



**Condiciones de trabajo, afecciones psicosociales y socio laborales y prácticas de cuidado de profesionales del campo psicosocial que han trabajado con poblaciones afectadas por el conflicto armado en Antioquia, 2007-2022**

Trabajo de investigación para optar al título de Magíster en Salud Pública

Luz Idalia Cruz Blandón

Director:

Iván Felipe Muñoz Echeverri

Médico, doctor en Salud Pública. Docente Facultad Nacional de Salud Pública

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez

Maestría en Salud Pública

Medellín, Antioquia, Colombia

2023

<b>Cita</b>	(Cruz Blandón y Muñoz Echeverri, 2023)
<b>Referencia</b>	Cruz Blandón, L. y Muñoz Echeverri, I. (2023). <i>Condiciones de trabajo, afecciones psicosociales y socio laborales y prácticas de cuidado de profesionales del campo psicosocial que han trabajado con poblaciones afectadas por el conflicto armado en Antioquia, 2007-2022</i> [Tesis de maestría]. Universidad de Antioquia.
<b>Estilo APA 7 (2020)</b>	



Maestría en Salud Pública, Cohorte XXXVI.



Seleccione biblioteca, CRAI o centro de documentación UdeA (A-Z)

**Repositorio Institucional:** <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

**Rector:** John Jairo Arboleda Céspedes

**Decano:** Edwin Roldano

**Jefe departamento:** Edwin González Marulanda

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

## Dedicatoria

A Papa Dios, por los talentos recibidos, las misiones emprendidas y por ser faro y devolverle el sentido a mi vida.

A las personas que me vieron parir esta investigación, que creyeron en mí y fueron red de apoyo, amor y solidaridad: mi familia, la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Nicolás —de la biblioteca— y mis apreciados compañeros de la Cohorte 36, han sido la más grande experiencia de toda mi vida profesional, ustedes ya hacen parte de mis afectos y deseo que nuestra amistad perdure por el resto de nuestras vidas.

A mis colegas y a todos los que participaron de este estudio, por compartirme sus experiencias en aras de encontrar la dignificación del profesional de la salud mental psicosocial en Colombia.

Al Refugio, por ser mi lugar de encuentro e inspiración.

Y en el paraíso celestial, a mi amor verdadero: David Vásquez Cruz, gracias por permitirme ver tu sonrisa a través de otros niños y por darme la fuerza para seguir viviendo a pesar del inmenso vacío que has dejado en mí ser de madre; aprender a vivir sin ti ha sido la prueba más difícil de mi existencia; nos vemos en tu estrellita, allá en el cielo, cariñito mío (25/10/2016-14/04/2021).

## Tabla de contenido

Resumen.....	11
Abstract.....	13
Planteamiento del problema.....	14
Aproximación a la violencia en Colombia y Antioquia.....	14
El ejercicio profesional psicosocial en el contexto de las violencias en Antioquia.....	22
Investigaciones recientes en el campo de la violencia, la salud, el trabajo y la paz .....	23
Problema de investigación .....	42
Pregunta de investigación .....	44
Justificación .....	45
Motivaciones personales como mujer, psicóloga y salubrista comprometida.....	47
¿Cuáles son los aportes académicos de esta investigación? .....	48
¿Cómo puede esta investigación ayudar a los profesionales? .....	49
Objetivos.....	50
Objetivo general.....	50
Objetivos específicos .....	50
Marco teórico.....	51
Violencia y Salud Pública.....	51
Antecedentes de guerras o conflictos bélicos en el mundo .....	52
El Estatuto de Roma y su aplicación en el marco del conflicto armado en Colombia.....	54
Afectaciones de la violencia a la salud en Colombia .....	55
Trabajo y salud pública.....	57
El trabajo como categoría de interés para la salud pública y la salud colectiva.....	58
El trabajo y los determinantes sociales de la salud.....	61
El trabajo desde la Medicina Social Latinoamericana.....	65

Salud ocupacional y condiciones del talento humano de la salud en Colombia.....	<b>¡Error!</b>
<b>Marcador no definido.</b>	
Cuidado y salud pública.....	74
El cuidado desde Alba Martín.....	76
Ética del cuidado de sí en Foucault.....	78
¿Cuáles son los retos cuando se cuida en contextos de violencias y con población vulnerable y vulneradora?.....	80
Metodología.....	82
Fundamentos.....	82
Diseño.....	83
Componente cuantitativo: encuesta.....	83
Componente cualitativo: entrevista.....	85
Participantes.....	86
Criterios de inclusión.....	86
Criterios de exclusión.....	86
Caracterización de los entrevistados.....	88
Análisis de información.....	88
Análisis de información cuantitativa.....	88
Análisis de información cualitativa.....	88
Triangulación de fuentes cualitativas y cuantitativas.....	90
Consideraciones éticas.....	90
Estrategia de cuidado al investigador desde el componente <i>acción sin daño</i> del Comité de Ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.....	91
Estrategias de apropiación social del conocimiento:.....	92
Resultados.....	93
Realidades laborales.....	93

Modalidades de contratación .....	98
Afectaciones a la salud.....	103
Discusión.....	115
Trabajo y salud pública.....	115
Violencia y salud pública.....	116
Cuidado y salud publica.....	117
Reacciones frente a la investigación.....	117
Conclusiones.....	119
Recomendaciones .....	121
Recomendaciones de la investigadora .....	121
Recomendaciones de los entrevistados.....	122
Preguntas.....	124
Referencias.....	125
Apéndice A. Cuadro comparativo entre los hechos victimizantes reconocidos por la Ley 1448 de 2011 y el Estatuto de Roma .....	134
Apéndice B. Recorrido histórico del concepto de enfermedad laboral al de riesgo psicosocial	137
Apéndice C. Encuesta.....	141
Propuesta de Encuesta virtual .....	141
Encabezado .....	141
Apéndice D. Entrevista.....	143
Propuesta de encuesta virtual.....	143
Encabezado .....	143
Cuestionario .....	144
Apéndice E. Conceptos básicos .....	149
Apéndice F. Normograma salud laboral-derechos humanos .....	150
Apéndice G. Formato consentimiento informado.....	160

### Lista de tablas

<b>Tabla 1:</b> Revisión de las investigaciones recientes en el campo de la violencia, la salud, el trabajo y la paz .....	23
<b>Tabla 2:</b> Características sociodemográficas de la población de estudio .....	87
<b>Tabla 3:</b> Acciones que los profesionales realizan para cuidar su salud física y mental .....	112
<b>Tabla 4:</b> Cuadro comparativo entre los hechos victimizantes reconocidos por la Ley 1448 de 2011 —Ley de Víctimas— y el Estatuto de Roma.....	134
<b>Tabla 5:</b> Recorrido histórico del concepto de enfermedad laboral al de riesgo psicosocial .....	137
<b>Tabla 6:</b> Conceptos básicos de la investigación .....	149
<b>Tabla 7:</b> Normograma salud laboral-derechos humanos .....	150
<b>Tabla 8:</b> Formato consentimiento informado .....	160

## Lista de figuras

<b>Figura 1:</b> Matriz análisis categorial .....	89
<b>Figura 2:</b> Subregiones y municipios donde los profesionales que participaron en el estudio realizaron su labor psicosocial en el marco del conflicto armado .....	93
<b>Figura 3:</b> Porcentaje de profesionales por subregiones y municipios .....	93
<b>Figura 4:</b> Porcentaje de profesionales por tipo de institución .....	94
<b>Figura 5:</b> Tipo de población con la que los profesionales que participaron en el estudio realizaron su labor psicosocial en el marco del conflicto armado .....	95
<b>Figura 6:</b> Porcentaje de profesionales por tipo de trabajo .....	95
<b>Figura 7:</b> Porcentaje de profesionales por tipo de lugar de trabajo .....	96
<b>Figura 8:</b> Porcentaje de profesionales por tipo de contratación.....	98
<b>Figura 9:</b> Porcentaje de profesionales por cantidad de tiempo trabajado en la última institución .....	99
<b>Figura 10:</b> Porcentaje de profesionales satisfechos con los honorarios percibidos.....	99
<b>Figura 11:</b> Porcentaje de profesionales satisfechos con la labor a cargo.....	100
<b>Figura 12:</b> Porcentaje de profesionales satisfechos con la forma en que está organizado su trabajo .....	101
<b>Figura 13:</b> Porcentaje de profesionales satisfechos con su horario de trabajo .....	102
<b>Figura 14:</b> Porcentaje de profesionales que recibieron acciones que promueven el autocuidado .....	102
<b>Figura 15:</b> Porcentaje de profesionales que en el último año presentaron algún problema de salud .....	103
<b>Figura 16:</b> Porcentaje de profesionales que en el último año presentaron problemas de salud según el tipo de problema .....	104
<b>Figura 17:</b> Porcentaje de profesionales que alguna vez se han sentido en duelo o han experimentado tristeza por la muerte de personas a las que han atendido en el marco del conflicto armado en Antioquia.....	107
<b>Figura 18:</b> Porcentaje de profesionales que presentaron dificultades para dormir relacionadas con su labor .....	108



<b>Figura 19:</b> Porcentaje de profesionales por tipo de afectación laboral.....	109
<b>Figura 20:</b> Porcentaje de profesionales que consideran que el trabajo psicosocial con poblaciones afectadas por el conflicto armado puede generar un deterioro en la salud a largo plazo.....	111
<b>Figura 21:</b> Porcentaje de profesionales que se han sentido desesperanzados.....	113
<b>Figura 22:</b> Porcentaje de profesionales que se han sentido tan tristes que nada podía alegrarles .....	114

### **Siglas, acrónimos y abreviaturas**

**ACNUR:** Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

**ARN:** Agencia Colombiana para la Reintegración y la Normalización

**AUC:** Autodefensas Unidas de Colombia

**CAIVAS:** Centro de Atención e Investigación a la Violencia Sexual

**CDSS:** Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

**DDR:** Desarme, Desmovilización y Reinserción

**DSM-5:** Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales

**ELN:** Ejército Liberación Nacional

**EPL:** Ejército Popular Liberal

**ERG:** Ejército Revolucionario Guevarista

**FARC:** Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia

**GAO:** Grupos Armados Organizados

**M19:** Movimiento 19 de abril

**OIM:** Organización Internacional para las Migraciones

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OIT:** Organización Internacional del Trabajo

**SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud

**SST:** Seguridad y Salud en el Trabajo

**TEP:** Trastorno de Estrés Postraumático

**UAO:** Unidad de Atención y Orientación a Población Desplazada Medellín

**UP:** Unión Patriótica

## Resumen

El conflicto armado en Antioquia y el modelo económico y político basado en principios capitalistas actúan como determinantes políticos y sociales que configuran unas formas no dignas de contratación y organización del trabajo. Las afectaciones que esto genera en la salud integral de los profesionales de la salud han sido históricamente invisibilizadas, tal y como les ocurre a los profesionales psicosociales que trabajan con poblaciones afectadas por el conflicto armado en Antioquia. El objetivo de esta tesis es comprender las condiciones de trabajo, las afectaciones psicosociales y socio laborales y las prácticas de cuidado de profesionales psicosociales en relación con sus experiencias de trabajo con poblaciones afectadas por el conflicto armado en Antioquia durante el período 2007-2022. La metodología empleada consistió en un diseño cualitativo con estudio de caso mixto y combinación de técnicas cualitativas (entrevista semiestructurada y diario de campo) y técnicas cuantitativas (encuesta); el análisis se realizó por medio de triangulación de fuentes y hallazgos. Se encontró así que la principal modalidad de contratación es la de prestación de servicios, seguida de las de contrato a término indefinido; entre estas hay amplias desigualdades con respecto a la organización del trabajo y los honorarios, lo cual lleva a la precarización laboral. Se demuestra que trabajar en el marco del conflicto armado bajo la exposición permanente a hechos victimizantes, relatos, ambientes y entornos marcados por el poder territorial de la violencia sistemática de los grupos armados genera una afectación en la salud mental de los profesionales psicosociales, los cuales gestionan de manera individual acciones de cuidado para mantener su salud mental e integral. Finalmente se concluye que el Estado no cuida al profesional de la salud tal y como está planteado en la Política Pública de Salud, Trabajo y Protección social.

*Palabras clave:* trabajo, psicosociales, salud mental, salud laboral, determinantes sociales, riesgos psicosociales, riesgo público, cuidado, afectación.

### **Abstract**

The armed conflict in Antioquia and the economic and political model based on capitalist principles act as political and social determinants that configure undignified forms of contracting and organization of work. The effects that this generates on the integral health of health professionals have been historically invisibilized, as is the case of psychosocial professionals who work with populations affected by the armed conflict in Antioquia. The objective of this thesis is to understand the working conditions, the psychosocial and socio-labor affectations and the care practices of psychosocial professionals in relation to their experiences working with populations affected by the armed conflict in Antioquia during the period 2007-2022. The methodology employed consisted of a qualitative design with a mixed case study and a combination of qualitative techniques (semi-structured interview and field diary) and quantitative techniques (survey); the analysis was carried out through triangulation of sources and findings. It was thus found that the main contracting modality is that of service provision, followed by those of indefinite term contracts; among these there are wide inequalities with respect to work organization and fees, which leads to labor precariousness. It is shown that working in the framework of the armed conflict under the permanent exposure to victimizing facts, stories, environments and environments marked by the territorial power of the systematic violence of the armed groups generates an affectation in the mental health of the psychosocial professionals, who individually manage care actions to maintain their mental and integral health. Finally, it is concluded that the State does not take care of the health professional as stated in the Public Policy of Health, Labor and Social Protection.

*Keywords:* work, psychosocial, mental health, occupational health, determinants, psychosocial risks, public risk, care, affectation.

## **Planteamiento del problema**

### **Aproximación a la violencia en Colombia y Antioquia**

Históricamente, Colombia ha sido un país atravesado por diversas formas de violencia y esta, en sí misma, ha sido usada como herramienta de acción política, poder y control social (Pécaut, 1991). Después de la sangrienta Colonización, vino la violencia política, de la cual se distinguen tres etapas: las guerras civiles, la violencia de finales del siglo XIX y principios del XX y la violencia insurreccional —surgimiento de grupos guerrilleros como el ELN, el EPL, el ERG, las FARC—. Sin embargo, la violencia política ha continuado debido, anteriormente, a la tensión bipartidista y a su emblemático Frente Nacional y, actualmente, a los grupos armados activos de diferente naturaleza —izquierda, derecha, paramilitares, bandas asociadas al narcotráfico—; grupos todos que ponen de escudo a la población civil y han producido un sinnúmero de víctimas, desaparecidos y desplazados, configurando así un grave problema tanto humanitario como de salud pública.

El problema de la violencia no sólo ha afectado al territorio nacional; a nivel internacional fue incorporado como problema de salud pública mundial desde 1996 en Ginebra tras aprobarse una resolución que así lo declara (Pécaut, 1991). La violencia trasciende esferas, culturas, creencias e ideologías políticas y tiene impacto integral en los territorios y poblaciones donde acontece (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948). En nuestro contexto, las diferentes manifestaciones de la violencia han tenido fuertes raíces en el narcotráfico, las marcadas inequidades sociales y los conflictos políticos y sociales.

Uno de los Derechos Humanos más gravemente vulnerados debido a la violencia es el derecho a la vida. A partir de la década de los 80 del siglo anterior, el homicidio se convirtió en la primera causa de muerte en el departamento de Antioquia y, desde 1984, las muertes violentas,

al igual que otros hechos victimizantes como el secuestro, la desaparición forzada, el desplazamiento forzado, la extorsión y el narcotráfico, entre otros, entraron en un incremento alarmante.<sup>1</sup> Detrás de estos índices de violencia existen diferentes actores, intereses y poderes políticos y económicos estructurados alrededor de mercados como el de las drogas, las armas, las esmeraldas y las minas, entre otros, y camuflados en grupos o ejércitos cuyo objetivo es la defensa de las rentas legales e ilegales y los bienes privados.

Medellín ha impulsado procesos de paz. Entre 1950 y 1980, por ejemplo, se conocieron más de 60 procesos de indulto y amnistía en pro de lograr acuerdos con los insurgentes entre otros actores políticos y militares de la época (Moreno, 2003). El territorio, de hecho, fue líder en procesos de paz y convivencia a partir de 1994 con la inclusión social de grupos de milicias y bandas asociadas al narcotráfico. Sin embargo, la sostenibilidad de los procesos de paz —de paces— que se vienen tejiendo constantemente se ve amenazada por la dinámica de las violencias —que podrían catalogarse como crónicas— debido a la persistencia del narcotráfico, el cual se encuentra históricamente asociado —especialmente entre 1970 y 1990— a la configuración de grupos armados como el Cartel de Medellín —dirigido por Pablo Escobar y sus sucedáneos dentro de la llamada Oficina de Envigado—, así como al surgimiento y fortalecimiento de grupos de izquierda —las FARC, el M19, el ELN, el ERG, el EPL, la UP— y de ultraderecha —grupos de limpieza social, las Convivir durante el gobierno de Álvaro Uribe Vélez en Antioquia, los paramilitares de las AUC, Bloque Metro y Bloque Cacique Nutibara—, de grupos híbridos asociados —Banda los Triana, La Terraza, El Socorro, La Agonía—, de bandas criminales o “Bacrim” —Águilas Negras, Los Urabeños y el Clan del Golfo, entre otros— y, actualmente, de las disidencias de las FARC y del ELN.

