

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

<https://doi.org/10.18597/rcog.3763>

Salud sexual y reproductiva de mujeres afrocolombianas víctimas del conflicto armado en Bojayá, Chocó, Colombia, 2019. Estudio de métodos mixtos

Sexual and reproductive health of afrocolombian women victims of the armed conflict in Bojayá, Chocó, Colombia, 2019. Mixed methods study

Jonathan Alexander Peralta-Jiménez, M. C., Esp.¹; Zulma Consuelo Urrego-Mendoza, M. D., Ph. D.²

Recibido: 17 de agosto de 2021/Aceptado: 11 de febrero de 2022

RESUMEN

Objetivos: explorar la salud sexual y reproductiva, en interfaz con la salud mental, en las mujeres supervivientes de la masacre de Bojayá, considerando los aspectos físicos y psicológicos involucrados en el pleno ejercicio de la sexualidad y en la reproducción a partir del análisis de registros de valoraciones clínicas recolectados en 2018.

Materiales y métodos: estudio descriptivo mixto, cuantitativo tipo serie de casos y cualitativo tipo narrativo de tópicos. En el componente cuantitativo participaron 44 mujeres supervivientes directas de un artefacto explosivo; en el componente cualitativo participaron 10 de ellas, que presentaban disfunción sexual. El muestreo fue por conveniencia. Las fuentes de información fueron los registros de atención. Se midieron variables sociodemográficas, antecedentes, ginecobstétricos, síntomas, signos y diagnósticos de disfunción sexual y de salud mental a partir del CIE X. Análisis epidemiológico descriptivo y análisis

narrativo cualitativo, en los que se identificaron temáticas emergentes sobre problemáticas vivenciadas y priorizadas, así como eventos significativos relacionados.

Resultados: la edad promedio fue 45 años; 54% presentaba sintomatología ginecológica; 32 % dificultades para acceder a planificación familiar; 23 % disfunciones sexuales; 13,63 % antecedente de violencia sexual; y 34 % violencia intrafamiliar; 61,36 % con trastorno de estrés postraumático; el componente cualitativo evidenció frecuentes vivencias de violencia de pareja, problemas familiares, y sufrimiento por sintomatología no tratada.

Conclusiones: en mujeres supervivientes del conflicto armado, deben evaluarse rutinariamente posibles disfunciones sexuales, trastornos postraumáticos, y antecedentes de poli victimización. Son necesarios nuevos estudios descriptivos y analíticos, explorando estos aspectos y sus relaciones.

Palabras clave: mujeres; salud sexual; salud reproductiva; salud mental; conflictos armados; grupo de ascendencia continental africana.

ABSTRACT

Objectives: To explore sexual and reproductive health and its interface with mental health in women who

* Correspondencia: Zulma Consuelo Urrego-Mendoza, Universidad Nacional de Colombia, Carrera 30, No. 45-03, Edificio 471. Oficina: 113 Bogotá, Colombia. Tel: 3165000. Ext. 15171. Correo electrónico: zulcurregom@unal.edu.co

1. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Grupo de Investigación en Violencia y Salud, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá (Colombia).
2. Doctora en Salud Pública. Profesora Titular, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá (Colombia).

survived the Bojaya massacre, taking into consideration the physical and psychological aspects involved in the full expression of sexuality and reproduction, based on the analysis of clinical assessment records collected in 2018.

Material and methods: Mixed study. Descriptive quantitative case series and qualitative narrative study. The quantitative component included 44 women who were direct survivors of an explosive device and the qualitative component that included 10 of them with sexual dysfunction. Convenient sampling was used. Healthcare records were the sources of information. Sociodemographic variables, obstetrical and gynecological history, sexual dysfunction and mental health symptoms, signs and diagnoses based on the ICD X were measured. Descriptive epidemiological analysis and qualitative narrative analysis, identifying emerging themes pertaining to the problems experienced and prioritized, as well as significant related events.

Results: Mean age was 45 years; 54% had gynecological symptoms; 32% had difficulty accessing contraception; 23% had sexual dysfunctions; 13.63% had a history of sexual violence and 34% of domestic violence; 61.63% had post-traumatic stress disorder. The qualitative component showed evidence of frequent intimate partner violence, family issues and distress due to untreated symptoms.

Conclusions: Routine assessment in women survivors of armed conflicts must include aspects such as potential sexual dysfunction, post-traumatic disorders and a history of polyvictimization. Further descriptive and analytical studies are needed in order to explore these aspects and their interrelations.

Keywords: Women; sexual health; reproductive health; mental health; armed conflicts; continental African ancestry group.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva (SSR) alude al proceso permanente de consecución de un estado de bienestar psicológico, físico, social y cultural relacionado con el ejercicio de la sexualidad, así como con el conjunto

de funciones relativas al sistema reproductivo. En este sentido, además de la ausencia de disfunción sexual, y de enfermedades o dolencias reproductivas, implica la posibilidad de disfrute de los derechos sexuales y reproductivos (DSR), como base del desarrollo de la vida plena y de las relaciones personales (1,2). Así, bajo el constructo de la SSR se abarcan aspectos tales como: la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la opción de procrear o no según los propios deseos; la posibilidad de acceder a los servicios de salud para la prevención y atención de las disfunciones, alteraciones, enfermedades y padecimientos que afectan las esferas sexual y reproductiva, entre otros (2).

En el mundo se ha podido constatar que los conflictos armados y los posconflictos suelen generar menoscabo del disfrute de la SSR, especialmente en las mujeres (3-5). Ello se evidencia de muchas formas, que incluyen: barreras de acceso a servicios sanitarios básicos; ausencia de servicios de obstetricia, de programas de prevención en salud para tamización de enfermedades prevalentes en la mujer, o de acceso a métodos de control de la fecundidad (6); aumento de diversos modos de violencia sexual y traumatismos genitales femeninos concomitantes (7,8); incremento del riesgo de infecciones de transmisión sexual (9); instauración de disfunciones sexuales postraumáticas como resultado de vivencias violentas (10,11); mayores complicaciones relacionadas con la gestación, y mortalidad materna aumentada (5); exposición a violaciones de los derechos humanos y los DSR (12).

En cuanto a la salud sexual, ha sido reportado que las disfunciones sexuales suelen encontrarse en comorbilidad con alteraciones de la salud mental (SM), en población general (13), y aún más en mujeres expuestas a confrontaciones armadas (11,14) o a violencia sexual en el marco del conflicto armado (15,16). Existen publicaciones internacionales relativas a mujeres militares expuestas a eventos violentos de alta intensidad en guerras, quienes presentaron disfunciones sexuales entre un 12,7 y un 62,3 % (11,14), que fueron significativamente más frecuentes entre quienes tenían comorbilidad con un trastorno por estrés postraumático

respecto a quienes no habían recibido tal diagnóstico ($p = 0,022$) (14).

Desde el siglo XIX, Colombia ha afrontado diversas manifestaciones de conflicto armado interno (CAI), que persisten hasta la actualidad (17). Siguiendo la tendencia mundial, también se han descrito afectaciones de la SSR en mujeres colombianas, a partir de su exposición al conflicto armado (3,12). Se ha descrito incremento de la mortalidad materna en municipios con alta intensidad del CAI, ubicados en los departamentos de Antioquia y Caquetá (3, 18). Las mujeres desplazadas tienen bajo acceso a servicios de control prenatal, donde el 37 % son controladas prenatalmente por médicos y 7 % por enfermeras, y bajo acceso a conocimientos y servicios para el control de la fertilidad, pues un 31 % no usa ningún método de planificación (12).

Se ha descrito que las mujeres han sido afectadas por violencia sexual de manera importante en el marco de los CAI. En una encuesta de prevalencia efectuada en 407 municipios colombianos con presencia de conflicto se describe que un 17,58 % de mujeres habían sufrido tal victimización (19); por otra parte, la posibilidad de acceso a servicios seguros para la interrupción voluntaria del embarazo o anticoncepción de emergencia ante violencia sexual es escasa en territorios priorizados para la paz en tiempos de posconflicto (20).

