. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2003). La Salud Mental en las emergencias, Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos. Visitado el 17 de septiembre de 2014 en: http://www.who.int/mental_health/resources/mhe.pdf?ua=1

Proyecto Bogotá Cómo Vamos y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR]. (2003). Población desplazada en Bogotá, una responsabilidad de todos. Colombia.

Puertas, G; Rios, C & Valle, H. (2006). Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Rev Panam Salud Publica* [online], vol.20, n.5, pp. 324-330. ISSN 1020-4989.

Rentler, C. R. (n.d). Stigma and its association with the utilization of mental health services among adults with mental illness. (2013), p. n/a

República de Colombia. Ministerio de salud. Resolución 008430 de 1993. Disponible en:<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf>

Roberts, B., & Browne, J. (2011). A systematic review of factors influencing the psychological health of conflict-affected populations in low- and middle-income countries. *Global Public Health*, 6(8), 814-829. doi:10.1080/17441692.2010.511625

Saldaña, J. (2009). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Thousand Oaks: Sage Publications

Sanchez-Padilla, E; Casas, G; Grais, R; Hustache, S y Moro, MR. (2009). The Colombian conflict: a description of a mental health program in the Department of Tolima. *Conflict and Health*, 3:13.

Shultz JM, Gomez Ceballos AM, Espinel Z, Rios Oliveros S, Fonseca MF, Hernandez Florez LH. (2014) Internal Displacement in Colombia: Fifteen Distinguishing Features. *Disaster Health*; 2(1):1-12.

Shultz, et al. 2014. Internally Displaced "Victims of Armed Conflict" in Colombia: The Trajectory and Trauma Signature of Forced Migration. *Curr Psychiatry Report*, 16:475

Sickel, A. E., Nabors, N. A., & Seacat, J. D. (2014). Mental health stigma update: A review of consequences. *Advances in Mental Health*, 12(3), 202-215. doi:10.5172/jamh.2014.12.3.202

Turnip, S., & Hauff, E. (2007). Household roles, poverty and psychological distress in internally displaced persons affected by violent conflicts in Indonesia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42(12), 997-1004.

Unidad para la Atención y Reparación a las Víctimas. (2014). Enfoque Diferencial; Género. Visitado el 17 de septiembre de 2014 en: <http://www.unidadvictimas.gov.co/index.php/en/438-enfoques-diferenciales>

Verdeli, H. M. (2004). Treatment of depressed mothers of depressed children: Pilot study of feasibility. *Depression & Anxiety* (1091-4269), 19(1), 51-58.

Verdeli, H., Clougherty, K., Bolton, P., Speelman, L., Ndogoni, L., Bass, J., et al. (2003). Adapting group interpersonal psychotherapy for a developing country: Experience in rural Uganda. *World Psychiatry*, 2, 114-120.

Weissman, M. M., & Verdeli, H. (2012). Interpersonal Psychotherapy: Evaluation, Support, Triage (IPT-EST). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, doi: 10.1002/cpp.1775. [Epub ahead of print]

Weissman, M. M., Markowitz, J. C., Klerman, G. L., & Solé Puig, J. (2013). Manual de psicoterapia interpersonal. Madrid: Grupo 5.

Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Verdeli, H., Pilowsky, D. J., et al. (2005). Families at high and low risk for depression: A 3-generation study. *Archives of General Psychiatry*, 62, 29-36

Wilfley DE, Agras WS, Telch CF, Rossiter EM, Schneider JA, Cole AG, Sifford LA & Raeburn SD. (1993). Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: a controlled comparison. *J Consult Clin Psychol*, 61, 296-305