---

<sup>1</sup> Concepto definido en la Ley 1448 de 2011 o Ley de Víctimas, el cual contempla las diferentes formas de violencia definidas en el marco del conflicto armado en Colombia.

Dentro de las guerrillas, las FARC es la más antigua. Actualmente está fragmentada entre excombatientes en procesos de reinserción, por un lado, y disidentes activos que llevan a cabo acciones bélicas en contra de la población civil, las entidades y organizaciones del Estado y en contra de las fuentes de recursos naturales y de riqueza como el petróleo.

Los paramilitares, por su parte, se hicieron visibles en las alianzas entre la mafia, el Estado, el gobierno de Estados Unidos y el Cartel de Cali, entre otros, en contra del Cartel de Medellín. Hoy en día tienen presencia en todo el país. Durante el gobierno de Álvaro Uribe Vélez, decidieron acogerse al proceso de Desarme, Desmovilización y Reintegración (DDR) liderado por la Agencia Colombiana para la Reintegración y la Normalización (ARN), apéndice directo de la Presidencia de la República. Los jefes paramilitares fueron extraditados a Estados Unidos y los mandos medios y bajos se desplegaron por todo Antioquia —incluida Medellín, por supuesto— al igual que por todo el país; según sus sitios y departamentos de operación, nombraron cada grupo de manera diferente, pero con ideologías comunes, así:

- Antioquia: en la ciudad de Medellín, el Bloque Metro, grupo extinguido a finales de los 90 y reabsorbidos por el Bloque Cacique Nutibara.
- Córdoba: en Valencia y Tierra Alta Bloque, Héroes de Tolova, liderado por Don Berna y especializado en narcotráfico. En Montería operó la Casa Castaño, lugar de reunión y fundación de los paramilitares.
- El Clan Familiar de Ramón Isaza desde 1977 en el Magdalena Medio: zona de recursos naturales usados para la explotación esmeralda, ganadera y de cocaína, con la Hacienda Nápoles como lugar emblemático. Se extendieron a los departamentos de Caldas, Boyacá, Antioquia y algunos barrios de Medellín.



- Urabá, Bajo Atrato, Choco y Darién: Bloque Elmer Cárdenas, liderado por El Alemán. Tuvo presencia en 50 municipios de seis departamentos de Colombia.
- Urabá: Bloque Bananero, liderado por HH Ever Veloza —al mando del frente Turbo— y Raúl Hasbum, conocido como Pedro Bonito —al mando del frente Alex Hurtado—.

En la zona urbana de Medellín hacen presencia bandas, combos y grupos armados ilegales. Las bandas y grupos más representativos de las comunas, generalmente conformadas por adolescentes y hombres jóvenes, fueron influenciadas por el Cartel de Medellín.

Previamente, la ciudad había tenido antecedentes de presencia de células guerrilleras del M19 en las comunas 1, Popular; 2, Santa Cruz; y 3, Manrique. También hicieron presencia el ELN y las FARC. El ELN hizo presencia en la comuna 13, San Javier, y en la comuna 70, AltaVista. Las milicias urbanas combinan labores de vigilancia barrial con limpieza de grupos “indeseables” y actividades delictivas con ideología de lucha de clases y promoción de la revolución violenta.

Un caso emblemático de este fenómeno fue el que ocurrió en la comuna 13 de Medellín, la cual estuvo dividida en barrios con liderazgo de izquierda y grupos y bandas articulados con la Oficina de Envigado, heredera del Cartel de Medellín. Las FARC tuvieron el control de los barrios altos: Independencias 1 y 2; El Salado; el Veinte de Julio; Belencito parte alta, por donde se comunicaban con la comuna 16, Belén —sectores de Aguas Frías y AltaVista—; mientras que en barrios como El Socorro, Pradera, Antonio Nariño y Peñitas lideraban las bandas de jóvenes —El Socorro, La Agonía, Los Cuquitas, Peñitas—.

Las operaciones Mariscal —de mayo de 2002— y Orión —ocurrida en un operativo militar llevado a cabo entre el 16 y el 17 de octubre de 2002— fueron realizadas por el gobierno de Álvaro Uribe Vélez para recobrar el control militar de la zona; posteriormente, Uribe Vélez lideró el proceso para la desmovilización de los paramilitares agrupados en las AUC. En aquella

época se decía que en Medellín “mandaba” alias Don Berna, cabeza visible del Cartel de Medellín y cercano a los paramilitares.

Entre los años 2003 y 2006 se desmovilizaron, colectiva e individualmente, 35.317 combatientes paramilitares en el marco de la negociación entre el Gobierno Nacional y las AUC. De este número, 4.588 paramilitares fueron postulados a la Ley 975 de 2005 —Ley de Justicia y Paz—; estos regresaron a los barrios y utilizaron su poderío para llevar a cabo acciones ilegales tales como el cobro de vacunas y la ejecución de asesinatos, en muchos de los casos, con la aquiescencia de la Policía.

La Escombrera se convirtió en una de las más grandes fosas urbanas debido al accionar del Bloque Cacique Nutibara. En el año 2020, la Operación Orión fue considerada *crimen de Estado* en vista de la afectación a civiles, muertos y desaparecidos que provocó. Para el periodo comprendido entre el 2010 y el 2013, los enfrentamientos entre los jefes alias Sebastián y alias Valenciano desencadenaron múltiples enfrentamientos en los barrios y dejaron un saldo alto de muertos —la mayoría, hombres entre los 15 y los 30 años de edad—, desplazados forzados, viudas y huérfanos; el terror se sentía en el aire, no solo en la comuna sino en toda la ciudad.

Del 2015 al 2020, las comunas siguieron al mando de bandas asociadas a la Oficina de Envigado y, en los últimos años, se ha incrementado la presencia de grupos híbridos de desmovilizados y excombatientes de izquierda y de derecha, miembros de bandas criminales, rebeldes o miembros de las disidencias —algunos reagrupados bajo el nombre de Clan del Golfo—. En general, las disidencias son las que mayor daño han venido causando en la región antioqueña de acuerdo con el seguimiento hecho por el periódico El Colombiano (septiembre 2021 sección derechos humanos).

Este año se cumplen siete años de la firma del Acuerdo de Paz con las FARC en el Teatro Colón y hay evidencia de la existencia de 33 grupos disidentes en 161 municipios de 19 departamentos del país según fuentes de Inteligencia Militar. Sus comandantes aparecen en los carteles de los más buscados como responsables de asesinatos de líderes sociales; de extorsiones a empresarios, ganaderos y campesinos; y de amenazas a mandatarios locales. Esa misma información de Inteligencia Militar da cuenta de que hay aproximadamente 2.600 personas armadas en los grupos residuales y unos 2.000 que harían parte de las redes clandestinas de apoyo.

Según el informe de Indepaz (2020-2021) sobre masacres ocurridas en Colombia entre 2020 y 2021, en 2000 se cometieron 91 masacres en 66 municipios de Colombia, las cuales produjeron 381 víctimas directas, en su mayoría líderes sociales. Antioquia es el departamento más afectado por estos hechos de violencia armada, con 21 masacres; le siguen Cauca, con 14; y Nariño, con 9. Actualmente el homicidio es la tercera causa de muerte en Colombia. Algunos hitos que remiten a la violencia homicida en el departamento de Antioquia son:

- En 1989 el 36% de los homicidios en Colombia fueron de antioqueños asesinados (Cardona et al., 2005).
- Para 1991, Medellín, la capital Antioqueña, fue denominada la ciudad más violenta del mundo por llegar a la tasa de 266 homicidios por cada 100 mil habitantes (Cardona et al., 2005).
- En octubre de 2002 se llevó a cabo la Operación Orión en la comuna 13 —sacan a los milicianos e ingresan los paramilitares recién desmovilizados, los cuales cometen múltiples delitos de lesa humanidad en esta y otras de las comunas que históricamente tenían incidencia de bandas aliadas al narcotráfico: comunas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13,

16, 60, 70, 80—. Este hecho fue declarado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos como crimen de Estado en 2019 (Sánchez, 2011). En la actualidad, estos grupos se conocen como bandas, milicias, autodefensas comunitarias y paramilitares; son grupos que vehiculizan un cierto tipo de violencia cuya índole grupal y afinidades con la política los convierte en indicadores de importantes rasgos de sociabilidad y de la cultura política urbana; en ellos se revela en gran medida la naturaleza de los conflictos territoriales y su significación social (Corporación Región, 1998).

Además de estas manifestaciones de violencia, el territorio Antioqueño se ha visto afectado por otras violencias con afectaciones directas en grupos poblacionales específicos. Es así como los datos de la *Encuesta Nacional de Salud Mental* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) indican que el 7.7% de las personas encuestadas entre los 18 y los 44 años de edad y el 6.1% con 45 años o más reportaron la presencia de violencia intrafamiliar como el principal evento traumático, esto, además, en una proporción de casi el doble para las mujeres frente a los hombres —9.4% frente a 5.3% entre los 18 y 44 años, y 7.2% contra 4.5% en las personas mayores de 45 años—. Asimismo, el 10.7% de las personas entre los 18 y los 44 años de edad y el 10.4% de los mayores de 45 reportaron la vivencia de eventos traumáticos relacionados con la violencia organizada. Por otro lado, los mayores de 18 años reportaron haber vivido desplazamiento forzado en un 18.7%, mientras que los niños entre los 7 y los 11 años fueron afectados por el mismo fenómeno en un 13.7%, y los jóvenes entre los 12 y los 18 años en un 18.3%. La vivencia de algún hecho de violencia relacionado con el conflicto armado fue reportada por el 7.9% de las personas encuestadas en todos los rangos de edad.

Por otro lado, en cuanto a la violencia sexual infantil, el Centro de Atención Integral a Víctimas de Abuso Sexual (CAIVAS) —dependencia de la Fiscalía General de la Nación

encargada de investigar los delitos sexuales que afectan a los menores de edad en Medellín— reportaba para el 2011 más de 4 mil casos denunciados solo en Antioquia (comunicación personal con la funcionaria Claudia Rueda). Además, se reportan altas cifras de violencias basadas en género y feminicidios, de violencia intrafamiliar, de agresiones contra los indígenas —que no ha parado desde la Colonización—, y de persecución de líderes sociales y excombatientes. A lo anterior, se suma la migración, el desplazamiento intraurbano y el desplazamiento desde y hacia lo rural.

Es alarmante también la situación de reclutamiento de niños, niñas y adolescentes que son judicializados como infractores y su reincidencia en el marco de un sistema de justicia penal juvenil que es cuestionado por su operación, ya que, a pesar de estar fundamentado en el Código de la Infancia y la Adolescencia —Ley 1098 de 2006—, no se corresponde con la realidad de la demanda.

Cabe anotar que, desde el año 1994, se viene incrementando la comisión de delitos graves por parte de menores entre los 12 y 15 años de edad, así como de muertes violentas en menores de 19 (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2020). El sistema penal juvenil —y el de adultos— también está colapsado por la cantidad de casos y la falencia en la cantidad de cupos en las entidades de libertad vigilada, asistida y medio cerrado. Actualmente, los y las adolescentes son uno de los grupos de edad más afectados según la caracterización realizada en el *Plan de Desarrollo para Medellín 2019-2023* (Alcaldía de Medellín, 2020). También se resalta la crisis carcelaria con un hacinamiento de más del 100% y una crisis humanitaria en los centros penitenciarios de Medellín y Antioquia (Corporación Región, 1998).

A la par con lo anterior, la ciudad ha afrontado una alta movilidad —migración— de víctimas por desplazamiento forzado desde la zona rural hacia Medellín, a nivel intraurbano —

—entre comunas y barrios—. Igualmente, la ciudad recibe un alto número de inmigrantes provenientes de otros municipios por ser epicentro de economía. Por tanto, la ciudad cuenta con una alta representatividad de asociaciones de sobrevivientes de víctimas del conflicto armado y en su territorio se encuentra la Unidad de Atención a Víctimas (UAO) y el Museo Casa de la Memoria.

Las víctimas de todos estos tipos de violencia representan el universo de las personas que son acompañadas por los diferentes dispositivos sociales, públicos y privados, como parte del Estado Social de Derecho en el marco de la Constitución Política de Colombia, especialmente en lo establecido en el Artículo 13 —Derechos fundamentales—: “El Estado adoptará medidas a favor de las poblaciones o grupos discriminados o marginados”. La implementación de todos estos dispositivos se lleva a cabo gracia al ejercicio de los profesionales del campo psicosocial, quienes son la población de preocupación central para esta investigación.

### **El ejercicio profesional psicosocial en el contexto de las violencias en Antioquia**

La capital antioqueña ha sido premiada como Ciudad Resiliente en 2017 por su modelo de seguridad y transformación urbanística de impacto social con énfasis en la movilidad sostenible y ecológica, todo esto, asociado a su capacidad para recuperarse y sobreponerse de los hechos violentos atravesados en las épocas más difíciles tanto a nivel urbano como rural y tanto a nivel local como regional —como, por ejemplo, en el municipio de San Carlos y en otros municipios del oriente antioqueño, del Bajo Cauca y del Urabá— (ACI Medellín, 23 de octubre de 2017).

En este orden de ideas, el departamento y su capital se han destacado por tener presencia de programas sociales de alto reconocimiento que apuntan, directa o indirectamente, a mitigar los efectos de la violencia, como: De Cero a Siempre, Medellín Solidaria, Buen Comienzo, Parques Bibliotecas Rurales, sedes del Sena en cada región de Antioquia, la Unidad de Atención

a Víctimas. En el territorio también tienen presencia programas financiados por agencias de cooperación internacional, como: la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la Corporación Ayuda Humanitaria y la Cruz Roja Internacional, entre otras. Estos proyectos y entidades generan una alta demanda de profesionales del campo social, como: psicólogos sociales, trabajadores sociales y sociólogos. A través de estos profesionales se da respuesta a las necesidades sociales y de escucha de las poblaciones vulnerables en el marco de las violencias previamente mencionadas. Asimismo, existe un importante número de profesionales independientes que, de manera particular, ofrecen sus servicios para atender e intervenir a las personas en los territorios.

### **Investigaciones recientes en el campo de la violencia, la salud, el trabajo y la paz**

A continuación se presentan algunas investigaciones de Colombia y México que dan cuenta de la importancia del tema en cuestión: la salud y el cuidado del profesional.