Aunque se han desarrollado investigaciones en Colombia sobre los efectos psicosociales de la violencia sexual en mujeres en el marco del CAI (21), y otras sobre disfunciones sexuales en población general, sin tomar en cuenta la exposición a la violencia por el conflicto armado (22), no fueron identificados estudios que abordaran centralmente el asunto de la funcionalidad sexual y sus correlatos de SM en supervivientes de violencias dentro del conflicto, como sí han sido llevados a cabo en otros países (15).

La Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015 (ENSM 2015) no evaluó alteraciones del funcionamiento sexual en víctimas de violencia sexual en el conflicto armado, de desplazamiento forzado ni de masacres, aunque las disfunciones sexuales son trastornos reconocidos en los manuales nosológicos psiquiátricos; no obstante, exploró la salud mental de las personas

víctimas del conflicto armado interno (CAI) con base en una muestra representativa de todo el país, y analizó la frecuencia de presentación de cuadros que cuentan entre sus síntomas probables la disfunción sexual, tales como posible estrés postraumático, depresión o ansiedad, identificados respectivamente en el 3, 11 y 9 % de los desplazados forzosos colombianos (23,24).

Algunos estudios han evidenciado que, tanto en Colombia como en otros países, en poblaciones afectadas por el conflicto armado, existe una mayor frecuencia de violencia intrafamiliar, sexual y de pareja respecto a la población en general (5,8,25,26), junto con una tendencia a la desvalorización del género femenino, en el marco de vínculos familiares erosionados, que afecta la expresión sexual de las mujeres (13). Sin embargo, la ENSM 2015 declaró que en su mayoría (74,8 %) las personas desplazadas colombianas no afrontan disfuncionalidad familiar (23).

El departamento del Chocó se ubica en el noroeste de Colombia, posee costas en el océano Pacífico y el mar Caribe, y tiene frontera con Panamá (27). Desde épocas coloniales ha sido integrado a la economía nacional y mundial mediante lógicas extractivistas de materias primas, por su riqueza mineral y vegetal (28,29); sin embargo, el 79,2 % de los hogares choconos padece al menos una carencia básica, el 58,7 % de habitantes es monetariamente pobre, y el 32,7 % está en pobreza extrema (30). Es un departamento fuertemente afectado por el conflicto armado interno desde hace décadas (31).

Allí se encuentra el municipio de Bojayá. Este municipio tiene 3.693 km² y se caracteriza por su ruralidad (32), se ubica en la región del medio Atrato, entre selvas, ciénagas y algunas montañas (33); cuenta 11.933 habitantes (91 % rurales; 48,7 % mujeres), entre ellos 50,26 % afrocolombianos y 43,71 % indígenas (32,34); su cabecera municipal es Nueva Bellavista, que dista 228 km de la ciudad de Quibdó, capital del Chocó; la única vía de acceso es fluvial, a través de 511,6 km navegables compuestos por el río Atrato y sus afluentes (32,33).

En el año 2002, el antiguo poblado de Bellavista afrontó la masacre de 119 personas afrodescendientes

refugiadas dentro de la iglesia del pueblo, cuando un artefacto explosivo improvisado (AEI) empleado en medio de confrontaciones entre guerrilleros y paramilitares impactó en el techo de la edificación (28). Aunque las cifras varían entre fuentes, se estima que además de quienes murieron, sobrevivieron 157 personas (51 mujeres, 24 hombres, 82 personas sin registrar dato de sexo) de las cuales quedaron heridas 115; a la vez, se generó el desplazamiento forzado de 889 familias de la región (35,36), incluidas 5.771 personas que partieron hacia Quibdó (37). Alrededor del 60 % han retornado al poblado reconstruido como Nueva Bellavista o a zonas rurales de Bojayá, pero unas 72 familias continúan desplazadas en Quibdó (37), e incluso en otras regiones del país (36).

En ese contexto, solamente fue identificado un estudio efectuado con población de Bojayá sobre SSR, pero no se enfocaba en mujeres supervivientes directas de la masacre de 2002, sino en formación sobre DSR para jóvenes de población general habitantes en Bojayá y Quibdó (38). El único estudio identificado realizado en supervivientes de Bojayá con perspectiva de diagnóstico de trastornos mentales, que data de 2005, mostró frecuentes síntomas de ansiedad y trastornos del estado de ánimo entre bojayaceños hombres y mujeres, pero no exploró su posible relación con disfunciones sexuales; allí se reportó un 37 % de personas con trastorno de estrés postraumático, sin distinguir por sexo, especialmente frecuente entre supervivientes de la masacre que retornaron a Bojayá (39).

Este artículo se propuso explorar la SSR, en interfaz con la SM, en las mujeres supervivientes de la masacre de Bojayá, considerando los aspectos físicos y psicológicos involucrados en el pleno ejercicio de la sexualidad y en la reproducción (1,2,40), a partir del análisis de registros de valoraciones clínicas recolectados en 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población. Estudio mixto, con componentes cuantitativo y cualitativo concurrentes y retrospectivos, estatus dominante cuantitativo (41). El componente cuantitativo se desarrolló desde un diseño observacional y descriptivo, serie de casos (42), identificando las

características generales más relevantes del conjunto de las participantes en torno a los asuntos de salud abordados. El componente cualitativo consistió en un diseño narrativo de tópicos (43), orientado a profundizar aspectos psicológicos de interés en relación con la salud sexual, dentro de un subgrupo de las participantes. El empleo de un abordaje mixto se justificó por cuanto era necesario no solamente describir en las participantes, desde la generalidad, las características de SSR, los síntomas y diagnósticos de SM, sino que se requería profundizar, desde la singularidad, en aspectos relativos a ciertas manifestaciones de salud sexual y psicológicas de algunas participantes con disfunciones sexuales, que no lograrían ser suficientemente descritas desde aproximaciones cuantitativas como la elegida; a partir de esto fue posible ahondar en la caracterización de un fenómeno poco estudiado, como son las disfunciones sexuales en mujeres supervivientes de conflictos armados en correlación con su estado psicológico.

El grupo de investigación en Violencia y Salud, adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, durante 2018-2019 trabajo con las personas supervivientes de la masacre, a solicitud del Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá (CDVB), una instancia organizativa comunitaria, con el fin de construir un diagnóstico de la situación en salud, mediante actividades de extensión solidaria en el Laboratorio de Salud Rural e Intercultural Comunidad de Bojayá, Fase I (LSRB), cuyo reporte global no abordó la SSR de las mujeres (44). Los registros de tales valoraciones fueron tomados como base para ampliar dicho aspecto en este estudio. En 2019 se mostraron resultados preliminares sobre síntomas presentes en esta misma población (frecuencia de mujeres con flujo vaginal, hemorragia uterina anormal, menopausia y gestaciones en curso), a manera de póster (45). Se siguieron los lineamientos para el reporte de estudios de métodos mixtos (en inglés Good Reporting of a Mixed Methods Study - GRAMMS) (46).

Componente cuantitativo. Como criterios de inclusión se tomaron en cuenta: ser supervivientes directas del AEI utilizado en la masacre de Bojayá; considerar que requerían una valoración de SSR y no haber recibido

una valoración de este tipo desde el ataque a la población; habitar en los cascos urbanos de Quibdó y Nueva Bellavista, o en áreas rurales cercanas. Como criterio de exclusión se tuvo no aceptar la participación voluntaria.

Componente cualitativo. Participaron 10 mujeres, que se constituyeron en una submuestra a partir del total de participantes en el componente cuantitativo. Como criterio de inclusión, se consideró haber sido diagnosticadas con una disfunción sexual mediante evaluación clínica del ginecobstetra, según criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 Edición (CIE-10).