**Tabla 1**

*Revisión de las investigaciones recientes en el campo de la violencia, la salud, el trabajo y la paz*

<b>Autor/Año/Título</b>	Díaz, F. y Rentería, E. (2017). De la seguridad al riesgo psicosocial en el trabajo en la legislación Colombiana de Salud Ocupacional. <i>Estudios Socio-Jurídicos</i> , 19(2), pp. 129-155.
<b>Palabras clave</b>	Seguridad, factores de riesgo psicosocial, salud ocupacional.
<b>Reseña autor</b>	Díaz Bambula Doctora en Psicología de la Universidad del Valle. Rentería Universidad del Valle.
<b>Idea central</b>	Revisión de la evolución del concepto de “salud ocupacional” a través de la normatividad colombiana; se definen los factores de riesgo psicosocial reconocidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los instrumentos objetivos y subjetivos para su valoración; asimismo, se reflexiona sobre la responsabilidad

	endilgada al profesional de psicología de acuerdo con el Código de Ética y con sus responsabilidades en tanto calificador de la enfermedad laboral.
<b>Tipo de estudio</b>	Artículo científico indexado.
<b>Hallazgos</b>	<p>Se inician reflexiones y debates centrados en el accidente y la seguridad en el trabajo y se reglamentan leyes que ponen la mirada en la persona y en su lugar de trabajo. Ley 57 de 1915: se plantea la reparación a los trabajadores; Ley 237 de 1921: se formalizan los seguros de vida; Ley 10 de 1934: se denomina y reconoce la “Enfermedad Profesional”. De 1935 a 1984 se pasa de la concepción del accidente de trabajo al reconocimiento del riesgo o riesgos inherentes a cada tipo de ocupación según el área: minas, construcción, etc. Se configuran los “Riesgos Laborales” en el trabajo. Se establece la primera legislación laboral en 1935; Ley 96 de 1938: se crea el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. Ley 90 de 1946: se crea el Instituto de Seguros Sociales Obligatorio. Decreto 614 de 1984: se introduce el concepto de lo “Psicológico”. De 1985 a 2020. Ley 50 de 1990: reforma al mercado laboral —sin regulación, flexibilización del trabajo, detrimento de las condiciones de trabajo—; Ley 60 de 1993: descentralización administrativa de los servicios de salud de acuerdo con el nivel de complejidad; Ley 100 de 1993: flexibilización, desregulación, precarización laboral, gestión del riesgo —esta ley no incluye artículos específicos relacionados con la contratación, los salarios o las condiciones de trabajo; en salud, los incentivos son solo económicos y no como sistema de protección y empoderamiento al trabajador—. La Resolución 3595 de 2006, la Resolución 2646 de 2008, y la Resolución 2404 de 2019 determinan los instrumentos para la evaluación de los factores de riesgo psicosocial de la población trabajadora en Colombia.</p>



	<p>La Resolución 2404 reemplaza la Resolución 2646 de 2008, que en su artículo 10 indica que “los factores psicosociales deben ser evaluados objetivamente y subjetivamente utilizando instrumentos validados para el país. Los factores de riesgo psicosocial laboral reconocidos para trabajadores de la salud y la asistencia social, de acuerdo con esta resolución, son: el agotamiento laboral o síndrome de <i>burnout</i>, el acoso laboral, el manejo del duelo, el estrés postraumático, el estrés agudo, la depresión”. El Código del Psicólogo —Ley 1090 de 2006— es el protocolo de procedimientos y responsabilidades —sobre la confidencialidad— de los profesionales de la salud mental.</p>
<b>Autor/Año/Título</b>	Díaz, F. (2017). <i>Burnout. Una metáfora para leer relaciones y condiciones de trabajo</i> [Tesis de doctorado]. Universidad del Valle.
<b>Palabras clave</b>	Síndrome de <i>burnout</i> , trabajo, condiciones de trabajo, fatiga, relaciones de trabajo.
<b>Reseña autor</b>	Doctora en Psicología de la Universidad del Valle.
<b>Idea central</b>	El trabajo funciona como referencia, identidad y sirve para dar respuesta a la pregunta ¿cuál es mi lugar en el mundo?
<b>Tipo de estudio</b>	Revisión documental.
<b>Hallazgos</b>	<p>Los estudios sobre <i>burnout</i> están ligados a ciertas profesiones del campo de la salud, la educación, los servicios y, en general, a los trabajos inherentes al ser humanos; el trabajo es una forma de sobrevivencia y se puede definir de diferentes formas según la época y la cultura; se observa un cambio radical antes y después de la Revolución Industrial; en 1904 se dan las primeras luchas obreras, posteriormente, con el Tratado de Versalles se pone fin de la Segunda Guerra Mundial y, en 1919, nace la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como entidad reguladora que promueve la protección del trabajador.</p>
<b>Autor/Año/Título</b>	Vieco, G. F., Restrepo, J. y Reyes, A. (2017). Estrés pos-trauma

	por exposición a factores de riesgo público en funcionarios de una empresa social del Estado: Hospital San Antonio de Taraza, 2016 [Trabajo de grado de especialidad en Salud Ocupacional]. Universidad de Antioquia.
<b>Palabras clave</b>	Estrés postraumático factores de riesgo público, sector salud, amenazas, miedo.
<b>Reseña autor</b>	Fernando Vieco German, psicólogo y docente FNSP; Jeniffer Restrepo Osorio, odontóloga; y Angélica Reyes, médica.
<b>Idea central</b>	“La violencia en el lugar de trabajo no es un problema aislado sino estructural, de gran magnitud con raíces sociales, económicas, organizativas y culturales”.
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio de tipo descriptivo transversal correlacional; de enfoque mixto, es decir, cualitativo y cuantitativo. La muestra corresponde a 61 profesionales de la salud que trabajan para ESE en Taraza, Bajo Cauca antioqueño. Los instrumentos de recolección de información fueron: encuesta sociodemográfica laboral, entrevista a profundidad y el instrumento de valoración del Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) validado para Medellín, Colombia, por el Doctor Diego Castrillón de la Universidad San Buenaventura de Medellín; presentación de los resultados de la investigación en Power Point.
<b>Hallazgos</b>	El TEP se presenta ante la exposición a un evento traumático, altamente significativo, en el que la persona se expone a un riesgo público, a la muerte o a una amenaza en general. Los profesionales del campo de la salud aparecen con altos niveles de exposición al riesgo; entre ellos, se encuentran funcionarios, trabajadores psicosociales, psicólogos que trabajan con víctimas de guerra. Los resultados del instrumento los puntuaron con un 90% de exposición a violencia externa, un 33% a robo, un 6.6% a atentado terrorista según zona de exposición —42.6% en zona rural y 26.2% en zona urbana—. Entre los principales síntomas

	<p>asociados al estrés postraumático están: los estados disociativos, con 12%; las alteraciones del estado de ánimo, con 8.6%; la percepción de indefensión, con 7.6%; miedos, con 5.5%; amenaza, con 4.5%. El 45% estuvo expuesto a eventos de violencia pública y el 90% fue víctima de amenaza, lo que convierte a la <i>amenaza</i> en el principal factor de riesgo por exposición para el personal del campo de la salud en el municipio de Taraza, Antioquia. Otro estudio, referido con el título “Bomberos de Medellín”, de Diego Moreno Bedoya, en el cual fue aplicado el mismo instrumento, reporta un 44.4% en riesgo de amenaza contra su vida en el desarrollo de su trabajo. Este estudio reporta también una prevalencia del 26% en la población y un resultado para el estudio del 47% de síntomas de estrés postraumático debido al trabajo. Refiere el estudio que los principales síntomas del TEP son: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización. Se sugiere que el personal de salud debe ser incluido como víctimas de guerra por su labor.</p>
<b>Autor/Año/Título</b>	Ramos, B. E. (2011). Duelo, acontecimiento y vida. Consideraciones sobre la atención psicosocial: el caso de Trujillo, Valle. <i>Desde el jardín de Freud</i> , (11), pp. 393-395.
<b>Palabras clave</b>	Duelo, terror, psicosocial, rescate, intervención, afectación, rescate simbólico, entorno socio político, acontecimiento, víctima.
<b>Reseña autor</b>	Psicóloga de la Universidad Antonio Nariño, Bogotá.
<b>Idea central</b>	El artículo corto hace alusión a un trabajo de intervención psicosocial realizado con víctimas de los hechos acaecidos entre 1988 y 1991 en Trujillo, Valle. El objetivo de esta intervención era realizar un rescate simbólico de las víctimas.
<b>Tipo de estudio</b>	Revisión y análisis descriptivo desde el psicoanálisis, la pedagogía y la psicología. Refieren la importancia de construir

	trabajos respetuosos con las comunidades y personas víctimas, y se deja la pregunta de si se puede trabajar en condiciones de extremos terror?
<b>Hallazgos</b>	Impacto en el colectivo de Trujillo como población; la memoria asociada a los hechos que los identifica como sobrevivientes y marca un antes y un después.
<b>Autor/Año/Título</b>	Restrepo, D. y Muñiz, O. (2005). Aproximación al estado del arte de las investigaciones y las experiencias de intervención psicosocial en salud mental en el campo de la violencia en Colombia entre los años 1999 y 2003. <i>Informes psicológicos</i> , (7), pp. 71-107.
<b>Palabras clave</b>	Salud mental, violencia colectiva e intervención psicosocial.
<b>Reseña autor</b>	Diego Restrepo y Oscar Muñiz: psicoanalista y profesor facultad de psicología UPB Medellín.
<b>Idea central</b>	Focalización de las investigaciones en violencia de acuerdo con el contexto real de violación a los derechos humanos. En 1996 la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el problema de la violencia es un problema social de salud y de salud pública y busca aproximarse a las causas y al impacto en la salud mental para disminuir los efectos en la salud de las personas afectadas.
<b>Tipo de estudio</b>	Estado del arte o revisión documental sobre la violencia colectiva y la salud mental en Colombia, con enfoque empírico analítico e histórico hermenéutico en tanto el interés de construir sentidos.
<b>Hallazgos</b>	El riesgo público generado en el marco del conflicto obstaculiza la realización de más estudios e investigaciones, así como intervenciones psicosociales por los riesgos que corren los profesionales. Se observa baja sistematización, comunicación y divulgación de los hallazgos; no se encontró comparación del tema con estudios internacionales. En territorio, el trabajo

	psicosocial implica trabajar bajo las reglas de juego de los grupos armados. Los factores políticos son estructurales a los temas de violencia.
<b>Autor/Año/Título</b>	Betancur, J. A., y Cortés, C. P. (2019). <i>Prevalencia del Síndrome de burnout en el personal de Atención Prehospitalaria del Programa de Atención a Emergencias 123 Salud de Medellín</i> [Trabajo de grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios].
<b>Palabras clave</b>	Cansancio, agotamiento emocional, estrés, apatía.
<b>Reseña autor</b>	Johana Betancur Velásquez, Claudia Patricia Cortes Girón.
<b>Idea central</b>	La presencia del síndrome de <i>burnout</i> entre los trabajadores que tienen empleos que implican la exposición a eventos traumáticos y de riesgo público. El síndrome de <i>burnout</i> es una realidad laboral en el campo de la salud.
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio mixto - descriptivo
<b>Hallazgos</b>	De 120 trabajadores, el 37% tiene riesgo alto de sufrir síndrome de <i>burnout</i> . No se encontraron estudios ciudadanos que den cuenta de esta necesidad en otros programas de la administración. Se evidencia la importancia de la prevención y la promoción de espacios de salud laboral. Se hace fundamental el cuidado a los profesionales que cuidan y se exponen; requieren estar en óptimas condiciones. Como elemento estructural grave, está el tipo de contratación por prestación de servicios.
<b>Autor/Año/Título</b>	Uribe Prado, J. F. (2020). Riesgos psicosociales, burnout y psicósomáticos en trabajadores del sector público. <i>Investigación administrativa</i> , 49(125).
<b>Palabras clave</b>	Ansiedad, prevalencia, riesgos, <i>burnout</i> , psicósomático, desgaste ocupacional, síndrome psicológico, situación vulnerable, trabajadores públicos, modelo demanda-control, parámetro, política sanitaria.

<b>Reseña autor</b>	
<b>Idea central</b>	<p>El artículo presenta un marco teórico donde incluye componentes macroeconómicos como el manejo de los Tratados de Libre Comercio (TLC) y las marcadas desigualdades entre los trabajadores de Estados Unidos, Canadá y México y el impacto en una calidad de vida precaria e inequitativa, siendo México el país con mayores desventajas en términos de la organización del trabajo y del pago de la mano de obra, entre otras. Asimismo, refiere que estos acuerdos comerciales han resaltado el valor del cuidado y protección a los trabajadores con respecto a los riesgos ocupacionales y enfermedades profesionales. La psicología del trabajo ha tomado un lugar trascendental en temas de la complejidad humana, la relación persona-trabajo, sus significados, la organización y productividad de todos los actores. En 1984, la OIT y la OIM dieron cuenta de los efectos de la industrialización de los siglos XX y XXI y el trabajo nominado como factores de riesgo psicosocial, definidos estos como: “un conjunto de percepciones y experiencias del empleado [que] abarcan diversos y variados aspectos, como la persona y personalidad del trabajador o factores individuales, otros intralaborales y factores extralaborales. Relacionan los factores de riesgo psicosocial con conductas de riesgo y variedad de diagnósticos y formas de afectación biopsicosocial. Estrés, fatiga, síndrome de <i>burnout</i>, consumo de sustancias psicoactivas y licor, violencia, problemas gastrointestinales, del sueño, trastornos del dolor, en general una disminución global o en diferentes dimensiones de la salud.” Como en el caso de estudio, en este artículo se señala como el trabajador de Derechos Humanos debe preocuparse por los derechos de otros y a la vez por los de él mismo, como una doble presencia.</p>

<b>Tipo de estudio</b>	Descriptivo; método de estadística descriptiva y análisis de correlación de Pearson; muestra de 305 hombres y mujeres trabajadores de Derechos Humanos en México; midieron el desgaste ocupacional — <i>burnout</i> — y las manifestaciones psicosomáticas con la escala EDO de Uribe Prado (2020).
<b>Hallazgos</b>	Prevalencia de riesgo psicosocial en trabajadores de Derechos Humanos; esta puede ser estudiada, controlada e intervenida moderando las demandas y el control de recursos favorables por medio del factor desgaste emocional en el <i>burnout</i> . Se encontró una alta correlación entre el indicador jornada de trabajo y el desgaste emocional, el cual abre un abanico de signos y síntomas físicos, psicológicos y somáticos ya nombrados, además de la interferencia en la familia, el descanso, la recreación y el riesgo latente de que empleados enfermos o desgastados expresen comportamientos que afecten a la población atendida, es decir, acciones de revictimización o con daño. Los trabajadores requieren ayuda psicosocial. Se señala la importancia de la investigación en salud ocupacional para beneficio de los trabajadores mexicanos.
<b>Autor/Año/Título</b>	Delgado, L. F., Da Silveira, R. y Luna, J. E. (2016). Subjetividad y riesgo psicosocial: desafíos para la actividad de los psicólogos del trabajo. <i>Salud de los trabajadores</i> , 24(1), pp. 39-49.
<b>Palabras clave</b>	Ergología, subjetividad, riesgo psicosocial, psicólogo, trabajo, globalización, Ley 100, precarización laboral, subempleo, narrativas.
<b>Reseña autor</b>	
<b>Idea central</b>	El artículo reflexiona sobre el rol del psicólogo como evaluador, experto, perito y, a la vez, con el dilema de no ser objeto directo, de no estar incluido en los procesos de salud laboral enfocados a la salud del empleado-profesional. Refiere que las

	<p>empresas cumplen la normatividad movidos más por la obligación legal que por la responsabilidad o la consciencia de la importancia de la salud del empleado-profesional. Asimismo, se señalan la incidencia que ha tenido la Ley 100 de 1993 en la precarización de las condiciones de trabajo en todas las profesionales del campo de la salud y en el incremento del subempleo: “cada ser humano cuenta con una historia particular, características psíquicas, físicas, culturales, que median en su actividad; cada acción tiene sus particularidades” (p. 42). Se mencionan dificultades para programar encuentros con participantes en el estudio.</p>
<p><b>Tipo de estudio</b></p>	<p>Narrativa analizada desde la perspectiva brasilera de la salud del trabajador: resaltan en este enfoque la posibilidad de comprensión de significados y subjetividades que escapan a la medida de la encuesta y de la entrevista estructurada. “La elección de esta metodología en esta investigación cualitativa permitió que lo narrado extrapolara las experiencias particulares, ya que cada vida manifestada fue hablando de una vida colectiva” (p 42).</p>
<p><b>Hallazgos</b></p>	<p>Conceptos como la renormalización (de las leyes y normas que debaten valores y principios laborales, de nuevas formas de vivir y convivir mejor), la relación salud-trabajo que se reconstruye en la transformación socio económica. Actuación del psicólogo a partir del Decreto 2646 de 2008, “que supera el debate de los riesgos tradicionales y considera los psicosociales, que se enfoca a la salud de los trabajadores, los desafíos de los psicólogos desde una apuesta ético-política”. Los que gestionan los riesgos son sometidos a políticas de precarización. reconoce la influencia de la precarización del trabajo en la configuración de riesgos psicosociales “el gobierno se pellizó reconociendo las patologías derivadas del estrés ocupacional,</p>



	<p>patologías silenciosas, los trabajadores pueden presentar enfermedades digestivas, cardíacas y ACV, neurológicas y cerebrales”. “Los programas de prevención del riesgo psicosocial parecen no incluir a los psicólogos que gestionan esta actividad; la salud es importante en cargos que no tiene una alta accidentalidad, no se ha visto que tomen en serio la posibilidad de que un psicólogo se enferme, estrese o le dé depresión, es difícil que lo consideren” (p. 43). ojo esto lo vi y lo.” “Si no fuera por la exigencia de la Ley 2646, el psicólogo no sería un perfil indispensable dentro de la salud ocupacional” (p. 44). Con respecto al proceso de formación “las entidades de educación superior también se deben responsabilizar en tomar medidas necesarias para superar la formación deficitaria de los profesionales. Se considera que la formación actual está más alineada con los intereses del capital que al interés por la educación y la salud de los trabajadores” (p. 44). “En el trabajo del psicólogo hay debate de valores todo el tiempo” (p. 46). “Es necesario hacer comprensiones más amplias, que incluyan una relación entre las condiciones macro (determinante) y las micro de este fenómeno de riesgos psicosociales” (p. 46). “Prestar atención, prevenir los factores psicosociológicos “ (p. 46). “Existe un modelo de producción compartido socialmente que genera una serie de problemáticas, una de ellas son los riesgos psicosociales” (p. 47). “Es necesario crear diálogos entre la academia y los trabajadores, lo que hará más potente este y así visibilizar y viabilizar mayores impactos en la salud de los trabajadores” (p. 47).</p>
<p><b>Autor/Año/Título</b></p>	<p>Gómez, E. M., Rodríguez, A. S., Ordosgoitia, K., Rojas, M. C. y Severiche, C. A. (2017). Riesgos psicosociales en personal de asistencia de una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cartagena de Indias en 2016. <i>NOVA publ.cient</i>, 15(27), pp. 77-</p>

	89.
<b>Palabras clave</b>	Salud laboral, riesgos psicosociales, centro de salud, asistencial. Trabajo.
<b>Reseña autor</b>	
<b>Idea central</b>	Los factores psicosociales son todos aquellos que atraviesan la vida personal, la cultura, las condiciones de trabajo y las forma en que el trabajador da cuenta de ellos. “Los trabajadores de la salud, por las características de su trabajo que incluyen situaciones desgastantes a las que se enfrentan en sus actividades cotidianas, con altas exigencias y múltiples factores psicosociales, así como las trasferencias que reciben de sus pacientes, constituyen un grupo de alta vulnerabilidad para desarrollar problemas relacionados con el estrés” (p. 79).
<b>Tipo de estudio</b>	Estudio descriptivo de corte transversal en una clínica privada de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Cartagena; se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para la selección de los participantes; muestra de 57 trabajadores del área asistencial; se utilizó la batería de riesgo psicosocial diseñada por el Ministerio de Protección Social de Colombia; eligieron la ficha de datos generales —18 preguntas— y la de factores de riesgo psicosocial intralaboral —forma b-97 preguntas—.
<b>Hallazgos</b>	El trabajo de campo en el área de la salud implica vulnerabilidad y factores de riesgo psicosocial, en general, por exposición a: pacientes con enfermedades crónicas y del final de la vida, sufrimiento y dolor de los tratamientos, víctimas del conflicto, entre otras formas de violencias. Los puntajes de riesgo medio, casi en todas las dimensiones, tienen porcentajes muy altos y sostenidos, lo que da cuenta de lo que está ahí latente, crónico y estructural. De la población estudiada, todos tienen contrato a término indefinido; el 88% fue de sexo

	<p>femenino mientras que el 12% fue de sexo masculino. Con respecto a los turnos de trabajo, el 65% trabaja 10 horas diarias, y el 65%, 12. Con respecto a la exposición laboral a riesgo psicosocial, el 44.6% considera que algunas veces está expuesto a riesgos, el 43.6% considera que siempre lo está y el 11.9% considera que nunca lo está. En la dimensión demanda emocionales, el 46.7% manifestó siempre estar expuesto a situaciones emocionales como tristeza, violencia o dolor; el 76% expresó tener siempre una alta exigencia en su trabajo; y el 77% respondió estar expuesto a demandas altas de trabajo. Con respecto a la influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral, el 64% manifestó algunas veces estar expuestos a factores de riesgo. En términos de la demanda de carga mental, el 75% respondió que siempre presenta una exigen alta. En la dimensión oportunidades para el uso de habilidades y conocimientos, el 61% respondió nunca tenerla y solo el 39% respondió tenerla algunas veces. En la dimensión control y autonomía sobre el trabajo, el 57% respondió nunca tenerlo y solo el 33% respondió tenerlo algunas veces. Se resalta que, en el dominio de recompensas, el 89% respondió que siempre reciben recompensas derivadas de la pertenencia a la entidad frente a un 10% que opinan que solo algunas veces las reciben y un 1% que opina que nunca.</p>
<b>Autor/Año/Título</b>	<p>Arce, R., Rubio, K., Cuadro, H., Fonseca-Angulo, R., León-García, M. y Rodríguez-Barraza, P. (2020). Relación entre el nivel de estrés laboral y los factores de riesgos psicosociales intralaborales en trabajadores de una fundación de niños con discapacidad ubicado en el departamento del Atlántico, Colombia. <i>Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo</i>, 29(1), pp. 42-56.</p>
<b>Palabras clave</b>	<p>Estrés, factores de riesgos, discapacidad intelectual, niños,</p>

	trabajador, distreses.
<b>Reseña autor</b>	
<b>Idea central</b>	<p>“Existen diferentes tipos de estrés. El estures o estrés bueno que ejerce una función de protección en el organismo y el disestres o estrés negativo, que se produce por altas cargas de energía — estrés en todas las dimensiones, personal y laboral—. La interacción entre el trabajador, su medio, el nivel de satisfacción que refleja en su vida por fuera del trabajo, pueden influir en la salud, el rendimiento y la productividad de la organización ” p 42-44. Refiere el autor que existen varios instrumentos que miden los riesgos psicosociales y nombra los siguientes: cuestionario psicosocial de Copenhague, DECORE — cuestionario multidimensional—, batería mc mutual ub, Guía de identificación de factores de riesgo psicosocial del Ministerio de Colombia y Protección Social —mide las condiciones intralaborales, extralaborales y el nivel de estrés—. Un estudio en Alemania que uso la batería de Copenhague encontró que entre “los factores predictores del agotamiento personal se encuentran: el conflicto en el trabajo, la privacidad, las demandas emocionales, conflicto de rol, inseguridad laboral, esto se correlacionó con tasas más altas de estrés cognitivo”. Cuando se habla de demandas emocionales, esto contempla todas las situaciones afectivas y emocionales del contenido de la tarea que tienen el potencial de interferir en los sentimientos y emociones del trabajador y que requieren de la habilidad para: entender las situaciones y sentimientos de otras personas, ejercer autocontrol de las emociones y sentimientos propios con el fin de no afectar el desempeño en la labor” y de generar acción con daño a la persona atendida. Con respecto al tipo de población, “investigaciones previas han establecido que el comportamiento desafiante de los niños con discapacidad</p>

	<p>cognitiva genera un impacto negativo sobre el nivel de estrés y <i>burnout</i> del personal que brinda atención y apoyo a esta población. “Asimismo, <u>Sarsosa</u> reportó que el personal asistencial en salud presenta un alto nivel de estrés laboral y que esto puede estar asociado con las características del rol, las condiciones laborales y la exposición permanente a enfermedades crónicas —cáncer, sida, enfermedades incapacitantes, del final de la vida— propias del contexto”. El estudio confirma la existencia de factores de riesgo asociados a la forma de organización del trabajo y los conflictos por la realización de la tarea en cuanto al tiempo de ejecución de la misma y a la carga extralaboral que afecta los tiempos para el descanso y la familia del trabajador. Asimismo, refiere que, según la complejidad del diagnóstico del tipo de población que se atiende —en este caso, niños con discapacidad intelectual—, hay riesgo de aumento del estrés y, por ende, de los riesgos de posible acción con daño del profesional hacia los pacientes. Esta última evidencia se considera de gran importancia para el estudio en cuestión.</p>
<b>Tipo de estudio</b>	<p>Descriptivo correlacional; realizado con 35 trabajadores del centro; el análisis de la información se realizó a través de Excel y SPSS versión 22.</p>
<b>Hallazgos</b>	<p>Según Moreno, “los riesgos psicosociales y el estrés laboral en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo, afectan de manera notable a la salud de las personas, las organizaciones y el nivel de productividad de las instituciones”. De la muestra estudiada, el 31.4% tiene un alto nivel de estrés laboral; de igual manera, se identificó una correlación entre los riesgos psicosociales intralaborales y el nivel de estrés laboral en cada dominio. De acuerdo con Beltrán, “las interacciones negativas entre el trabajador con su medio ambiente laboral y extralaboral</p>

	<p>compone lo que se conoce como factores de riesgo psicosocial”. A nivel del riesgo psicosocial intralaboral, en la dimensión de características de liderazgo, el 45.7% presenta un riesgo muy alto y un 14.3% presenta un riesgo alto y de riesgo muy alto con 26.6%. En la dimensión social del trabajo, el 48.6% de los participantes presenta un nivel de riesgo medio en la dimensión de demanda jornada de trabajo. “Dentro de las dimensiones donde la mayoría de los participantes presenta riesgo muy alto están: control y autonomía sobre el trabajo con 65.7%, participación y manejo del cambio 42.9%, claridad del rol 31.4% y capacitación 51.4%. Asimismo, se presentan puntuaciones altas en las dimensiones de reconocimiento y recompensa derivadas de la pertenencia a la organización”. Finalmente, se ven niveles muy altos de estrés laboral en todo el personal.</p>
<b>Autor/Año/Título</b>	Aranda, C., Pando, M., Salazar, J. G., Torres, T. M. y Aldrete, M. G. (2012). Factores de riesgo psicosociales laborales incidentes en la salud de los médicos de familia en Guadalajara, México. <i>Revista iberoamericana de psicología</i> , 5(1), pp. 45-54.
<b>Palabras clave</b>	Factores de riesgo, médicos de familia, síndrome de <i>burnout</i> , estrés.
<b>Reseña autor</b>	
<b>Idea central</b>	El objetivo fue analizar los factores de riesgo psicosociales laborales negativos que inciden en la salud de los médicos de familia.
<b>Tipo de estudio</b>	Descriptivo, analítico y correlacional; la muestra fue de 203 médicos; los investigadores usaron la Guía de identificación de factores de riesgo psicosocial del Ministerio de Colombia y Protección Social y la escala de Maslach <i>burnout</i> .
<b>Hallazgos</b>	El 43.3% de los médicos manifestó alguna enfermedad; prevalencias del 33.6% para factores de riesgo psicosocial y del

	26.7% para síndrome de <i>burnout</i> .
--	---

Los procesos de intervención psicosocial con víctimas generan en los intervinientes un impacto importante que también ha descrito la literatura. Es así como, en trabajos de investigación relacionados con la población motivo de esta investigación, se encontraron hallazgos y conceptos que dan cuenta de signos y síntomas que configuran afectaciones del estado de ánimo y factores de riesgo psicosocial en los trabajadores psicosociales, así como de estrés postraumático y traumas —el primer de estos conceptos definido en el *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales. DSM-5* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013); y el segundo, definido por Freud en *El malestar en la cultura* (2010)—. Estas últimas nociones son tomadas del discurso de los efectos de la guerra y trasladados a los síntomas derivados de las afectaciones asociadas con la organización del trabajo en contextos de violencia social, política y, como decimos en la presente propuesta de investigación, en el marco del conflicto armado en Colombia.

En este orden de ideas, la literatura revisada sugiere que sobre los profesionales psicosociales se ciernen problemáticas como el agotamiento laboral o síndrome de *burnout* (Díaz, 2017; Betancur y Cortés, 2019) acoso laboral, manejo del duelo, estrés postraumático, estrés agudo, depresión (Díaz y Rentería, 2017); violencia en el lugar de trabajo y el trastorno de estrés postraumático (Vieco et al., 2017).

Restrepo y Muñiz (2005) y Vieco et al. (2017) coinciden en afirmar que, en los territorios, el trabajo psicosocial implica trabajar bajo las reglas de juego de los grupos armados, lo que, obviamente, genera múltiples riesgos y afectaciones. Asimismo, Ramos (2011) refiere la importancia de construir condiciones laborales respetuosas para quienes trabajan con las comunidades y las víctimas.

También se presume la presencia de la denominada “fatiga por compasión”, por ejemplo, que es una de las maneras en las que se han recogido algunas de las reacciones emocionales de las personas cuando afrontan y atienden el dolor de otros (Agudelo-Vélez, 2018).

También se han conocido hechos extremos: dos casos emblemáticos relacionados con profesionales psicosociales asesinados en el ejercicio de su labor bajo este contexto de violencia, las profesionales: Claudia Kisner, en 2009, quien trabajaba en Medellín en el programa Pospensados (Sinergia Informativa, 10 de diciembre de 2008); y Viviana Muñoz, en 2018, quien trabajaba para la ARN en el Caquetá (Barragán, 20 de diciembre de 2018).

Por otro lado, las últimas investigaciones en el campo de los trabajadores de la salud en Antioquia, la literatura consultada y la experiencia laboral profesional bajo la modalidad de prestación de servicios en el campo de lo psicosocial dan cuenta de las complejas formas — muchas de ellas invisibilizadas— de organización y precarización del trabajo para realizar labores en territorios complejos con población vulnerable, labores que implican riesgos psicosociales y de seguridad pública —muerte, ataques y amenazas— para los profesionales del campo de la salud y, en lo que concierne a esta investigación, para los del campo psicosocial en el marco de un posconflicto en el conflicto específicamente. A todo esto se suma que los profesionales psicosociales deben afrontar la realidad de que la demanda real actual en los programas sociales no se compadece con las necesidades sociales derivadas de las vulneraciones de derechos humanos por las violencias y de los retos que exige el contexto de un país en proceso de paz sin restricción al uso de armas de fuego mediado por grandes desigualdades e inequidades, por la persistencia de las raíces profundas del conflicto y por una atmósfera de permanente conflicto social y de resolución violenta de las diferencias.



Adicionalmente, se destaca la inestabilidad laboral fruto de los cambios de gobierno, ya que cada mandatario electo obliga a cambios en el talento humano vinculado a los proyectos y programas bajo el argumento de apoyar su proyecto político, lo que fractura los procesos sociales y genera incertidumbre para los profesionales.

En síntesis, desde una perspectiva de la salud que la entiende como un todo biopsicosocial, se identifica el desconocimiento de la situación de salud laboral actual de los profesionales de la salud en Colombia y en Antioquia desde el campo social y desde las prácticas de acompañamiento real y cuidado —de parte de las entidades, las ONG, los programas y proyectos—, desde las prácticas de promoción de la salud mental, prácticas pedagógicas incluyentes y de resiliencia, de cuidado al cuidador y pausas activas, entre otras herramientas de intervención social.

Así las cosas, nos encontramos frente a un problema de salud pública de gran importancia y magnitud por la complejidad de sus determinantes históricos, sociales, políticos y económicos que, para su resolución, requiere de la participación de los profesionales e investigadores, de la academia, de las organizaciones y entidades del Estado y de un compromiso con la visibilización de las formas de configuración de padecimiento y vulneración de derechos humanos a las que los profesionales del campo social y de la salud pública están expuestos como cuidadores; resolución que requiere, pues, alternativas diversas y construcción conciliada de agenciamiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a; Max-Neef et al., 2008).

Como diría Vasco (1975): “Esto no significa la búsqueda de un sistema de seguridad social, sino, más bien, la búsqueda de un sistema social seguro”. Seguro y digno, agregamos nosotros.

## **Problema de investigación**

Colombia, el departamento de Antioquia y, en particular, la ciudad de Medellín, son territorios que presentan una violencia histórica y una indignante deuda social (Pécaut, 1991). En este contexto, los profesionales de diferentes áreas han desarrollado su labor y, especialmente y por su esencia, los profesionales psicosociales, quienes, muchas veces, laboran sin las garantías de protección y seguridad necesarias para trabajar con poblaciones vulnerables y en territorios tanto urbanos como rurales atravesados por el conflicto armado, donde la complejidad de la violencia dejó a amplias capas de la sociedad en duelo —tejido social magullado— y donde la salud mental se transformó en una suerte de balanza entre la resiliencia y la desesperanza aprendida por el impacto global y la incertidumbre que generan los actos violentos.

*La II Encuesta Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo* (Ministerio del Trabajo, 2013) indicó que, en Colombia, el deterioro en la salud física y mental de los trabajadores del sector salud y servicios sociales se incrementó en un 4% con respecto al año 2012 en quienes ocupan cargos de servicios comunitarios y sociales a personas, dicho deterioro se incrementó en un 3%; en quienes ocupan cargos de la función pública, se incrementó en un 16%; y en educación —maestros, profesores—, en un 37%. Solo en Antioquia, el incremento en el deterioro de la salud física-mental fue del 12%. En síntesis, sumadas como sector en el que se mueven los trabajadores psicosociales, estas cifras indicarían que un 50% de estos se encuentran en riesgo psicosocial alto de padecer un deterioro significativo en su salud global. La encuesta citada refiere, además, que los profesionales, a largo plazo, pueden padecer enfermedades físicas secundarias al riesgo psicosocial de tipo cardiovascular, respiratorio, inmunitario, gastrointestinal, dermatológico, endocrino, músculo esquelético y mental.

Si bien la Ley 1616 de 2013 —Ley de Salud Mental—, la Resolución 4886 de 2018 —Política Nacional de Salud Mental para Colombia—, el *Plan decenal de Salud Pública 2012-2021* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b) y la Resolución 2404 de 2019 —entre otros documentos— hacen énfasis en el cuidado y la protección especial al talento humano que trabaja en el campo de la salud, en la práctica es evidente que existen muchos vacíos en cuanto al reconocimiento de esta labor como labor de alta exposición pública —violencia, sufrimiento extremo—.