Procedimiento. El estudio se basó en los registros de un conjunto de actividades de extensión solidaria universitaria tendentes a elaborar un diagnóstico de situación de salud (44), desarrolladas en la ciudad de Quibdó y el poblado de Nueva Bellavista, Chocó, durante el último trimestre de 2018 que fueron remitidas por el CDVB al proyecto. Todas las participantes otorgaron consentimiento informado escrito para que se les realizaran valoraciones por SSR y SM, y para que los registros resultantes pudieran ser utilizados posteriormente como base en la elaboración de proyectos y productos académicos. Se les informó que su participación era voluntaria, y que no tendrían ningún problema por negarse a participar o retirarse en cualquier momento.

Cada componente de valoración tuvo una duración de entre 40 y 120 minutos por área, por persona evaluada. Se emplearon los criterios diagnósticos de la CIE-10 para establecer diagnósticos clínicos resultantes de la valoración en SSR y en SM (47); las valoraciones se realizaron en instalaciones clínicas de primer nivel y comunitarias adaptadas para la clínica, que fueron facilitadas solidariamente para la ocasión mediante acciones de coordinación interinstitucional.

Todas las participantes recibieron educación individual en salud por el médico ginecobstetra, consistente en asesoramiento sobre métodos de planificación familiar y programas de tamización para cáncer cérvico-uterino.

Además, a todas se les ofreció una intervención terapéutica de sesión única (ITSU) a cargo de dos

profesionales en salud mental (psiquiatra y psicóloga), con entrenamiento y experiencia en su aplicación con víctimas del conflicto armado. La ITSU es una modalidad psicoterapéutica especializada, para ser empleada en contextos clínicos, donde es de esperar que los consultantes no regresen a una segunda consulta (48); ha sido adoptada por organizaciones de ayuda humanitaria en salud, como opción para ofrecer a las personas en contextos de conflicto armado, en donde no es posible garantizar una atención terapéutica convencional de varias sesiones a cargo de un mismo psicoterapeuta (49).

El registro se llevó a cabo en formatos prediseñados, elaborados por consenso de expertos, que contenían campos abiertos y cerrados para anotar los datos; luego fueron guardados en formato de historia clínica de evaluación (50). Posteriormente, los datos fueron almacenados en una tabla de Excel especialmente diseñada para este estudio.

Los resultados preliminares colectivos fueron devueltos a representantes de la comunidad en presentación pública, durante la cual se recibieron retroalimentaciones; también se envió un informe escrito a cada participante con sus resultados individuales.

En el *componente cuantitativo*, la valoración en SSR fue efectuada por el primer autor de este artículo, médico con formación de posgrado en ginecología y obstetricia, quien en el momento del estudio se desempeñaba como joven investigador.

Desde el área de SM, la valoración incluida en el componente cuantitativo fue realizada por una médica psiquiatra con maestría en psicología clínica de la familia y doctorado en salud pública, quien se desempeñaba como docente universitaria, y es segunda autora de este artículo; a estos se unió una psicóloga con especialización en intervención sistémica de la familia, dedicada a la consultoría clínica y psicoterapia de personas supervivientes de violencia sociopolítica. Las dos profesionales de SM participantes contaban cada una con más de diez años de experiencia en atención integral en salud para víctimas de violencias, así como en trabajo humanitario con víctimas del conflicto armado.

En el *componente cualitativo* se decidió no hacer grabación de las entrevistas porque esta práctica se desaconseja durante la atención de personas que presentan malestar psicológico o posibles trastornos mentales (50-53), además de ser una práctica potencialmente insegura para víctimas y equipos de trabajo en contextos de conflicto armado abierto.

La información se registró manualmente utilizando la técnica de registro diferido (50), incluyendo la transcripción literal de narrativas ofrecidas por las mujeres. También fueron tomadas notas de campo por parte de las dos profesionales en salud mental.

Variables. En el componente cuantitativo se tomaron en cuenta para SSR: datos sociodemográficos (sitio de residencia, pertenencia étnica, edad, escolaridad, estado civil), edad de inicio de vida sexual, presencia de infertilidad primaria (definida como ausencia de embarazos después de más de un año de relaciones sexuales sin protección, sin hijos previos) o secundaria (igual que la anterior, aunque con hijos previos), aplicación de métodos de planificación familiar, paridad, estado gestacional y edad gestacional, menopausia, dificultades de acceso a servicios de salud (planificación familiar, especializados en ginecología y obstetricia, o de salud pública en SSR), disfunciones sexuales activas (dispareunia, anorgasmia, disminución del deseo sexual, otros), síntomas y diagnósticos en SSR (flujo vaginal, alteraciones mamarias, sangrado uterino anormal y otros). Respecto a la SM se incluyó la evaluación de estructura y funcionalidad familiar; queja o problema principal y su duración; recuento y categorización de síntomas; acontecimientos significativos precipitantes y atenuantes; exposición a violencias sexual e intrafamiliar u otros tipos de violencia y diagnóstico clínico en SM (trastorno por estrés postraumático, trastorno depresivo y otros).

La ITSU que dio lugar al *componente cualitativo* abordó: preocupaciones de la consultante; miembros de la familia significativos para la comprensión del caso; evolución y repercusiones del problema o queja principal; problemas vivenciados y priorizados (a partir de signos y síntomas psiquiátricos y psicológicos, pareja, familia y conflicto armado); mecanismos de afrontamiento;

expresiones de resiliencia y acontecimientos vitales significativos relacionados (se utilizaron las siguientes categorías temáticas deductivas: violencias sufridas en el conflicto armado, violencias basadas en género e intrafamiliares, pérdidas y separaciones, condiciones médicas, y otras categorías inductivas emergentes); estrategias específicas de intervención utilizadas en cada caso; concertación de un plan de acción con la consultante; cierre y canalización a servicios de salud, si fuese requerido.

Análisis estadístico. Los resultados de cada componente se presentan consecutivamente. Respecto al primero, se presenta mediante estadística descriptiva, calculando frecuencias, rangos, promedios y proporciones. Este fue procesado en Epi Info 7.01.

En el *componente cualitativo*, siguiendo un procesamiento manual según los parámetros del análisis narrativo descrito por Bolívar (54,55), un codificador realizó el proceso de lectura y relectura de los registros de información, organizándola dentro de matrices estructuradas en Excel, partiendo de las categorías temáticas deductivas preestablecidas, e incorporando las categorías emergentes inductivas que se detectaran. Se empleó triangulación de métodos, observadores y fuentes de información. Dado el modo de integración de métodos utilizado, el análisis cualitativo solamente se llevó a cabo respecto a las mujeres participantes que obtuvieran diagnóstico clínico de disfunciones sexuales, por lo cual no se tomó en cuenta el criterio de saturación de categorías de análisis para definir el número de las incluidas para este componente.

Aspectos éticos. Se obtuvo aprobación por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, mediante Acta 017-196 del 12 de septiembre de 2019; se trató de una investigación sin riesgo según la normativa colombiana (56). También se obtuvo aval comunitario tanto para el proyecto de investigación como para las actividades de extensión solidaria que le sirvieron de base.

Dado que se trataba de población sujeta a especial protección por su condición de víctimas del conflicto armado, para minimizar la posibilidad de revictimización se tomó en cuenta que los encargados de la toma

de información analizada fueran profesionales idóneos para el trabajo con personas víctimas del conflicto armado. Para proteger el anonimato de las participantes, todos los formatos de registro fueron anonimizados e identificados con un código alfanumérico, cuya clave solo conocían los investigadores principales, el cual se conservó durante todo el proceso de recolección, procesamiento y análisis de información para este estudio.

En cuanto a los riesgos del equipo de investigación en el momento de producción de los registros aquí ana-

lizados, dado por el trabajo de campo en una zona con conflicto armado activo, se minimizaron siguiendo los protocolos descritos por la Resolución 006 de 2010 del Consejo de Bienestar Universitario de la Universidad Nacional de Colombia (UN).