Estas directrices no compensan la poco conocida realidad laboral ni la desconocida situación de salud —condiciones de trabajo, organización del trabajo, tipo de contrato, certidumbre laboral, carga o nivel de desgaste laboral, riesgos para la integridad, entre otras— de los trabajadores psicosociales que trabajan con poblaciones afectadas por el conflicto armado, pues los estudios hacen evidente que no se tienen en cuenta determinantes y condiciones de riesgo para la salud de los profesionales del campo psicosocial o de la salud. El panorama se hace más grave aun si se considera que, además de descuidar al profesional, se olvida que es este el que atiende y cuida a las poblaciones vulnerables, víctimas y sobrevivientes del conflicto armado, a quienes hay que evitarles al máximo cualquier acción con daño o de re victimización; todo esto, pues, pone entre comillas la posibilidad de construcción de una paz real y duradera en medio del histórico de gobiernos inequitativos regidos por algunas élites políticas aliadas con los grandes grupos económicos para quienes pareciera que el profesional se convierte en una mercancía más, deteriorando, de esta manera, su dignidad humana y poniendo en riesgo la dignidad de las poblaciones vulnerables en el marco del conflicto armado.

En su artículo 3, La Ley 1448 de 2011 —Ley de Víctimas— es coherente al afirmar, con respecto a quienes son víctimas del conflicto armado en Colombia, que se consideran víctimas

las personas que hayan sufrido un daño al intervenir o asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización; es decir, esta ley reconoce que la labor con este tipo de población en el marco del conflicto armado genera una posible afectación al profesional psicosocial, lo cual, de por sí, es ya una tarea desafiante y desgastante.

Todos estos elementos históricos, teóricos, científicos y de la experiencia laboral configuran un tema de vital importancia científica fundamentada en los valores que consagran a la salud pública: justicia social, protección de los intereses colectivos y responsabilidad del Estado en pro de los profesionales de la salud y de los territorios y comunidades que les abrigan en el seno de una sociedad en vía de transformación social.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las condiciones de trabajo, las afecciones psicosociales y socio laborales y las prácticas de cuidado de sí y de los otros en profesionales del campo psicosocial que trabajan o han trabajado con poblaciones afectadas por el marco del conflicto armado en Antioquia en el periodo 2010-2022?

## Justificación

El presente estudio recoge el interés por visibilizar la situación de salud, las condiciones de trabajo y las afecciones socio laborales y psicosociales de talento humano del campo psicosocial, muchas de las cuales permanecen aún sin develar, desconocidas o invisibilizadas; el presente estudio, además, busca evidenciar los factores de riesgo público y de resiliencia a los cuales se ven enfrentados estos profesionales al trabajar con poblaciones vulnerables en contextos de violencia en el marco del conflicto armado en Antioquia, en el periodo 2010-2022.

Durante el curso de Determinantes y determinación en salud, correspondiente a la Maestría en Salud Pública, en su sesión del 14 de noviembre de 2019, el magíster Carlos Mario Quiroz presentó una revisión y análisis de la categoría *trabajo*, en la que dejó claro su importancia, los modos, su relación con el modelo económico capitalista y la trascendencia en la historia del país.

Al principio, las investigaciones sobre los efectos o daños del trabajo en los trabajadores se llevaron a cabo alrededor de labores relacionadas con la explotación de minas, el agro, la pesca y el transporte; más tarde, las investigaciones fueron evolucionando hasta que, a finales de los años 70, varios autores, entre los que se destaca Asa Cristina Laurell (1978), empezaron a mostrar evidencias de efectos o daños similares en otras áreas, como las de la educación y la atención directa a pacientes y comunidad en los servicios de salud.

En 1979 se dio el primer código sanitario nacional, el cual fue evolucionando de tal manera que hoy tenemos toda una política pública sustentada en la Resolución 2404 de 2019, la cual determinó los instrumentos para la evaluación de los factores de riesgo psicosocial de la población trabajadora en Colombia. Esta resolución reemplazó la anterior, la Resolución 2646, emitida por el Ministerio de Protección Social en el 2008, que en su artículo 10 indicaba que “los

factores psicosociales deben ser evaluados objetiva y subjetivamente utilizando instrumentos validados para el país”. El artículo 13 de la nueva resolución contempla una guía técnica de acciones de intervención y control frente a cada uno de los factores de riesgo psicosocial laboral y sus efectos reconocidos para los trabajadores en Colombia, estos son: agotamiento laboral o síndrome de *burnout*, acoso laboral, manejo del duelo, estrés postraumático, estrés agudo y depresión. Además, ofrece disposiciones técnicas y prácticas para la higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo mediante la aplicación de programas de salud ocupacional sustentados en prácticas de prevención de la enfermedad laboral y promoción de ambientes y cargos saludables.

Por otro lado, nuestro trabajo también se sustenta en el *Plan decenal de Salud Pública 2012-2021* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b), el cual plantea la dimensión Salud y Ámbito Laboral, cuyo objetivo es mejorar la salud y prevenir la incidencia y prevalencia de enfermedades derivadas de las relaciones laborales. Esta dimensión plantea dos componentes esenciales, a saber: *seguridad y salud*, y *situaciones prevalentes*.

La presente investigación pretende anidarse en ambos componentes, pues deseamos visibilizar los riesgos psicosociales y evidenciar las enfermedades laborales. Estas acciones están priorizadas desde el *Plan decenal* con el objetivo global de fortalecer la política pública en investigación, prevención y acciones de promoción para la salud de los trabajadores. Si bien existe un marco normativo amplio y claro, el cual será expuesto más adelante en el marco referencial y en los Anexos, desde la experiencia como profesional psicosocial, la realidad laboral cercana de los profesionales del campo psicosocial es de mucha incertidumbre.

### **Motivaciones personales como mujer, psicóloga y salubrista comprometida**

El interés en este tema de investigación emerge como interrogante, para la investigadora, desde la experiencia personal y profesional como Psicóloga Social-Psicosocial ejercida entre los años 2000 y hasta el 2020, de manera intra y extramural, con poblaciones vulnerables y víctimas de múltiples formas de violencia: víctimas del conflicto, víctimas de violencia intrafamiliar o sexual, población en conflicto; con la ley: infractores, privados de la libertad y desvinculados, reintegrados y reincorporados reinsertados de las AUC y de las guerrillas —FARC, ELN, ERG—. Como empleada o contratista de entidades públicas y privadas, pude observar y experimentar prácticas —acordes con la normatividad laboral— de autocuidado y gestión ocupacional de la prevención de la enfermedad laboral y la promoción de espacios de apoyo en pro de los equipos psicosociales. A lo largo de esta experiencia, observé relaciones laborales deshumanizantes, verticales y mecanizadas —propias del modelo capitalista dominante (Bernardo et al., 2015)—, además de la sobrecarga laboral para los contratistas, que no se compensa con el nivel de ingresos ni con la incertidumbre laboral; observé también contextos laborales de presión, competencia, violencia laboral, acoso laboral; compartí con compañeros psicosociales enfermos, con altos niveles de estrés, con rasgos del síndrome de *burnout*, con depresión y, en casos extremos, con ideación suicida, desesperanza existencial y la muerte violenta como la cúspide de la tragedia de los psicosociales.

Todas estas circunstancias me llevaron a reflexionar sobre mi responsabilidad, posición y lugar como profesional psicosocial, como sujeto político, líder social y como intelectual desde el gremio de la salud mental y, más allá de manera crítica, como diría Foucault “a hacerme cargo” de las emociones de frustración, inestabilidad laboral, necesidades básicas apremiantes y malestar que yo misma estaba atravesando como profesional y como persona en mi salud mental

ante el contexto socio laboral y los diferentes determinantes estructurales que hacen posible este estado de cosas en el país (Garcés y Giraldo, 2013).

Las lecturas me llevaron a comprender la importancia de movilizarme como profesional y sujeto político, a darme cuenta de que no podía seguir trabajando para el bienestar de otros en detrimento de la dignidad misma de los que somos profesionales psicosociales y, en general, del campo de la salud. De ahí pues que esta reflexión me haya motivado a realizar la Maestría en Salud Pública para integrar las experiencias de vida laboral con la academia y su énfasis en investigación, lo que me ofrece los elementos teórico-prácticos necesarios para gestionar y llevar a cabo esta investigación; con el análisis y triangulación de los datos recogidos se buscó hallar respuestas y salidas para aportar a la construcción de propuestas que dignifiquen y trasciendan en los determinantes políticos, económicos y sociales que atraviesan a los profesionales psicosociales.

### **¿Cuáles son los aportes académicos de esta investigación?**

- En términos de normatividad y literatura, una amplia revisión desde diferentes frentes tal y como lo sugiere la Salud Pública, con una mirada situada y multidisciplinaria.
- Hace consciencia colectiva de que, efectivamente, existen unos determinantes sociales, históricos, políticos y económicos que configuran las formas de ser, estar, vivir la salud y la enfermedad.
- Hace visible las condiciones de trabajo y las posibles afectaciones laborales desde un grupo de profesionales psicosociales y su construcción de los significados como actores y personas que han atravesado o están experimentando la realidad social de trabajar en el marco de un conflicto armado con población vulnerable.



- Amplía el conocimiento de que la vulnerabilidad no es sinónimo de falta de capacidad o de voluntad, aunque esta, como bien lo explica Nussbaum (2012), se vea determinada.
- Identifica los factores estructurales, histórico-sociales y políticos que determinan la salud y, por ende, las condiciones de trabajo y las formas de enfermar de los profesionales de la salud.

### **¿Cómo puede esta investigación ayudar a los profesionales?**

- Como diaria Vásquez (2008), desde el reconocimiento como “semejantes” y trabajadores de la salud —vista como integral, mental y pública— que requieren cuidarse a sí mismos y ser cuidados por el Estado y por la sociedad en general para poder cuidar a otros desde su labor como psicosociales o salubristas.
- Haciendo énfasis en la importancia del empoderamiento del profesional, de la importancia de la agrupación y gestión de agremiaciones y movimientos sociales de profesionales de la salud organizados por sus derechos colectivos y por su dignidad laboral.
- Desde la experiencia y los significados construidos por los psicosociales que participaron en la investigación.
- Promoviendo la consciencia y la responsabilidad como intelectuales, salubristas, ciudadanos y sujetos políticos —y es que, parafraseando a nuestro maestro Héctor Abad Gómez, es imposible ser neutrales como profesionales de las ciencias sociales, humanas y de la salud frente a las realidades que vivimos—.
- Promoviendo la importancia de cuidarnos colectivamente y la comprensión de que el cuidado es una forma de dignificarnos.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Comprender las condiciones de trabajo, las afecciones psicosociales y socio laborales y las prácticas de cuidado de sí y de los otros en profesionales del campo psicosocial que trabajan o han trabajado con poblaciones afectadas por el marco del conflicto armado en Antioquia en el periodo 2010-2022.

### **Objetivos específicos**

- Describir las condiciones de trabajo de profesionales psicosociales que trabajan o han trabajado con poblaciones vulnerables en el marco del conflicto armado en Antioquia en el período de estudio.
- Identificar las afectaciones laborales de profesionales psicosociales que trabajan o han trabajado con poblaciones afectadas por el conflicto armado en Antioquia en el período de estudio.
- Comprender las prácticas de cuidado de sí y de los otros que un grupo de trabajadores psicosociales realiza para el cuidado de la salud y el bienestar propio y de los demás así como los significados atribuidos por ellos a estas prácticas en el marco del conflicto armado en Antioquia durante el período de estudio.

## Marco teórico

### Violencia y Salud Pública

Según el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (Organización Panamericana de la Salud, 2002a), la violencia se define como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea este en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, contra otra persona, un grupo o comunidad que cause lesiones, muerte, daños psicológicos y privaciones” (p. 15). Para el salubrista Saúl Franco (1999), la violencia es un problema complejo que requiere del pensamiento crítico, implica “la coacción psíquica y/o moral, personal y grupal; su resultado siempre es la destrucción, el daño, la limitación, la negación de los derechos humanos” (pp. 1-7); trae consigo desarraigo para las víctimas y un impacto negativo en sus posibilidades de desarrollo y libertad, en su calidad de vida y dignidad (Nussbaum, 2012).

Asimismo, afirma Franco (1999):

la violencia es una realidad histórica, que ha penetrado todos los escenarios de la vida individual, social, todas las fibras del tejido colectivo y cada uno de los territorios de la geopolítica mundial; se ha convertido en una forma común de relacionamiento y por ende, es un problema social de alta prioridad para la salud pública, en tanto acalla la palabra y el discurso, es ontológicamente humana y es una actividad socio cultural aprendida, por ende no cabe en la lógica comprensiva exclusiva de la enfermedad, es decir no se deja medicalizar, trasciende al modelo biomédico, la violencia propicia grandes desigualdades en los derechos y se caracteriza por ser una actividad esencialmente humana. (p. 2)

Según sus características específicas, la violencia se puede tipificar así:

- Violencia según las causas: religiosas, de raza, política.

- Violencia según sus formas: homicidio, suicidio, tortura, desaparición, secuestro.
- Violencia según su grado de gravedad: letal, con secuelas, leve.
- Violencia según el objeto usado: arma de fuego, arma blanca, química, biológica, nuclear.
- Según el compromiso: física, psicológica, social, política, económica.
- Según el impacto: bio psico emocional, individual, colectivo.

La violencia es un problema de salud pública porque sus consecuencias se extienden y van más allá de las heridas o las muertes directas. Por ejemplo, las víctimas de actos violentos, en el marco del conflicto armado en Colombia, están en riesgo permanente de sufrir daños psicológicos, problemas de conducta, depresión, abuso de licor o sustancias psicoactivas, ansiedad y tendencia suicida, enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva como embarazos no deseados, entre otras. Se trata, pues, de un amplio panorama que integra todas las dimensiones del ser humano en sociedad; esto, claro está, sin contar los daños a los recursos naturales, a los bienes públicos, a las comunidades indígenas y a sus territorios sagrados; y sin contar tampoco el impacto psicológico por la exposición al terror permanente.

### ***Antecedentes de guerras o conflictos bélicos en el mundo***

Según ACNUR (1 de enero de 2020), después de la Segunda Guerra Mundial —considerada la más atroz en términos de derechos humanos—, se han gestado conflictos y guerras en diferentes regiones del mundo, algunas de las cuales aún permanecen, como la de Oriente Medio: Libia, Siria, Irak —devastado varias veces— y Afganistán; guerra esta que se considera la más antigua y, por ende, la más costosa en términos de derechos humanos. Históricamente, la mayoría de los conflictos se han presentado en el Oriente, aunque África presenta también conflictos bélicos y étnicos en Burundi, República del Congo —país con altas

estadísticas de violencia sexual activa—, Mali, Kenia y países cercanos. América Latina tuvo, durante la segunda mitad del siglo pasado, dictaduras en Argentina, Chile, Uruguay, Brasil, Perú, Bolivia y Ecuador; estas dictaduras, en general, dejaron una larga estela de desaparecidos.

La presencia de la guerra a lo largo de la historia de la humanidad es otro argumento para confirmar que la violencia armada, las guerras y conflictos bélicos son un problema de salud pública internacional con énfasis en países como los referidos y, por razones ya expuestas también, con énfasis en Colombia.

Por otro lado, una mirada a las realidades de la guerra evidencia el impacto de esta en los índices de desarrollo humano, en las desigualdades —medidas, por ejemplo, a través del coeficiente de Gini— y en la generación de la pobreza multidimensional.

En la Colombia del presente, la realidad no es distinta: las estadísticas de violación de los derechos humanos a todo nivel están al orden del día —el escándalo de los falsos positivos, por ejemplo, hace de Colombia “una fosa común” y pone a la Política de Seguridad Democrática en el ojo del huracán—; los altos niveles de corrupción en las entidades del Estado han dejado al descubierto la falta de moral imperante allí y les han quitado el prestigio público; las brechas derivadas del proceso de paz con las FARC que demuestran con alarma la repetición de genocidios en contra de quienes deciden desmovilizarse en el marco del conflicto armado son otro indicio alarmante.

En síntesis, el país mantiene su tejido social magullado por la guerra y, como si fuera poco, a ello se suman las víctimas diarias de violencia sexual, principalmente, menores de edad y mujeres.

### ***El Estatuto de Roma y su aplicación en el marco del conflicto armado en Colombia***

El Estatuto de Roma es un estatuto de la Corte Penal Internacional, se firmó en Roma, Italia y fue ratificado en Colombia mediante el Decreto 2764 de 2002. Después de haber sido ratificado por 60 Estados el 17 de julio de 1998, entró en vigor 4 años después. Colombia fue el primer país de América Latina en adherirse y el séptimo en el mundo, entró en vigor el 1 de noviembre de 2002, excepto en materia de crímenes de guerra, lo cual tuvo lugar siete años después, en 2009, tras los procesos de desmovilización de las AUC.

La página web de la Cancillería de Colombia informa que la Corte Penal Internacional es un tribunal permanente, con vocación universal, de carácter complementario respecto a las jurisdicciones nacionales, creado por medio del Estatuto de Roma, adoptado el 17 de julio de 1998, con sede en La Haya, Holanda, y con competencia para juzgar a nivel internacional los delitos que reconocen como de lesa humanidad, entre estos: genocidios y crímenes de guerra realizados por grupos armados de diferente ideología política y militar. (Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, s.f.)