RESULTADOS

La figura 1 presenta el flujograma de registros incluidos en los componentes cuantitativo y cualitativo del estudio.

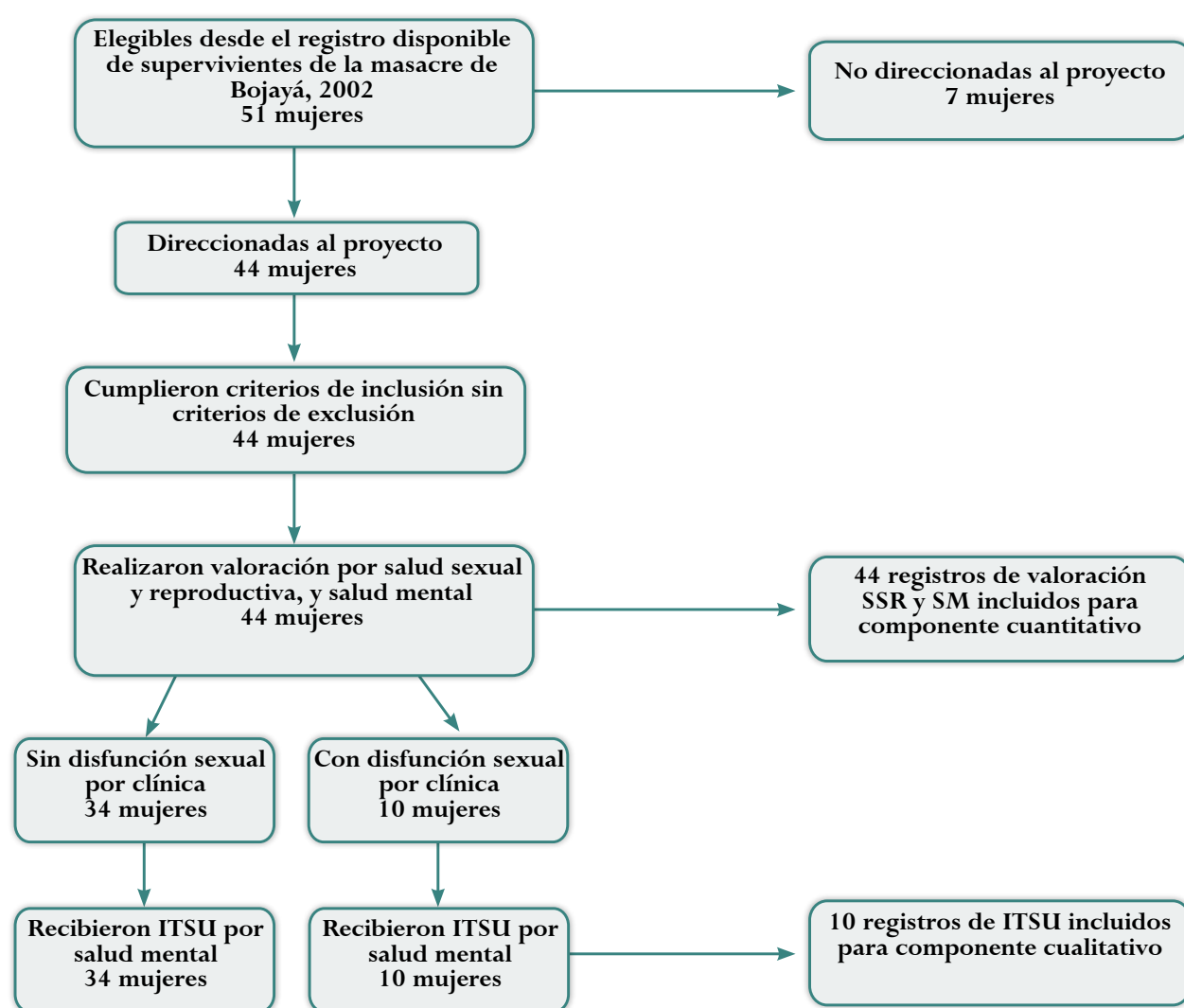


Figura 1. Flujograma de registros incluidos en los componentes cuantitativo y cualitativo, estudio de salud sexual y reproductiva en mujeres supervivientes de una masacre, Bojayá, Colombia, 2018.

Fuente: elaboración propia.

Componente cuantitativo

Caracterización sociodemográfica: las 44 participantes cuyos registros se analizaron eran colombianas afrodescendientes; con edad promedio de 45 años, rango entre 16 y 75 años. La escolaridad predominante (20 %) fue bachi-

llerato incompleto, y 7 mujeres (16 %) eran analfabetas (tabla 1). De las participantes, 18 (41 %) se encontraban en Quibdó y 26 (59 %) en Nueva Bellavista. La mayoría mantenía algún tipo de relación de pareja, con mayor frecuencia de unión libre (22 mujeres [52 %]).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres afrocolombianas supervivientes de una masacre en el conflicto armado, Bojayá, Colombia, 2018			
VARIABLE	VALOR	TOTAL	
		n	%
Rango de edad			
	16-26 años	4	9
	27-36 años	9	21
	37-46 años	12	27
	47-56 años	9	20
	57-66 años	7	16
	67-76 años	3	7
Escolaridad			
	Analfabeta	7	16
	Primaria incompleta	7	16
	Primaria completa	3	7
	Secundaria incompleta	9	20
	Secundaria completa	7	16
	Tecnología incompleta	1	2
	Tecnología completa	6	13
	Universitario incompleto	2	5
	Universitario completo	2	5
Estado civil			
	Soltera	18	41
	Unión libre	23	52
	Separada	1	2
	Viuda	2	5
n = 44.			

Fuente: elaboración propia.

Salud reproductiva: la mediana de hijos fue 4; con número máximo de 11 hijos, correspondiente a 2 mujeres (5 %), y un total de 4 mujeres sin hijos (9 %); 12 mujeres se encontraban en estado posmenopáusico (27 %). El 30 % de las mujeres (n = 13/44) planificaban; la mayor parte de las mujeres en edad fértil no utilizaba ningún método anticonceptivo (19 mujeres). Los métodos más frecuentes fueron la esterilización quirúrgica (seis mujeres), implante subdérmico o inyección mensual

combinada (dos mujeres, respectivamente); seguidos por anticonceptivos orales combinados, dispositivo intrauterino o métodos de barrera (una mujer en cada caso). El 32 % de mujeres en etapa fértil referían dificultades de acceso a planificación familiar.

Al momento de la valoración, 24 mujeres (55 %) presentaban, por clínica, sintomatología ginecológica que requería estudio o tratamiento. La mayoría tenía algún tipo de flujo vaginal (20,5 %; n = 9/44); seguidas

por mujeres con mastalgia asociada a algún otro signo, como presencia de masas en mama o producción de secreción a través de pezón (9%); o manifestaban sangrados uterinos anormales, por clínica (23%; $n = 10/44$). Un 2% refirió infertilidad secundaria. El 14% de las mujeres que requería acceso a servicios médicos especializados para patologías ginecológicas, no disponía de él; se encontró una mujer gestante, con 20 semanas, sin ningún control prenatal ni acceso a servicios de tamización materno-perinatal.

Alteraciones en la salud sexual y sus correlatos psicológicos: la edad promedio de inicio de la vida sexual fue a los 16,7 años; siete iniciaron relaciones sexuales a los 14 años, y ninguna antes de esa edad. Un 13,63% ($n = 6/44$) refirió haber sufrido en la vida algún tipo de violencia sexual y 34% ($n = 15/44$) alguna modalidad de violencia intrafamiliar.

Desde una perspectiva de SM, 61,36% ($n = 27/44$) recibieron un diagnóstico principal de trastorno por estrés postraumático (TEPT); el 16% ($n = 7/44$) no tenía sintomatología de salud mental que ameritara diagnóstico clínico; 13,64% ($n = 6/44$) se diagnosticó con trastornos depresivos (TD); y 9% ($n = 4/44$) recibió otros diagnósticos: trastorno por estrés agudo ($n = 1/44$), psicosis no orgánica sin especificación ($n = 1/44$), trastornos del desarrollo psicológico ($n = 1/44$), y otras reacciones al estrés grave ($n = 1/44$).

Durante la valoración por SSR se identificó un 23% ($n = 10/44$) con disfunciones sexuales (7 con falta de deseo sexual y 3 con dispareunia). Entre esas 10 mujeres, en la valoración por SM siete recibieron un diagnóstico de TEPT, dos de TD, y una no ameritaba un diagnóstico de salud mental adicional, por ausencia de otros síntomas activos.

Componente cualitativo

En torno a los problemas vivenciados por las consultantes, la categoría temática predominante en las narrativas proporcionadas correspondió a la presencia de signos y síntomas psiquiátricos y psicológicos no manejados, adicionales a la disfunción sexual.

La mujer 1 refirió: "Tengo sensación de tristeza, llanto y desesperanza al recordar la masacre porque allí perdí mucha gente querida".

La mujer 4 dijo: "En la masacre murieron mis padres, desde entonces tengo muchos nervios, me dan ataques, angustia, palpitaciones".

En efecto, tales síntomas y signos estuvieron con frecuencia relacionados con situaciones de duelo no resuelto, resultantes de la pérdida de familiares y amigos durante la masacre de 2002, e incluso en otros eventos violentos del conflicto armado.

El segundo lugar fue ocupado por los problemas familiares y de pareja. No obstante, en muchas ocasiones, los problemas familiares y de pareja eran percibidos por las mujeres como producto de una causalidad circular respecto a sus signos y síntomas psiquiátricos y psicológicos.

La mujer 6 refirió síntomas depresivos relacionados con su posibilidad truncada de ejercer el rol maternal debido a secuelas físicas de la masacre: "Yo quedé mal, me siento culpable, estuve mucho tiempo en proceso de recuperación".

La mujer 2 comentó problemas relacionales con su pareja y otros familiares: "Me siento triste e inconforme por como mi pareja y mi hermana tratan de sobreprotegerme y controlarme, asumiendo que no soy capaz de encargarme de mi vida".

Cuatro de ellas especificaron que sus problemas familiares y de pareja hacían referencia a algún tipo de violencia intrafamiliar. La mujer 3 indicó que sufría violencia psicológica ejercida por su pareja: "Muchas peleas, me siento subestimada por él". Finalmente, la mujer 5 indicó sufrir constantes violaciones de sus derechos humanos básicos en general, y sexuales en particular, de parte de su marido: "Mi esposo era bien, luego me pordebajeaba, me ha sido infiel muchas veces".

Al abordar los acontecimientos vitales significativos que las participantes relacionaban con los problemas vivenciados, se encontró que todas habían pasado por procesos de victimización múltiples en el marco del conflicto armado, además de la supervivencia a la masacre de Bojayá y los combates que la rodearon. En general, no habían sido víctimas de violencia sexual, con una sola excepción.

En cambio, habían sido testigos de violencias ejercidas hacia otras personas, y habían sufrido estigmatización constante por su condición de víctimas del conflicto

armado, por ejemplo, barreras para el acceso a servicios de salud en calidad de personas desplazadas, ausencia de reconocimiento de cómo habían sido afectadas por el conflicto, o desconfianza por parte de los residentes de los lugares donde llegan desplazadas.

La mujer 7 manifestó: "En el 2014 se enfrentaron los urabeños y los gaitanistas, y una bala me hirió en el costado izquierdo... No me han sacado la bala, y la gente me dice que me puedo morir por eso".

Las preocupaciones por las condiciones médicas activas fueron frecuentes entre las participantes, hablando de lesiones físicas resultantes de la masacre, de lesiones posteriores en el marco del conflicto armado, o de condiciones médicas generales desatendidas. Tales condiciones médicas, en ocasiones, se recrudecían en relación con las condiciones de salud mental que también presentaban las mujeres.

La mujer 10 manifestó: "Tengo muchos nervios... angustia, pánico, palpitaciones, y con eso se me sube la presión... los ruidos fuertes me asustan; me preocupa que vaya a morir".

Algunas mujeres con serias lesiones físicas ocurridas durante la masacre refirieron también alteraciones en su imagen corporal y en su proyecto de vida. Una categoría emergente, no mencionada por muchas, pero relacionada con lo anterior, tuvo que ver con las posibilidades de acceso oportuno y adecuado a servicios de salud mental, para afrontar las problemáticas vivenciadas.

Se presentaron dos casos extremos, el de la mujer 8 quien jamás había recibido atención psicológica o psiquiátrica posterior a la masacre, donde sufrió graves secuelas físicas pobremente atendidas hasta la fecha, y quien se encontraba muy sintomática desde una perspectiva de salud mental, mencionando "me siento triste, aguantada, acomplejada, por lo de mi ojo... siento rabia por lo de mi ojo". De otro lado, la mujer 9 refirió que luego de la masacre, en la cual no sufrió secuelas físicas mayores, "no dormía, sentía mucho miedo", pero que empezó a recibir pronto apoyo psicológico, el cual continuó hasta lograr que dichos síntomas se controlaran totalmente, con bienestar actual, pese a sus síntomas activos de disfunción sexual. Los resultados generales de este componente están compilados en la tabla 2.

Tabla 2.
Análisis temático componente cualitativo salud mental. Vivencias de mujeres con disfunción sexual supervivientes de una masacre, Bojayá, Colombia, 2018.

Ejes temáticos explorados	Categorías de análisis temático	Síntesis de hallazgos (en orden decreciente de frecuencia en la mención)
Problemas vivenciados por las consultantes	Signos y síntomas psiquiátricos y psicológicos, adicionales a disfunción sexual	Sobresalto exagerado con ruidos fuertes, tristeza, recuerdos recurrentes de la masacre, dificultades para conciliar o mantener el sueño, desconcentración, entumecimiento emocional, evitación (de iglesias, de conversaciones sobre la masacre), "pensadera" y preocupaciones, nerviosismo o miedo frecuentes, "olvidadiza" o "sin memoria", pánico, culpa, rabia, agotamiento, aburrimiento, angustia, falta de esperanza, inseguridad o sentirse "acomplejada". Solo una de las consultantes refirió ausencia de síntomas.
	Pareja	Violencia de pareja, en especial de tipo psicológico; consumo de alcohol o infidelidades de la pareja; deseo o concreción de separación conyugal.
	Familia	Alteraciones de la estructura y funcionalidad familiar; temores sobre el futuro de los hijos y por la transmisión transgeneracional del trauma; consumo de alcohol por la pareja con violencia hacia otros miembros de la familia.