Al hacer lectura de los hechos victimizantes ocurridos a lo largo de 50 años en Colombia, en clave de los delitos que establece el Estatuto de Roma, se encuentra que estos están directamente relacionados y configurados como crímenes de guerra, crímenes de Estado, para el caso de Colombia, perpetrados por los grupos armados —FARC, ELN, Cartel de Medellín, Cartel de Cali, Águilas Negras, Clan del Golfo, Urabeños—, entre otros híbridos de izquierda y derecha, Grupos Armados Organizados al margen de la ley (GAO) y delincuencia común.

En el Apéndice A se presenta un cuadro comparativo entre los hechos victimizantes reconocidos por la Ley 1448 de 2011 —Ley de Víctimas— y el Estatuto de Roma. Colombia

decide adherirse al Estatuto de Roma porque considera que los delitos y hechos victimizantes ocurridos durante los enfrentamientos de los grupos referidos se corresponden con delitos de lesa humanidad, crímenes de guerra y de Estado. En este sentido, la Operación Orión fue reconocida como crimen de Estado en el año 2020.

Estos hechos permiten reforzar el argumento de que la violencia generada por el conflicto armado en Colombia es un problema de salud pública nacional y global que, como consecuencia, afecta directamente a los civiles, a los profesionales y a las entidades y programas que, desde los diferentes frentes del campo de la salud —clínica, comunitaria, social, mental, pública, colectiva—, trabajan en, con y por las poblaciones más vulnerables del país; dichos hechos, por ende, actúan como un argumento adicional que justifica esta investigación y su búsqueda por visibilizar las condiciones de trabajo de los profesionales psicosociales y de la salud en contextos marcados por la permanente vulneración de los derechos humanos. Asimismo, esta realidad social y política exige la generación de instrumentos de protección y de protocolos de seguridad específicos y situados según las regiones y sus diferentes dinámicas geográficas, sociales, culturales, económicas y políticas.

### ***Afectaciones de la violencia a la salud en Colombia***

La literatura que reporta las múltiples afectaciones que genera la violencia a la salud y a la salud mental en Colombia es basta (Castaño et al., 1998). A partir del *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (Organización Panamericana de la Salud, 2002a) y del aumento de normas internacionales de protección y prevención frente a la violencia armada, esta modalidad en particular, así como sus demás expresiones —interpersonal, laboral, familiar, etc.—, se convirtieron en objeto de estudio, análisis, investigación y creación de sistemas de vigilancia epidemiológica, entre otras medidas, para disminuir su impacto en los territorios.

Actualmente, la violencia es, además, uno de los factores que más costos le traen al país en términos de impacto en la vida social, en la infraestructura social de movilidad, educativa, petrolera, ambiental y de la salud. Igualmente, genera altos costos en salud —debido a tratamientos, hospitalizaciones e incapacidades de corto y largo plazo— y afectaciones al talento humano que trabaja dentro de este campo; todo ello, sin contar el costo de las víctimas permanentes del conflicto armado. Por esta razón, el Estado, para poder dar cobertura a un problema de salud pública que crece día a día, se vio obligado a ampliar la vigencia de la Ley 1448 de 2011 —Ley de Víctimas— del 2021 hasta el 2031.

Estas consideraciones hacen parte del panorama permanente y a ellas habría que añadir la crisis de derechos humanos provocada por el hacinamiento en las cárceles y el aumento de los menores de edad vinculados al conflicto, ya sea como víctimas reclutadas o como victimarios y militantes activos. Y, por si fuera poco, a lo anterior se suma la problemática de los huérfanos, de los desaparecidos, de las personas mutiladas por minas u otros explosivos, del desplazamiento forzado, de la grave situación de la reparación y la devolución de tierras a las víctimas, del aumento de la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, etc.

Con respecto a las relaciones internacionales, la violencia generada por el conflicto armado impacta el sector turismo, la economía y las exportaciones disminuyendo los niveles de confianza de los turistas e inversionistas extranjeros, lo cual se agrava por las estadísticas de secuestro y muerte violenta de extranjeros en el país debido a la acción de las guerrillas, el narcotráfico y otros grupos armados.

En síntesis, se observa que el conflicto armado, en tanto expresión de violencia colectiva y social, se compone de —y origina y atrae— otras formas de violencia y desigualdad a baja y mediana escala —violencia intrafamiliar, sexual, alimentaria, patrimonial, laboral, de identidad,



vecinal y comunitaria en términos de seguridad y riesgo público—, formas de violencia donde los más afectados siguen siendo las poblaciones vulnerables —niñas, niños, adolescentes y mujeres jóvenes, indígenas, líderes sociales y el talento humano en salud que las atiende—, configurando así barreras para el desarrollo humano, para el derecho a la vida digna, a la integridad, a la libertad y a la justicia social.

### **Trabajo y salud pública**

En la mitología griega, el *trabajo* era visto como obligación a la que estaban sometidos todos los miembros de la sociedad. Asimismo, en los escritos bíblicos, el hombre fue expulsado del paraíso y condenado a trabajar para ganarse la vida como castigo por haber contradicho la voluntad de Dios de no comer los frutos del árbol prohibido. Todas esas elaboraciones estuvieron marcadas por la idea del trabajo como castigo, como penalidad y sufrimiento corporal o psíquico.

La mirada del mundo moderno occidental ha estado centrada en el concepto de trabajo como explotación de los recursos naturales y del trabajador sin ningún vínculo humano laboral, todo lo contrario a la concepción y cosmovisión de las comunidades indígenas americanas y latinoamericanas que se sustenta en la armonía con la Pacha Mama, donde la naturaleza provee el sustento a sus poblaciones mientras estas protegen los recursos usando solo lo necesario para el día a día a través de prácticas manuales ancestrales que se sustraen al uso intensivo de la tecnología y de la maquinaria industrial para evitar la destrucción del medio ambiente.

Con la Revolución Industrial, la categoría trabajo cobro un protagonismo que se ha mantenido a lo largo de la historia. En palabras del salubrista Álvaro Cardona (2018)

el trabajo es una actividad adherida profundamente a la historia misma del hombre desde sus orígenes remotos tradicionales, mientras que el empleo y el salario se originaron en condiciones especiales en la etapa del desarrollo de las sociedades humanas en las que se

hizo predominante el régimen capitalista de producción, el cual tiende a generar un volumen fluctuante de personas desempleadas que Carlos Marx llamo ‘ejército industrial de reserva’. (pp. 20-25)

De este hecho, se derivan consecuencias tales como la inseguridad de muchas personas frente a los riesgos en sus vidas.

Según la Constitución Política de Colombia: “El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas” (Art. 25).

Todas las normatividades emitidas a nivel internacional, nacional y local hacen alusión a la importancia de preservar los derechos y la dignidad de los trabajadores así como las garantías laborales, operativas y esenciales para el talento humano con énfasis en el campo de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). En el Apéndice F se presenta un normograma que recoge algunos de los principales instrumentos a nivel nacional y local en esta materia.

Los derechos logrados a lo largo de las luchas y protestas de los obreros se fueron desvaneciendo con la llegada, primero, de la Ley 50 de 1990 y, después, de la Ley 100 de 1993, las cuales dieron apertura a la flexibilización, desregulación y precarización laboral de las cuales el sector salud no estuvo exento.

### ***El trabajo como categoría de interés para la salud pública y la salud colectiva***

La salud pública, aunque no siempre como un saber o una práctica explícita, ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad en sus diferentes formas de producción u organización social para la supervivencia de las personas. Las culturas de todas las épocas buscaron mantener un ideal de bienestar mediante diferentes estrategias que fueron evolucionando hacia lo que hoy conocemos como *salud pública*, la cual se ve materializada a

través de la acción de sus funciones esenciales: prevención de la enfermedad, promoción de la salud, vigilancia y control de enfermedades y factores de riesgo, atención a los cambios climáticos y estilos de vida, entre otras (Organización Panamericana de la Salud, 2002b).

En Colombia, en 1959, con ocasión de la promulgación de la *Recomendación sobre los servicios de medicina del trabajo-R112* de la OIT, se acuña el término *salud ocupacional*, el cual es modificado en 1995 indicando que el énfasis de la salud ocupacional está orientado al mantenimiento y promoción de la salud de los trabajadores y su capacidad de trabajo, mejorar el ambiente de trabajo y el trabajo mismo y al desarrollo de una cultura de trabajo sano y seguro reflejada en los sistemas gerenciales, los principios de participación, las políticas de entrenamiento y la calidad gerencial del compromiso. (Hernández, 2011, pp. 245-249).

En el nuevo milenio, la OIT, consciente de la estrecha relación entre, por un lado, las condiciones y el medio ambiente de trabajo y, por el otro, la salud y la productividad, introduce la noción de *seguridad y salud en el trabajo* (SST), entendida como una disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores. La salud en el trabajo conlleva la promoción y el mantenimiento del más alto grado de salud física y mental y de bienestar de los trabajadores en todas las ocupaciones. (Hernández, 2011, pp. 245-249)

La *salud laboral* es un campo de la salud que se basa en la implementación de acciones de vigilancia —diagnóstico de problemas— y prevención de riesgos para la integridad y la salud en la empresa y en los trabajadores.

La salud pública, por otro lado, tiene un enfoque multidisciplinario que busca el bienestar colectivo sin distinción de raza, religión, etnia, identidad sexual, etc. Como parte de su misión y de sus funciones esenciales está la generación de espacios de bienestar y de promoción de la

salud, entendida esta como la articulación de varios elementos biopsicosociales, políticos y económicos en un territorio específico, elementos que facilitan el desarrollo de las personas y el acceso a talentos y libertades (Organización Panamericana de la Salud, 2022). En este orden de ideas, el trabajo es uno de los escenarios más representativos, pues allí se reproducen los medios de producción para el mantenimiento de un orden social en el que convergen políticas, actores, determinantes y condiciones históricas y sociales específicas de cada territorio o país, esto, en el marco de un sistema de salud que requiere, por ende, de una mirada situada y un análisis específico de las necesidades concretas de la población.

Históricamente, las enfermedades asociadas al trabajo fueron vistas como asuntos relacionados con el medio ambiente o con los factores externos a la organización del trabajo y a la condición social. Así, la salud laboral se desprende de un marco más amplio conocido como *salud ambiental*, el cual incluye el ambiente laboral además de otras formas de riesgo natural asociados al medio ambiente en general y a la acción humana.

En el marco del 11° Congreso Internacional de Salud Pública realizado en la Facultad Nacional de Salud Pública, sede Medellín, en noviembre de 2019, se presentaron los resultados de varias investigaciones desde los diferentes campos de la salud pública. Una de ellas, de especial importancia para el tema en cuestión, enlaza la importancia del lugar de trabajo en la satisfacción personal y profesional de los participantes; esta investigación fue liderada por la doctora Fátima Díaz Bambula de la Universidad del Valle y llamada: “Trabajando por la paz entre el *burnout* y *engagement*”. Esta investigación dio cuenta de un aspecto positivo relacionado con el trabajo, enriquecedor, de alta energía y compromiso humano y profesional que actúa como fuente o motor de continuidad en trabajos de alta complejidad y presión —carga laboral, emocional y operativa, riesgo público— como lo son los del marco del conflicto armado.

Contando con una muestra de 140 personas —profesionales de diferentes áreas sociales, contratistas de la ARN de diferentes regiones del país—, la investigadora define el *engagement* como la contraparte del *burnout*, que se explica en términos de las mismas tres dimensiones que este: compromiso —consiste en un estado de alta energía en lugar de cansancio y agotamiento—, participación activa —motivación intrínseca y proactividad en lugar de cinismo— y sentido de la eficacia —de aporte al desarrollo de la entidad y de realización del propio proyecto de vida en lugar de sentir ineficacia y tener pensamientos negativos sobre sí mismo y su desempeño profesional o sociolaboral—. Quizá el aporte más relevante de la autora es plantear un abanico de posibilidades entre el *burnout* y el *engagement* que da lugar a la posibilidad de lograr el bienestar y la salud mental en los trabajadores con herramientas personales y locales comunitarias.

Encontramos así que la categoría trabajo ha acompañado al hombre desde sus orígenes. Históricamente, le ha posicionado como transformador de la naturaleza, emprendedor. El trabajo engrandece, pues hace posible vivir una vida digna y responder por las necesidades básicas del hogar; hace posible, también, definir “quién soy”, es decir, no solo representa enfermedad, sino que plantea una gama de expresiones y posibilidades entre el de *engagement* y el *burnout*, sitúa la posibilidad de una mirada diferente y transformadora denominada *resiliencia*, la cual se aplica a la dimensiones personal, familiar, socio-comunitaria, profesional y laboral. Esta concepción permite una propuesta novedosa de gran impacto en el trabajo con población afectada por el conflicto armado o por otras calamidades psicosociales, sociopolíticas, naturales y humanitarias.

### ***El trabajo y los determinantes sociales de la salud***

En un estudio realizado para la OMS entre 2003 y 2006, Marmot y Wilkinson (2006) encontraron como determinantes sociales para la salud: el trabajo, los estilos de vida saludable y

el impacto de las políticas sociales, económicas y sanitarias. Estos autores afirman que “la esperanza de vida en personas menos acomodadas es más corta que la de aquellas personas ricas o con estabilidad económica. La modernidad ha influido en estos cambios y la salud es susceptible a los mismos” (pp. 2-4).

Asimismo, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) corroboró con suficiente evidencia que las condiciones de vida y trabajo determinan la manera como las personas enferman y mueren (Morales-Borrero et al., 2013).

Entre otros determinantes que afectan la salud, sugieren Marmot y Wilkinson (2006), están:

La pendiente social, que hace alusión a las desigualdades sociales en un mismo territorio y/o país, el estrés, el impacto de experiencias negativas tempranas de 0-5 años de vida, la exclusión social representada en la pobreza (económica y multidimensional), la adicción a las sustancias psicoactivas, el detrimento y desbalance en la alimentación y la precariedad de los medios de transporte. (p.4)

Los autores refieren que las circunstancias económicas y sociales someten a un “doble riesgo de padecer enfermedades graves y muertes prematuras” (p.11). Además, confirman las brechas e inequidades en cuanto a la esperanza de vida, situación que se agudiza según el tipo de trabajo y la organización de este:

El desgaste que sufren las personas y sus efectos acumulativos sobre la salud se prolongan durante toda la vida, en esa medida se reducen sus posibilidades de disfrutar de una vejez sana, las sociedades que permiten a todos sus ciudadanos desempeñar un papel útil y pleno en la vida social, económica, cultural y política, serán más saludables que

aquellos donde las personas tengan que hacer frente a la inseguridad, la marginación y la privación. (pp. 11-12)

Lamentablemente, el panorama de desgaste en un país como Colombia seguirá en aumento debido a los niveles de desempleo, subempleo y explotación laboral agravada por la migración y la reserva industrial extranjera, además de la violación a los derechos a la libre expresión y al empleo digno, entre otros, lo que, por ende, hace complejo intervenir de raíz dichos determinantes.

Todo esto profundiza la pobreza multidimensional en tanto las necesidades básicas para el desarrollo —incluida la *libertad*, en términos de Sen (2000) y Nussbaum (2012)— están limitadas y coartadas, lo cual impacta en la salud y la calidad de vida de las personas.

En los casos de Antioquia y Medellín se ha incrementado la oferta en trabajos de alto riesgo —reclutarse para hacer parte de grupos armados, prostitución, narcotráfico—; algunos de los factores básicos que han obligado a las personas a optar por estos trabajos han sido el hecho de residir en viviendas en malas condiciones o verse en la necesidad de sacar a una familia adelante en circunstancias difíciles como las que genera el conflicto armado:

El estrés, las circunstancias que lo crean, preocupan a las personas, les generan ansiedad y les hacen sentirse incapaces de salir adelante, perjudican su salud y les puede causar una muerte súbita, asimismo un estado de ansiedad prolongado, una baja autoestima, aislamiento social y la falta de control sobre el trabajo y la vida doméstica ejercen efectos impactantes sobre la salud y generan riesgos psicosociales. (Marmot y Wilkinson, 2006, p. 13)

Estos factores de riesgo psicosocial producen un:

estado interno de emergencia el cual activa el sistema nervioso y hormonal, generando una respuesta de lucha y/o huida, que aumenta el ritmo cardiaco, disminuye la protección del sistema inmunológico y si la ansiedad se prolonga en el tiempo se da más vulnerabilidad de padecer entre otros: infecciones, diabetes, hipertensión, infartos, accidentes cerebrovasculares, depresión, agresión-agresividad. (p. 14)

No es gratuito, por ejemplo, que en los últimos 30 años los adolescente, jóvenes y adultos de Medellín en edades entre los 15 y los 40 sean los más impactados por muerte a temprana edad, es decir, se pierden años de vida saludable durante la plena etapa de formación educativa y de ingreso a la vida productiva, justamente en las comunas históricamente más violentas de la ciudad y de los pueblos más violentados o que más hechos victimizantes presentan y que se corresponden con comunas con altos niveles de pobreza y desempleo, entre otros problemas sociales, que se ven materializados no solo en estadísticas vitales y de medicina legal, sino en la pirámide poblacional cada vez más robusta en la cúspide —50-80 años— y estrecha para las etapas citadas: adolescencia, juventud y adultez temprana.

Es por eso por lo que las políticas deben apuntar a reducir la estratificación social y, por ende, la inequidad y la desigualdad que estas facilitan, ya que: “la marginación social es también el resultado del racismo, la discriminación, la estigmatización, la hostilidad y el desempleo” (p.

17). Ahora bien, respecto a la categoría trabajo, Marmot y Wilkinson (2006) indican que:

Las personas que tienen mayor control sobre su trabajo y disfrutan lo que hacen permanecen más sanas, mientras que aquellas que permanecen en espacios laborales donde se vulneran sus derechos, hay incertidumbre y se presentan tensiones en la forma de organización del trabajo presentan mayores riesgos de padecer riesgos psicosociales,



en la salud mental, físicos, dolores musculares, entre otras enfermedades de tipo cardiovascular, todas asociadas a las condiciones laborales. (pp. 18-19)

Todos estos aspectos pueden ser mejorados si se ponen en práctica las normatividades dirigidas a la promoción de la salud de las personas en todas las formas de trabajo y, en especial, para los que representan el talento humano en salud.

### ***El trabajo desde la Medicina Social Latinoamericana***

Cristina Laurell (1993), reconocida representante de la Medicina Social Latinoamérica, realizó varios estudios desde finales de los 70, estudios que pusieron en el foco la problemática de la salud laboral latinoamericana y las formas de desgaste laboral y de precarización laboral en el contexto de un mercado laboral deshumanizante.

La autora explica la importancia de construir un perfil de riesgos laborales de la empresa para los trabajadores en pro de diseñar planes de mejoramiento y salud en el trabajo que, traducido a la normatividad en Colombia, se compara con los protocolos y leyes para el talento humano en salud coordinados por las áreas de Recursos Humanos, hoy Gestión del Talento Humano.

Para comprender la razón por la cual la medicina social plantea que el trabajo es uno de los determinantes principales de los procesos de salud-enfermedad colectivos, es necesario profundizar en su concepción del trabajo y, luego, analizar su relación con la salud. La corriente medico social latinoamericana ha adoptado el concepto de *proceso de trabajo* del materialismo histórico:

Para esta concepción el proceso de trabajo es tras histórico y se constituye en el proceso social por excelencia de toda sociedad, este se da en la dinámica de interacción y transformación mutua de la naturaleza y del hombre-trabajador mismo, para nuestros

propósitos interesa, por ello, analizar la forma que asume en las sociedades capitalistas. En éstas ocurre un cambio fundamental ya que la búsqueda de la ganancia se convierte en el principal motor de la producción. Su finalidad primera es, de esta manera, generar plusvalía o capital acumulable, a través del llamado proceso de valorización. Este proceso, empero, sólo puede realizarse, bajo condiciones regulares, por medio del proceso laboral o proceso inmediato de trabajo, la poca visibilidad social que ha tenido el vasto campo de la salud de los trabajadores ha llegado a ceguera social cuando se trata de grupos particularmente oprimidos y explotados —las mujeres, los menores de edad y los hombres/mujeres del campo— o de temas delicados por situarse en el centro del conflicto entre capital y trabajo —la organización del trabajo—, o estigmatizados socialmente y negados médicamente —la salud mental—. (Laurell, 1993, p. 11)

De acuerdo con Laurell (1993), el campo de preocupación de la medicina social es más amplio y se interroga por “las condiciones histórico-sociales particulares que generan deterioro, buscando comprender la relación trabajo salud en toda su integralidad y complejidad” (p. 12).

En esta perspectiva, resulta de suma importancia conocer mejor los distintivos aspectos de la vieja y nueva problemática con el fin de plantear estrategias de acción encaminadas a lograr los cambios necesarios en la producción y en las políticas laboral y sanitaria, esto quiere decir que se requiere ampliar e intensificar la investigación sobre la salud de los trabajadores con un enfoque que permita aprehender la complejidad del problema y realizar estudios integrales. Pensamos que el enfoque médico-social o de la salud colectiva ofrece esta posibilidad. (pp. 9-10)

El propósito de dar cuenta de la complejidad de la relación “trabajo-salud” también obedece a la visión de la medicina social de que el mejoramiento de la salud colectiva no se

restringe a la corrección de problemas puntuales, sino que significa “garantizar condiciones favorables para el desarrollo de potencialidades y capacidades biológicas y psíquicas de las colectividades humanas” (pp. 10-12).

Por eso, el gran mérito de los trabajadores de salud ocupacional que buscan la innovación es que han demostrado que “los riesgos no son independientes del funcionamiento de la industria capitalista y por eso la implementación de soluciones depende más de los problemas de poder y la capacidad reivindicativa que de problemas técnicos” (p. 1). Parafraseando a Laurell, hay que incluir el punto de vista de los trabajadores en los procesos de salud y trabajo y esta es una prioridad para el talento humano en salud de Colombia.

La salud laboral necesita entonces de la salud pública para estudiar las causas que generan las condiciones precarias de salud en los diferentes contextos, territorios, geografías y ambientes laborales; para diseñar sistemas de vigilancia epidemiológica cuyo objetivo sea la disminución de las inequidades socio laborales y aportar desde los estudios científicos en las políticas y planes de gobierno y desarrollo para las naciones en pro de los trabajadores; todo, con una mirada transversal de derechos humanos, prevención de la enfermedad laboral y construcción de estrategias de promoción de la salud integral.

En la actualidad, el *Plan decenal de Salud Pública 2012-2021* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b), el *Plan de desarrollo 2018-2022: pacto por Colombia, pacto por la equidad* (Departamento Nacional de Desarrollo, 2019) y la Ley 1164 de 2007 contemplan, como una de sus categorías centrales, la del trabajo en relación con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad laboral. Así, el *Plan decenal de Salud Pública 2012 -2021* plantea para Colombia, en la dimensión Salud y Ámbito Laboral, el objetivo de mejorar la salud y prevenir la incidencia y prevalencia de enfermedades derivados de las relaciones laborales. Esta

dimensión plantea dos componentes esenciales: uno, *seguridad y salud*; y dos, *situaciones prevalentes*. Estos dos componentes son muy significativas para la presente investigación, pues deseamos visibilizar y estimar los riesgos psicosociales, así como evidenciar las enfermedades laborales, priorizando las de los profesionales que trabajan en la atención directa en salud, educación y áreas social, las cuales, a la vez, son las que, en conjunto, representan mayores tasas de estrés laboral y enfermedades del estado de ánimo en Colombia —el 50% según cifras del Ministerio del Trabajo (2013)— y que, por ende, están priorizadas con el objetivo global de fortalecer la política pública en investigación, prevención y acciones de promoción para la salud de los profesionales.

*La II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales*, realizada en Colombia en 2013 y que analiza las condiciones de seguridad en el trabajo, evidenció que los factores de riesgo psicosocial ocupan el segundo lugar de exposición, seguidos de los factores ergonómico; además,

se observó un incremento del 43% entre 2009 y 2012 en el reconocimiento de los trastornos mentales de origen laboral, estando como principales trastornos los de ansiedad y depresión. Respecto al estrés laboral, los trabajadores expresaron sentir altos niveles de estrés, los cuales están entre el 20 y el 33%; asimismo, se ha determinado que el riesgo psicosocial laboral es más alto en aquellos trabajos que se desarrollan en contextos de pobreza, violencia y desigualdad. (Ministerio del Trabajo, 2013)

Todo esto sumado a la actual situación de pandemia y postpandemia que ha implicado altos niveles de exigencia y exposición para los profesionales de la salud en todas sus áreas y, en particular, en la de salud mental dentro de sus diferentes contextos: social, comunitario, laboral o

institucional y, sin duda, de seguridad y exposición pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En vista de ello, en abril 24 de 2020, el Colegio Colombiano de Psicólogos (2020) hace un llamado por:

Cuidar la vida, la integridad, y a dignificar las condiciones de trabajo del personal de salud como una prioridad de la sociedad la dignidad; en un momento crítico como este, donde la salud física y psicológica de todos está en riesgo, es el personal el que afronta en primer lugar y todos los días el cuidado de nuestras vidas, todos estamos llamados a trabajar por el cuidado de los que cuidan como una prioridad para nuestra supervivencia [...]. Se invita a la sociedad en pleno a mejorar las condiciones para el ejercicio del cuidado de la salud, ofreciendo las medidas de bioseguridad, dignificación de las condiciones de contratación, promoviendo el cuidado de la salud psicológica, además promoviendo el cuidado de sus condiciones de descanso, salud y seguridad, así como el de sus familias, lo que hacemos con quienes nos cuidan es un reflejo de lo que somos como sociedad.

En el Apéndice B se presenta la revisión de uno de los estudios de la doctora Fátima Díaz (Díaz y Rentería, 2017); allí se observa que al concepto de *enfermedad en el trabajo* se le dio un tratamiento biomédico, técnico-administrativo e impersonal —propio del modelo capitalista—, ligado a la presencia de factores de riesgo o de protección en el ambiente laboral; a ello se debe que, en ese momento, no haya sido abarcado desde la integralidad que en la actualidad se confirma que requiere el talento humano, aún más en el campo de la salud.

Para esta autora, es un gran logro que la Resolución 2404 de 2019 reconozca los factores de riesgo psicosocial para la enfermedad laboral; estas problemáticas van en aumento para el

talento humano en salud y, de alguna manera, el hecho de que sean ya reconocidas por la ley sugiere un parte de alivio a los cientos de trabajadores que, en la actualidad, están de manera manifiesta con una carga de desigualdad laboral, explotación y enfermedad. Sin embargo, estas acciones aparecen como paliativos para la crisis real del sistema de salud, de las políticas en salud y de la deuda histórica y el descuido al talento humano en salud.

El Observatorio para la Seguridad y Salud en el Trabajo de Colombia (2021) reportó que, para el primer trimestre de 2021, se han calificado un total de 15.099 enfermedades laborales en Colombia; en comparación con el mismo trimestre del 2020, se encuentra un aumento del 712%. El sector de los servicios sociales y la salud es el que más reporta enfermedades laborales, con un total de 10.383, que corresponden al 69% del total de enfermedades laborales reportadas durante el trimestre. Además, en el primer trimestre de 2021, se presentaron 148 muertes de origen laboral que corresponden a 106 por accidentes de trabajo y 42 por enfermedad laboral.

Es evidente que la precarización laboral promovida por la Ley 50 de 1990 y profundizada por la Ley 100 de 1993 ha traído como consecuencia una grave crisis de la salud de los colombianos y, en particular, del talento humano en salud. El trabajo y la salud están ligados a grandes decisiones políticas del gobierno y, mientras no se logre llevar a cabo modificaciones estructurales en beneficio de las personas —tanto de los beneficiarios como del talento humano en salud—, las brechas se irán ampliando, los niveles de desigualdad del país seguirían en aumento y las dificultades de acceso y atención real situada y contextualizada seguirán descuidadas.

La literatura consultada es clara en explicar cómo los riesgos psicosociales, laborales y de desgaste ocupacional derivan en una variedad de síntomas psicosomáticos entre los que se incluyen no solo afectaciones a nivel de la salud mental, sino también otras que se dan por

extensión, como las mencionadas por el magíster Carlos Mario Quiroz: gastritis, lumbalgia, jaqueca, hipertensión, las cuales se han relacionado con patologías orgánicas. En este sentido, comenta Torres-Tovar (2020), parafraseando a Laurell, que:

Las reivindicaciones respecto a la salud han estado presentes en las luchas obreras desde el siglo pasado [siglo XIX], ya que la insalubridad de los centros de trabajo y sus efectos devastadores sobre los trabajadores eran notorias desde el inicio de la Industrialización. Sin embargo, las demandas de salud planteadas por el movimiento obrero han ido variando. En un principio las reivindicaciones sanitarias más sobresalientes fueron la reducción de la jornada laboral y la regulación del trabajo infantil y femenino, ambas cuestiones encaminadas a frenar la explotación brutal de la fuerza de trabajo.

Posteriormente, y con el desarrollo de la medicina moderna, las luchas obreras se centran en lograr el acceso a los servicios médicos y el pago por daños sufridos en accidentes y por la exposición a sustancias nocivas en el trabajo. En esta etapa la estrategia del movimiento obrero era garantizar la subsistencia de los trabajadores a través de la seguridad social y la monetización del daño laboral. (pp. 115-116)

Continúa el autor diciendo:

Como aspecto específico para el caso de Colombia, lo que revela este estado del arte es que la conformación de las asociaciones de trabajadores enfermos por el trabajo es un fenómeno social reciente, la investigación sobre sus características y alcances es reciente e incipiente, lo que demanda el desarrollo de procesos investigativos sostenidos sobre ellas, y de manera general sobre las luchas por el derecho a la salud en el trabajo dadas en el país. (pp. 115-116)

Lo anterior, nuevamente, confirma y justifica la importancia de la presente investigación en el camino hacia la justicia por una salud laboral en Colombia. Para el mismo autor,

El nuevo orden mundial, la apertura desregularizada de los mercados y relaciones, el énfasis del modelo económico en el consumo y la competitividad como trofeos de felicidad en un estado de bienestar agrietado por las altas tasas de desigualdad laboral y social han producido nuevas formas de padecimiento estructuradas por las actuales formas de organización del trabajo. (p. 116)

Esas formas de padecimiento son:

- Síndrome del parado o desempleado:

Se describen tres fases, una primera fase de signo lúdico, en que el parado se encuentra optimista con tiempo para realizar actividades que no podía por el trabajo. Una segunda fase caracterizada por la búsqueda de empleo; la ansiedad y angustia dominan esta etapa. Las alteraciones digestivas y cardiovasculares son frecuentes. Por último, existe una fase de depresión. El trabajador en esta fase considera que el problema es de él mismo, se siente desvalorizado, en crisis de autoestima. Es marginado y se auto margina. El desempleo significa para el trabajador pérdidas múltiples en diferentes dimensiones de su ser. (Torres-Tovar, 2020)

- Accidentes laborales: no resulta ser una nueva patología ocupacional, pero se ha observado un aumento de ella en aquellos sectores donde se ha profundizado el modelo productivo con precarización de las condiciones laborales. La precariedad laboral se ha asociado con mayores tasas de accidentes laborales. Esta siniestralidad aumentada está determinada por el modelo de trabajo basado en la temporalidad, movilidad permanente, ocupación irregular que implica una población de trabajadores fluctuante expuesta a permanentes alteraciones de riesgos laborales.



- Síndrome de *burnout*: la precarización laboral y la consiguiente búsqueda de la utópica excelencia para no salir del mercado laboral, compitiendo permanentemente y siendo demandado en forma continua, ha determinado la aparición de este síndrome descrito en 1986 por Maslach y Jackson. Observado principalmente en sectores de servicios como enseñanza o salud, se puede caracterizar como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y bajos sentimientos de realización personal.
- Estrés: sin duda, la situación de desempleo, con búsqueda activa de trabajo, sin lograr resultados favorables, es generadora de alta carga de estrés. Asimismo, las condiciones de inestabilidad laboral por inseguridad contractual son estresores sociales de relevancia. Si además se dan, como frecuentemente se observa, en malas condiciones de higiene y seguridad laboral, el estrés se intensifica. Clásicamente se define al estrés como una reacción de alerta frente a un estímulo externo. Dicha situación, cuando se prolonga en el tiempo, sobrecargando o excediendo las capacidades adaptativas del individuo, se manifiesta con diferente sintomatología, en general, psicósomática. Las condiciones de trabajo precarias, así como el desempleo, operan como un factor estresante. Los problemas de salud mental que se han asociados con las condiciones de precariedad laboral son “la ansiedad, la depresión, el miedo, el sufrimiento, la sociabilidad y las relaciones de amistad” (Torres-Tovar, 2020).
- La violencia en el lugar de trabajo: para la OIT, la violencia en el trabajo es entendida como “toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante la cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como ‘consecuencia directa’ de la misma”. Está presente en diferentes ámbitos laborales. Como ejemplo de ello, en el sector salud, con relación a los

médicos residentes, se describieron situaciones de violencia en el trabajo en una encuesta realizada en el 2007. Dicha situación estaba presente en el 69 % de los encuestados, quienes habían vivido, por lo menos, una situación de violencia en el último año, constituyéndose esta situación en una exigencia adicional a las tareas propias de su práctica médica. Diferentes formas de violencia en el trabajo son relatadas por los trabajadores de distintos sectores; una de las que ha tenido mayor presencia ha sido el denominado acoso moral o *mobbing*. Como afirma la doctora. Ana Sotelo, existe acoso moral en el trabajo

toda vez que estamos ante hechos, actos u omisiones reiterados, que configuran maltrato, injuria, amenazas o cualquier tipo de conducta degradante del empleador o de cualquiera de sus dependientes, por los cuáles se configura la violación del derecho a la dignidad, el derecho a la integridad moral, a la intimidad, a la imagen, a un medio de trabajo adecuado, entre otros, produciendo un daño. (como se citó en Torres, 2020, p. 119)

### **Cuidado y salud pública**

Para adentrarnos en el campo del *cuidado*, es esencial ir a sus raíces históricas y epistemológicas y conceptualizar su significado y trascendencia para el campo de la salud. Inicialmente, daremos una definición global del concepto y sus diferentes usos y términos complementarios; luego, haremos una revisión al concepto desde la mirada de dos autores clave: en primer lugar, desde la perspectiva de Raquel Alba Martín y el cuidado como vínculo significativo y de acción hacia el otro, colectivo; y en segundo lugar, desde la perspectiva de Michel Foucault, el sujeto ético y el cuidado de sí o autocuidado.