	Conflicto armado	Preocupaciones resultantes de la exposición al conflicto: por signos y síntomas activos en salud mental, o por ruptura de sus proyectos de vida; duelos no resueltos por familiares asesinados o desaparecidos; por la salud física; pérdida de la funcionalidad laboral resultante.
	Otras categorías emergentes	Imposibilidad para elaborar sus duelos correctamente, por ausencia de identificación o desaparición de cadáveres de familiares muertos en la masacre; alteraciones de la imagen corporal por secuelas físicas del AEI; cambio en sus rutinas saludables o problemas relacionales con red extensa.
Problemas priorizados por las consultantes	Signos y síntomas	Postramático o depresivo.
	Familia y pareja	Disfuncionalidad en sus relaciones.
Acontecimientos vitales significativos relacionados con los problemas vivenciados que se mencionaron	Violencias sufridas en el conflicto armado	Experiencia de sobrevivir a una masacre con un AEI; experiencia de exposición al combate ocurrido en torno a la masacre, desplazamiento forzado; en tres de ellas, retorno a Bojayá. Estigmatización y marginalización por su condición de víctimas del conflicto armado; testimonio de victimizaciones a otras personas; revictimización posterior con arma de fuego y otras lesiones personales sufridas en eventos distintos a la masacre.
	Violencias basadas en género e intrafamiliares	Exposición a violencia de pareja y a otra violencia física intrafamiliar. Violencia sexual solo fue referida por una de las diez participantes, en sus modalidades extra e intrafamiliar, en distintas ocasiones.
	Pérdidas y separaciones	Múltiples duelos y pérdidas: de las propiedades e ingresos familiares; asesinato o desaparición de familiares; muerte de familiares por accidentes o causas naturales.
	Condiciones médicas	Quejas somáticas frecuentes: síndromes dolorosos crónicos en múltiples localizaciones, lesiones físicas traumáticas desatendidas relacionadas con el conflicto armado (proyectil incrustado, pérdida de órgano de los sentidos, otras lesiones físicas incapacitantes), y enfermedades crónicas desatendidas (epilepsia, cefalea migrañosa, hipertensión arterial).
	Otras categorías emergentes	Atención psicológica. Abordada por dos participantes que representaban casos extremos: una que recibió apoyo psicológico suficiente y continuado desde el momento de la masacre, y que manifestó haber superado todos sus síntomas, excepto la disfunción sexual; otra que refirió no haber recibido nunca antes algún tipo de apoyo psicológico, con importante sintomatología postraumática y depresiva.
n = 10 participantes		

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Este estudio encontró que más de la mitad de las participantes evidenciaban problemáticas en su SSR; las más frecuentes fueron las disfunciones sexuales y la hemorragia uterina disfuncional (23 % respectivamente), seguidos por el síndrome de flujo vaginal (20,5 %); junto con frecuentes antecedentes y vivencias de violencia, así como trastornos mentales de tipo depresivo y postraumático. Las participantes afrontaban dificultades de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, que se asemejan a las barreras de acceso a la salud reportadas por otros estudios para todas las personas supervivientes del conflicto en la misma región (27), otros pobladores de la zona (57).

En cuanto a problemáticas de SM, aunque la ENSM 2015 afirma que en población desplazada colombiana no suele existir disfunción familiar, los resultados obtenidos en Bojayá mostraron un 34 % de violencia intrafamiliar de diversa índole que afecta a las mujeres participantes. Respecto a trastornos de la salud mental diagnosticados, si bien la proporción de 13,64 % de mujeres con TD encontrada en la serie que presentamos es cercana a la obtenida con población general desplazada forzosamente de Colombia, el 61,36 % de TEPT hallado en el conjunto de las participantes es muy superior a las cifras reportadas previamente tanto en la población de Bojayá como en población general colombiana (23,24,39).

Una revisión de alcance sobre estudios realizados en mujeres africanas víctimas de desplazamiento forzado interno muestra también elevadas proporciones de TEPT (entre 60 y 72 %) (25). Otros estudios efectuados en zonas fuertemente afectadas por el CAI colombiano, similares a Bojayá, también contrastan los promedios nacionales reportados para ansiedad y depresión en personas desplazadas por la ENSM 2015 (16,5 y 5,7 % respectivamente), e informan cifras mucho más altas en esos trastornos, evaluados mediante iguales métodos; así, entre desplazados del departamento del Meta, dichos estudios mostraron posibles trastornos ansiosos en 21,4 % y depresivos en 12,4 %, sin indagar por trastornos del funcionamiento sexual relacionados (24).

Nuestros hallazgos en disfuncionalidad sexual (23%), están en el rango de algunos reportes internacionales relativos a mujeres militares veteranas de guerra de otros estudios internacionales (que informan entre 12,7 y 62,3 %) (11,14). No se encontraron publicaciones nacionales o internacionales enfocadas en disfunciones sexuales de mujeres civiles supervivientes de conflictos armados sin antecedentes de violencia sexual y expuestas a situaciones de combate o AEI, aunque sí se hallaron algunas investigaciones cualitativas efectuadas en civiles sobrevivientes de violencia sexual utilizada como arma de guerra (15).

En la serie que presentamos, 9 de cada 10 mujeres afectadas por algún tipo de disfuncionalidad sexual cursaban con comorbilidades en salud mental, donde la más frecuente es el TEPT (presente en 7 de las 10) seguida por el TD. No son frecuentes los estudios sobre víctimas del conflicto armado que exploren diagnósticos de SM tomando en cuenta la disfuncionalidad sexual, ni los que abordan la SSR en este tipo de población considerando sus correlatos de SM y funcionamiento sexual, pese a que se ha encontrado que muchos de los trastornos mentales más frecuentemente diagnosticados entre víctimas de CAI, como el TEPT y TD, cursan con síntomas de alteración del funcionamiento sexual cuando se han explorado en otras poblaciones (58,59), y a que la violencia sexual contra mujeres es muy frecuente en tales contextos (60,61), lo que puede generar tanto disfunciones sexuales como algún otro trastorno mental de origen postraumático.

Aunque nuestra serie correspondió a mujeres civiles víctimas del CAI, todas estuvieron expuestas de manera directa a confrontaciones armadas y a un AEI; además, en una alta proporción desarrollaron un TEPT (61,36 % del total de participantes; y 7 de 10 entre quienes manifestaron disfunción sexual). Ello debe considerarse, entre otros factores, al buscar explicaciones ante la proporción de mujeres encontradas con disfuncionalidad sexual.

Reconocemos como principales limitaciones de este estudio su estatus metodológico dominante como serie de casos, que afecta las posibilidades de generalizar los resultados obtenidos; además de que no permite afir-

mar causalidad entre los diagnósticos en salud mental y las disfunciones sexuales encontradas.

En cuanto al componente cualitativo, la principal debilidad afrontada se deriva de la decisión tomada en cuanto a no grabar ni las entrevistas de evaluación ni las ITSU realizadas; en este punto, preferimos sacrificar una posible mayor calidad del dato para la investigación, preservando un mejor contexto terapéutico para las participantes en las actividades de extensión solidaria que dieron lugar a los registros analizados; su carácter de personas especialmente vulnerables, con muy pocas oportunidades de contacto previo y posterior con profesionales de salud mental, fue determinante para esa decisión. En cualquier caso, esta debilidad potencial se palió lo mejor posible mediante el empleo de estrategias de registro de información selectiva y diferida, usuales en el marco de las entrevistas clínicas psiquiátricas estándar.

Nuestro trabajo tiene la fortaleza de dejar trazada una evidencia inicial en ese tema, con una población de supervivientes del conflicto armado poco expuesta a violencia sexual, aunque sobreexpuesta a otros acontecimientos violentos graves, propios del conflicto armado, y con una alta proporción de trastornos mentales postraumáticos. De esta manera resulta innovador, aunque en el marco de las limitaciones afrontadas.

Todo ello amerita continuar exploraciones diferenciales sobre cómo se afecta la SSR y sus correlatos en SM, entre mujeres colombianas supervivientes de masacres, AEI, exposición importante a otras violencias directas y desplazamiento forzado, en el marco del CAI.

CONCLUSIONES

Es importante para el clínico que atiende mujeres víctimas del conflicto armado que consulten por problemas en su funcionamiento sexual, emprender la exploración de eventos victimizantes y posibles síntomas postraumáticos o depresivos; así como indagar por la funcionalidad sexual cuando el motivo de consulta parta de otras quejas psicológicas.

Para la investigación en SSR y en SM queda abierto un campo poco explorado en torno a las imbricaciones de estos dos aspectos en las mujeres supervivientes

del conflicto armado; tanto para ampliar los aspectos descriptivos e interpretativos pertinentes, mediante perspectivas cualitativas, cuantitativas y mixtas, como para adentrarse en estudios analíticos orientados hacia las posibles asociaciones existentes entre trastornos postraumáticos o depresivos, disfunciones sexuales y distintos tipos de eventos traumáticos a los cuales suelen estar expuestas las mujeres en contextos de CAI.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres participantes, al Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá y a la psicóloga María Clara Calderón-Scioville.

REFERENCIAS

1. Zapata-Boluda R, Gutiérrez-Izquierdo M. Salud sexual y reproductiva. El Ejido: Universidad de Almería; 2016. 325 p.
2. Galdos Silva S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2013;30(3):455-60. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2013.303.283>
3. Peralta-Jiménez JA, Urrego-Mendoza ZC. Salud sexual y reproductiva en mujeres víctimas del conflicto armado. *Rev Salud Pública*. 2020;22(4):1-7. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.88576>
4. Ramos N, Esquivel C. Mujeres Subsaharianas posibles víctimas de trata. Derecho a la salud en tránsito. *Aposta Rev de Ciencias Sociales* 2016;70:155-69. Disponible en: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/ncordero1.pdf>
5. Bendavid E, Boerma T, Akseer N, Langer A, Malembaka EB, Okiro EA, et al. The effects of armed conflict on the health of women and children. *The Lancet*. 2021;397(10273):522-32. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00131-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00131-8)
6. Tunçalp Ö, Fall IS, Phillips SJ, Williams I, Sacko M, Touré OB, et al. Conflict, displacement and sexual and reproductive health services in Mali: Analysis of 2013 health resources availability mapping system (HeRAMS) survey. *Confl Health*. 2015;9(1):28. <https://doi.org/10.1186/s13031-015-0051-8>

7. Longombe AO, Claude KM, Ruminjo J. Fistula and traumatic genital injury from sexual violence in a conflict setting in Eastern Congo: Case studies. *Reprod Health Matters*. 2008;16(31):132-41. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(08\)31350-0](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(08)31350-0)
8. Atwood K, Kennedy S, Barbu E, Nagbe W, Seekey W, Sirleaf P, et al. Transactional sex among youths in post-conflict Liberia. *J Health Popul Nutr*. 2011;29(2):113-22. <https://doi.org/10.3329/jhpn.v29i2.7853>
9. Muldoon KA, King R, Zhang W, Birungi J, Nanfuka M, Tibengana S, et al. Sexual health consequences of forced sexual debut among ugandan women in HIV serodiscordant partnerships: Results from the HAARP Study. *J Interpers Violence*. 2018;33(11):1731-47. <https://doi.org/10.1177/0886260517752155>
10. Ivanova O, Rai M, Mlahagwa W, Tumuhairwe J, Bakuli A, Nyakato VN, et al. A cross-sectional mixed-methods study of sexual and reproductive health knowledge, experiences and access to services among refugee adolescent girls in the Nakivale refugee settlement, Uganda. *Reprod Health*. 2019;16(1):35. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0698-5>
11. Shepardson RL, Mitzel LD, Trabold N, Crane CA, Crasta D, Funderburk JS. Sexual dysfunction and preferences for discussing sexual health concerns among veteran primary care patients. *J Am Board Fam Med*. 2021;34(2):357-67. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.02.200326>
12. González A, De la Espriella A. Aproximación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres desplazadas en Colombia. Bogotá: Profamilia; 2004. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/54581>
13. Bravo C, Meléndez J, Corres N, Taracena B. Perfiles e indicadores psicológicos relacionados con dispareunia y el vaginismo: estudio cualitativo. Segunda parte. *Salud Ment*. 2010;33(5):437-49. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2010-25910-007>
14. Breyer BN, Fang SC, Seal KH, Ranganathan G, Marx BP, Keane TM, et al. Sexual health in male and female Iraq and Afghanistan U. S. war veterans with and without PTSD: Findings from the VALOR cohort. *J Trauma Stress*. 2016;29(3):229-36. <https://doi.org/10.1002/jts.22097>
15. Josse E. 'They came with two guns': the consequences of sexual violence for the mental health of women in armed conflicts. *Int Rev Red Cross*. 2010;92(877):177-95. <https://doi.org/10.1017/S1816383110000251>
16. Arcel LT, Kastrup MC. War, women and health. *NORA - Nord J Feminist Gend Res*. 2004;12(1):40-7. <https://doi.org/10.1080/08038740410005758>
17. Vásquez-Santamaría J, López-Salazar L, Merino-Martínez C. Colombia: un conflicto crónico. Desarrollo de la crónica periodística como escenario del perdón en el conflicto armado colombiano. *Revista Guillermo de Ockham*. 2021;19(2):187-200. <https://doi.org/10.21500/22563202.4160>
18. Instituto Nacional de Salud. Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud; 2017. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/9%20Consecuencias%20del%20Conflicto%20Armado%20en%20la%20Salud%20en%20Colombia.pdf>
19. Oxford Committee for Famine Relief. Primera encuesta de prevalencia. Violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano. Colombia 2001-2009. Bogotá: OXFAM; 2009. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/colombia/primera-encuesta-de-prevalencia-violencia-sexual-en-contra-de-las-mujeres-en-el>
20. Bautista A, Capacho B, Martínez M. Posconflicto y violencia sexual. La garantía de la interrupción voluntaria del embarazo en los municipios priorizados para la paz. Bogotá: Dejusticia; 2018. Disponible en: <https://www.dejusticia.org/publication/posconflicto-y-violencia-sexual/>
21. Barrera-Acosta L. Resiliencia en mujeres víctimas de violencia sexual dentro del conflicto armado, Villavicencio-Colombia. *Horiz Enferm*. 2020;31(3):268-90. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.31.3.268-290
22. Espitia-De La Hoz FJ. Prevalence and characterisation of sexual dysfunctions in women, in 12 colombian cities, 2009-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018;69(1):9-21. <https://doi.org/10.18597/rcog.3035>
23. Tamayo Martínez N, Rincón Rodríguez CJ, de Santacruz C, Bautista N, Collazos J, Gómez-Restrepo C. Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45:113-8. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.004>

24. León-Giraldo S, Casas G, Cuervo-Sánchez J, García T, González-Urbe C, Moreno-Serra R, et al. Trastornos de salud mental en población desplazada por el conflicto en Colombia: análisis comparado frente a la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr* (en prensa). 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.04.012>
25. Amodu O, Richter M, Salami B. A scoping review of the health of conflict-induced internally displaced women in Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(4):1280. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17041280>
26. Tamayo M, Tamayo L, Tamayo L. La violencia se vive de miles maneras: voces de mujeres víctimas de violencia sexual en el conflicto armado del Carmen de Bolívar – Región Caribe, Colombia, 2018-2019. *Estudios de las Culturas Contemporáneas*. 2020;XXVI(51):9-34. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31662848001>
27. Numpaque-Arcila G, Rojas-Ordóñez M, Velásquez-Ardila Y, Urrego-Mendoza Z, Hernández-Álvarez M, Dotta-Ibáñez N. La salud en el conflicto colombiano. Impactos en la salud en la población víctima del conflicto en los territorios de la cuenca del Atrato Medio (Bojayá, Chocó), área de manejo especial de La Macarena (Meta) y resguardos del Pueblo Awá (Ricaurte y Tumaco, Nariño). Bogotá: Médicos del Mundo; 2021. Disponible en: <https://www.medecinsdumonde.org/sites/default/files/La%20salud%20en%20el%20conflicto%20colombiano%20DF%20final.pdf>
28. Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación - Grupo de Memoria Histórica. Bojayá: la guerra sin límites. Bogotá: Centro Nacional de Memoria Histórica; 2010. 342 p. Disponible en: <https://centrodememoriahistorica.gov.co/bojaya-la-guerra-sin-limites/>
29. Palacios Valencia Y, González Ángela C, Monsalve Builes D. El eco-etnodesarrollo el chocó biogeográfico. Estudio a partir del extractivismo y las luchas Sociales por el territorio. *Ratio Juris*. 2018;13(26):81-114. <https://doi.org/10.24142/raju.v13n26a4>
30. Lara-Rodríguez J, Tosi-Furtado A, Altamiras-Martín A. Minería del platino y el oro en Chocó: pobreza, riqueza natural e informalidad. *REI*. 2019;22(42):241-68. <https://doi.org/10.18601/01245996.v22n42.10>
31. Tello C, Rodríguez J, Ortega P, Sacristán M, Barbosa A, Enríquez E, et al. Chocó. Informe sobre el estado de avance en la implementación del Acuerdo de Paz en la subregión PDET. Bogotá: Procuraduría General de la Nación; 2020. 147 p. Disponible en: [https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Infograf%C3%ADa_CHOCO\(1\).pdf](https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Infograf%C3%ADa_CHOCO(1).pdf)
32. Alcaldía Municipal de Bojayá. Plan de Desarrollo del Municipio de Bojayá 2020-2023. “Otro Bojayá es Posible”. Nueva Bellavista, Chocó: Alcaldía Municipal de Bojayá; 2020. 192 p.
33. Klinger W, Guerra J, Ramírez G, Vargas L, Valoyes Z, Carabali F, et al. Ecorregión Atrato. Una estrategia de planificación integral y conjunta para el manejo sostenible del territorio. Quibdó: Alcaldía Municipal; 2014. Disponible en: https://siatpc.co/wp-content/uploads/ecorregion_atrato.pdf
34. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo Nacional de Población y Vivienda Colombia 2005. Bogotá: DANE; 2005.
35. Bello M. Bojayá: la culpa de las víctimas y de los victimarios. Desde el Jardín de Freud. 2005(5):242-55. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/8415>
36. Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá. Relación de lesionados de la masacre de Bojayá de mayo de 2002 propuestos para atender por el proyecto Laboratorio de Salud Rural Comunidad de Bojayá, Chocó. Quibdó: Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá; 2018.
37. Caicedo L, Manrique D, Millán D, Pulido B. Desplazamiento y retorno. Balance de una política. Espirales del desplazamiento: El retorno a Bojayá, Chocó. Bogotá: ILSA; 2006. Disponible en: https://www.academia.edu/25362843/Desplazamiento_y_Retorno_Balance_de_una_pol%C3%ADtica_Espirales_del_desplazamientos_Edit_ILSA_Bogotá_septiembre_de_2006_ISBN_958_9262_84_8
38. Organización Internacional para las Migraciones. Formación de jóvenes multiplicadores en derechos de salud sexual y reproductiva (Bojayá y Quibdó, 2006-2007) departamento del Chocó. Bogotá: OIM; 2007.
39. Londoño NH, Muñoz O, Correa JE, Patiño CD, Jaramillo G, Raigoza J, et al. Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005;34:493-505. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n4/v34n4a03.pdf>

40. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la conferencia internacional sobre la población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas; 1995. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
41. Hamui A. Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Inv Ed Med*. 2013;2(8):211-6. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72714-5](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72714-5)
42. Manterola C, Otzen T. Estudios observacionales: los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *Int J Morphol*. 2014;32:634-45. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>
43. Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*. 2007;13:71-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>
44. Urrego-Mendoza ZC, Piñeros G, Moreno N, Hernández M, Calderón M, Moreno D, et al. Situación de salud en una comunidad afrocolombiana sobreviviente a la masacre de Bojayá, Chocó. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2021;39(1):1-8. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e340623>
45. Peralta J, Urrego-Mendoza Z. Salud sexual y reproductiva en mujeres víctimas del conflicto armado interno y sobrevivientes a la masacre de Bojayá, Colombia. Terceras Jornadas de Investigación, 2019 de la Facultad de Medicina. Resúmenes. *Rev Fac Med*. 68(4):564-76. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.88576>
46. O'Cathain A, Murphy E, Nicholl J. The quality of mixed methods studies in health services research. *J Health Serv Res Pol*. 2008;13(2):92-8. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2007.007074>
47. World Health Organization. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000.
48. Talmon M. Single session therapy. Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter. San Francisco: Jossey-Bass; 1990.
49. Médicos sin Fronteras. Tres veces víctimas: víctimas de la violencia, el silencio y el abandono. Conflicto armado y salud mental en el departamento de Caquetá, Colombia. Bogotá: MSF; 2010. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2010/7372.pdf>
50. Manley M. Diagnosis and psychiatry: Examination of psychiatric patient. En: Sadock B, Sadock V, editors. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. I. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2000. p. 652-65.
51. Tejedo-García A. Reflexiones clínicas sobre la grabación de entrevistas de atención psicológica. ¿Qué podemos pensar sobre la situación en que el paciente pide grabar su entrevista psicológica? *Rev Clin Contemp*. 2021;12(1):1-15. <https://doi.org/10.5093/cc2021a2>
52. Gelso C. Effect of audiorecording and videorecording on client satisfaction and self-expression. *J Consult Clin Psychol*. 1973;40(3):455-61. <https://doi.org/10.1037/h0034548>
53. Howe A. Refusal of videorecording: What factors may influence patient consent? *Fam Pract*. 1997;14(3):233-7. <https://doi.org/10.1093/fampra/14.3.233>
54. Bolívar-Botía A. Metodología de la investigación biográfico-narrativa: recogida y análisis de datos. En: Passeggi M, Abrahao M, editors. *Dimensões epistemológicas e metodológicas da investigação (auto)biográfica*. Tomo II. Porto Alegre: Editoria da PUCRS; 2012. p. 79-109. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/282868267_Metodologia_de_la_investigacion_biografico-narrativa_Recogida_y_analisis_de_datos
55. Bolívar Botía A. "¿De nobis ipsis silemus?": Epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación. *Rev Electr Invest Educ*. 2002;4:01-26. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/redie/v4n1/v4n1a3.pdf>
56. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, (Octubre 4, 1993). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
57. Zambrano S. Acceso a los servicios de salud de las poblaciones beneficiarias de proyectos MDM-Francia. Zonas rurales Atrato medio y el Meta. Colombia. Año 2005. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2006. Disponible en: <https://repositoriosidca.csuca.org/Record/RepoUNANM6448>
58. Yehuda R, Lehrner A, Rosenbaum TY. PTSD and sexual dysfunction in men and women. *J Sex Med*. 2015;12(5):1107-19. <https://doi.org/10.1111/jsm.12856>

59. Yazdanpanahi Z, Beygi Z, Akbarzadeh M, Zare N. To investigate the relationship between stress, anxiety and depression with sexual function and its domains in women of reproductive age. *Int J Med Health Sci*. 2016;5(10):223-31. Disponible en: <https://www.ijmrhs.com/abstract/to-investigate-the-relationship-between-stress-anxiety-and-depression-withrnsexual-function-and-its-domains-in-women-of--1285.html>
60. Dworkin E. Risk for mental disorders associated with sexual assault: A meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2018;21(5):1011-28. <https://doi.org/10.1177/1524838018813198>
61. Khadr S, Clarke V, Wellings K, Villalta L, Goddard A, Welch J, et al. Mental and sexual health outcomes following sexual assault in adolescents: A prospective cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(9):654-65. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30202-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30202-5)

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Jonathan Alexander Peralta-Jiménez: concepción y diseño, adquisición de los datos e información, análisis e interpretación, planeación del artículo y revisión de contenido, aprobación final de la versión para ser publicada.

Zulma Consuelo Urrego-Mendoza: concepción y diseño, adquisición de los datos e información, análisis e interpretación, planeación del artículo y revisión de contenido, aprobación final de la versión para ser publicada.

FINANCIACIÓN

Convocatoria 812 de 2018. Jóvenes Investigadores Colciencias - Universidad Nacional de Colombia; el financiador no jugó ningún rol en el diseño y desarrollo, ni en la redacción del informe o decisión de someter los resultados a publicación.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.