Para el psicoanálisis, el cuidado es “una condición humana”. El ser humano es el ser vivo que requiere más cuidados para sobrevivir como especie hasta que puede hacerlo por sí mismo;

en esa medida, es también un ser social en tanto necesita del vínculo con los otros para proveerse a través del lenguaje un nombre, un sentido y las necesidades básicas.

La noción de cuidado se presenta en la psicología, el psicoanálisis, la medicina clínica y, a gran escala, en la salud pública; no obstante, este término se le acuña a la enfermería como disciplina y práctica del arte del cuidado. Para esta disciplina, el cuidado se sostiene en tres pilares éticos: la empatía, el buen trato y la semejanza. El término cuidado se ha usado como dimensión vincular afectiva:

Tiene una visión humanista y holística, lo afectivo se supone está en juego, el cuidado hace referencia a la parte afectiva no técnica, el quehacer del enfermero implica la vinculación emocional con el paciente [...], las funciones del enfermero se desdoblán entre la competencia técnico-sanitaria y la capacidad para la dedicación subjetiva al paciente e interés por su propia terapia. (Alba Martín, 2015, pp. 119-120)

El cuidado va más allá de dar una medicina y requiere de la afectividad y la ternura para aliviar, sanar, curar y prevenir el hospitalismo y el marasmo social; requiere conexión emocional, ver al otro como semejante y, por ende, asumir una posición ética como seres humanos.

Sin embargo, se ha evidenciado un vacío con respecto a la reflexión sobre las prácticas de cuidado de sí mismos y de los otros en la enfermería y, en general, en el campo de la salud, específicamente, dentro de la salud pública como integradora multidisciplinaria del estudio de las formas de vida y salud, enfermedad y muerte de las comunidades humanas, de ahí la necesidad de profundizar en esta noción en el campo de la salud pública.

Se ha planteado que el objeto de la salud colectiva y de la medicina social lo constituye el proceso salud-enfermedad-atención, sin embargo, el concepto de atención fue replanteado por el de cuidado, que le representa en todo su sentido en tanto *atención*, *dedicación*, pero, sobre todo,

en tanto vínculo entre el cuidador y el sujeto que es cuidado y los afectos o transferencias que se tejen alrededor de ellos.

### ***El cuidado desde Alba Martín***

Según Alba Martín (2015), etimológicamente, el término “cuidado/cuidare/curare” ha tenido diferentes significados a lo largo de la historia, entre estos, está el de “aviso de peligro o protección”. Específicamente, para el campo de la salud, el concepto hace referencia a la función del profesional de la salud en cuanto a que “se le exige que cuide y cure al paciente, asimismo, la cura y/o recuperación de la salud afecta a toda la vida humana en mente y cuerpo” (p. 102).

En la revisión realizada por esta autora, se encontró que el término cuidado fue debatido por Aristóteles, para quien la “cura está relacionada con la delicadeza, la receptividad y el respeto por lo que nos rodea”. De esa manera: “cuidarse engloba la vida de los individuos en su totalidad” (pp. 102-103).

En este sentido, la noción de cuidado remite no sólo hacia los demás, sino hacia la misma persona, cobrando esta última dimensión un valor de alta relevancia: “no hay cuidado más importante que el que tiene que ver con el sentido que damos a nuestras acciones, así merece la pena vivir” (p. 103). Y esta es una de las razones por las cuales este estudio busca comprender el sentido que los profesionales psicosociales que participan dan al sentido del cuidado en sus vidas y prácticas psicosociales.

Dar sentido a la propia supervivencia, dentro del conjunto de actividades que componen la vida, unas felices otras de sufrimiento, algunas fuera de nuestras capacidades, en general y por principio somos responsables, de esa manera construimos nuestra biografía y en ella sobresale la comprensión que tenemos de nosotros mismos en suma el cuidado con el que nos tratamos. (p. 104)

La autora plantea dos niveles del cuidado, así:

1. Cuidado del cuerpo: que se refiere al buen vivir, una dieta armónica, pues comer y beber son esenciales en la corporalidad. Refiere que Kant y Schopenhauer hablaron de este nivel de cuidado a través de los hábitos de vida:

Un régimen de vida en el que nos tratemos con derechos; asimismo, [los filósofos mencionados] hicieron alusión al cuidar y cultivar con intensidad la vida intelectual, pues según su teoría, “una mente sana es el supuesto de una buena vida, lo que implica ejercitarla, mantenerla en equilibrio y evitar colapsarla; sin embargo, estamos acostumbrados a cuidar tan poco el cuerpo que esto repercute en nuestra mente”. (p. 104)

2. Cuidado de la vida intelectual: “en cuanto homo sapiens hemos de cuidar con mayor intensidad la vida intelectual [...] o como diría Herbert Marcuse: ‘el requisito del animal racional consiste en hacer uso de la razón’” (p. 104); en síntesis, una mente sana implica “ejercitarla, mantenerla en equilibrio y no colapsarla” (p. 104).

Asimismo, la autora hace un llamado a la integración de la racionalidad y la emocionalidad. En ese sentido, sostiene que, si se nos enseñara desde la infancia a pensar y sentir consecuentemente, la vida sería más feliz y estaría menos influenciada por el sufrimiento. En este orden de ideas, se plantea que “el cuidado de uno mismo no es completo sin el cuidado de los demás, hemos de cuidar de nuestra autonomía, somos nosotros los que damos (tenemos libre albedrío), es decir, somos titulares del cuerpo que poseemos” (p. 104).

Finalmente, la autora concluye que “combinar la autonomía, cuidando lo que es el destino que nos ha tocado vivir en suerte y la autonomía de los demás, es la meta ideal de cuidarse en sentido fuerte” (p. 104). Como diría Erich Fromm “si nos abrimos nos empobrecemos y si nos

cerramos diluimos nuestro yo, ese es el juego del cuidado” (como se citó en Alba Martín, 2015, p 104).

### *Ética del cuidado de sí en Foucault*

Según la ética del cuidado de sí y de los otros en la teoría de Michel Foucault, el cuidado de sí se asocia a la ética como expresión de la responsabilidad consigo mismo, con las elecciones y con la construcción de un proyecto de vida donde el sujeto se forma como ser ético en la medida en que se hace cargo de sí mismo, de su historia de vida —también llamada biografía—, de su devenir, sus fantasmas, sus emociones, sus frustraciones, sus actos y decisiones de vida. Foucault recalca el hecho de que no se puede cuidar de otros si antes uno no ha cuidado de sí mismo y, en esa medida, se es ético consigo mismo, es decir, respetuoso y digno de sí; así pues, desde la empatía se dará un buen trato al otro, lo cual, en síntesis, es una forma de cuidado de sí mismo a través del otro.

Es por esto que Garcés y Giraldo (2013) afirman que “la Bioética debe liderar la reflexión de nuevos principios y valores de acuerdo con las problemáticas que amenazan la vida de los seres humanos en el planeta” (p. 187); y más adelante agregan: “el cuidado de sí es ético en sí mismo e implica relaciones con los otros” (p. 190).

Sobre el cuidado de sí, y en esta relación, el individuo se constituye en sujeto de sus propias acciones. De acuerdo con Chaverri “el sujeto del cuidado de sí se constituye a sí mismo a partir de su relación con la verdad”. Ese objeto de sí es la conciencia de sí, de sus pensamientos, emociones, acciones, temores, raíces en y con relación a sí mismo y lo que le rodea, se hace cargo de sí y deja que otros se encarguen de sí.

Según Foucault, el cuidado tiene tres aspectos fundamentales, a saber:

- a. la actitud hacia sí mismo, los otros y el mundo.

- b. la manera particular de introspección del exterior hacia el interior, donde se presta atención a lo que se piensa, a lo que sucede en el pensamiento.
- c. acciones para el cuidado de sí: a través de las cuales el sujeto se hace cargo de sí mismo, se purifica, se transforma, se trasfigura.

Continuando con Foucault:

el cuidado de sí conlleva al conocimiento de sí. Ese cuidado se dirige al alma, pero envuelve el cuerpo, se convierte en un arte de vivir para todos a lo largo de la vida, el cuidado de sí es un modo de prepararse para la realización completa de la vida. (Garcés y Giraldo, 2013, p. 189)

Es decir, el cuidado de sí da lugar a la independencia, a la autonomía, al autocontrol, en síntesis, al fortalecimiento del amor propio.” Uno se preocupa de sí, para sí, y en esa preocupación por uno mismo es donde el cuidado encuentra su propia recompensa” (Garcés y Giraldo, 2013, p. 190); recompensa, diríamos nosotros, que se manifiesta en términos de salud física, mental, emocional, etc. El cuidado de sí es ético en sí mismo, pero implica relaciones complejas con los otros en la medida en que ese *ethos* de libertad es también una manera de cuidar de los otros. Por eso, es importante, para un hombre libre que se conduce como debe, saber gobernar a su mujer, sus hijos y su casa, allí está el arte de gobernar (p. 190).

Sin desconocer, agregaría yo, que se aprende a cuidar de sí a través del otro, del semejante, del cuidador, en la temprana infancia. Es decir, la ética se vive, se trasmite, se reflexiona, se transforma en el cuidado de sí y de los otros toda vez que Foucault afirma que uno no puede ocuparse de sí mismo sin conocerse, pues el cuidado de sí es sin duda el conocimiento de sí, como también de un cierto número de reglas de conducta, principios que son a la vez verdades y prescripciones. Ocuparse de sí es equiparse de esas verdades,

es allí donde la ética está ligada al juego de la verdad; la relación con la verdad debe formar parte de una preocupación personal, el afán de conocerse a sí mismo debe necesariamente pasar por ocuparse de sí mismo, en ese orden sentido debe dominarse al yo (ello-impulsos) a fin de conseguir concretar una filosofía de vida que haga de la persona una ser pleno. (como se citó en Garcés y Giraldo, 2013, pp. 189-190)

Desde la perspectiva genealógica de Foucault, el cuidado de sí se entiende como un conjunto de prácticas mediante las cuales un individuo establece cierta relación consigo mismo. En esta dinámica, el sujeto debe conocerse y reconocerse, bucear en su interior, conectarse con sus emociones, con su historia como elementos fundantes de su proyecto de vida. Foucault “en su etapa ética consideraba que la vida debía forjarse como una obra de arte “autónoma con respecto a la influencia de las estructuras sociales dominantes.

“El sujeto ético es aquel que pretende hacerse a sí mismo, que busca forjarse un sentido cautivador a su existencia”, afirman Garcés y Giraldo (2013, pp. 189-190); este estudio tiene esa premisa: la búsqueda de sentido de las condiciones en las que trabaja el profesional del campo de la salud en Colombia

Dicha libertad debe ser reflexionada de tal manera que se logre una consciencia donde el sujeto se encargue de sí y, posteriormente, pueda aprender a cuidar de otros.

***¿Cuáles son los retos cuando se cuida en contextos de violencias y con población vulnerada y vulneradora?***

Los retos cuando se cuida en contextos de violencias y con población vulnerada y vulneradora son a todo nivel, en particular, en el ético y político, pues implica una gran responsabilidad hacia sí mismo como profesional y con relación a las personas que reciben la atención psicosocial. Asimismo, el reto sigue siendo de orden de seguridad y de riesgo público;



mientras no existan unas políticas de regulación y protección integral del talento humano en salud ni una adecuada valoración de la tabla de riesgo más el pronunciamiento de los observatorios de la salud laboral y demás entidades relacionadas con el tema, las tasas de enfermedad laboral seguirán en aumento.

Otro riesgo grave que debe ser visibilizado es la posibilidad de que se generen acciones con daños multilaterales; es decir, al tener profesionales afectados con Trastorno de Estrés Posttraumático (TEP), síndrome de *burnout*, depresión o en duelo sin la adecuada atención ni el adecuado acompañamiento desde los programas de bienestar laboral y la aplicación práctica de las políticas de protección y promoción de la salud laboral, estos profesionales pueden, indirecta o directamente —a través de una atención desobligante, por ejemplo—, generar acciones con daño o revictimizar a las poblaciones vulnerables atendidas en el marco del conflicto, lo que generaría estigmatización, retroceso de los procesos de duelo y agudizaría las brechas de desconfianza hacia las entidades del Estado sin resolver el problema de fondo.

## **Metodología**

### **Fundamentos**

De acuerdo con Guba y Lincoln (2002), me sitúo en un paradigma constructivista; por lo tanto, asumo una ontología relativista, una postura epistemológica transaccional y subjetivista y una metodología hermenéutica y dialéctica.

La estrategia metodológica seleccionada para alcanzar los objetivos de investigación fue la del estudio de caso como lo describe Eumelia Galeano (2004). Con el estudio de caso se busca comprender el significado de una experiencia mediante el estudio de un fenómeno contemporáneo en su contexto real; implica el examen intenso y profundo de diversos aspectos del mismo fenómeno. Un caso es un suceso o aspecto social localizado en un espacio y un tiempo específico como objeto de interés de un estudio. El estudio de caso apuesta por la singularidad del fenómeno de estudio. Así, el estudio de caso se centra en varios atributos o características que se encuentran en una situación particular, que para esta investigación es la experiencia laboral de quienes realizan o han realizado trabajo psicosocial con poblaciones vulnerables en algún municipio con presencia de conflicto armado en el departamento de Antioquia en el período de estudio —2007-2022—.

El estudio de caso se sustenta en su carácter crítico ya que permite confirmar, modificar o ampliar conocimiento sobre el objeto de estudio, lo que representa una contribución al conocimiento sobre el tema y a la construcción teórica por su carácter extremo de unicidad, revelador de una situación concreta, que para esta investigación son las condiciones de salud laboral y psicosocial de los profesionales del campo psicosocial. El estudio de caso se apoya en una de las características fundamentales de la investigación cualitativa: su preocupación por lo peculiar, subjetivo e idiosincrático (Galeano, 2004).

Se propone realizar un estudio de caso grupal en tanto los participantes comparten elementos temporales, espaciales, profesionales y vivenciales desde su labor psicosocial que configuran un caso que ilustra un tema de interés actual de profunda raíz social.

### **Diseño**

Se realizó un estudio de caso de tipo colectivo de acuerdo con Galeano (2004), con el apoyo de la mixtura de dos métodos de investigación: un componente cuantitativo a través de una encuesta virtual y un componente cualitativo a través de entrevistas conversacionales a profesionales. De manera trasversal, se llevó registro de la experiencia en una bitácora o diario de campo.

El trabajo de campo se inició con posterioridad al aval del Comité de Ética nombrado a finales del mes de octubre de 2022 y se llevó a cabo entre noviembre de 2022 y febrero de 2023.

### ***Componente cuantitativo: encuesta***

Se realizó una encuesta con el propósito de dar cuenta del tipo y distribución de varias características del fenómeno de estudio en un rango de población de profesionales psicosociales.

La encuesta se diseñó a partir de los objetivos del estudio (Apéndice C), preguntándose por: datos básicos —edad, sexo, grado de escolaridad, área profesional específica—, condiciones de trabajo —tipo de contrato, años de experiencia por profesión y según tipo de población—, organización de trabajo —funciones administrativas o en terreno, horario, satisfacción con horario y salario devengado—, factores de riesgo psicosocial para la salud laboral —problemas de salud en el último año, conflicto tiempo trabajo y familia, doble jornada en mujeres, experiencias significativas, expresión de emociones, dificultades para dormir, trabajo psicosocial y salud mental—. Se indaga por estrategias de autocuidado —personal, laboral— y, al final de la encuesta, se cierra con seis preguntas clave sobre el estado de ánimo de la persona en el último

mes y su satisfacción laboral —entidad, cargo, honorarios—, riesgo público —exposición en marco conflicto armado urbano o rural a: robos, vacunas, violencia psicológica, amenaza, secuestro, violencia sexual, desplazamiento forzado, muerte violenta—, exposición al sufrimiento —población afectada que se atiende, víctimas o victimarios, en todos los grupos de edad—, características del contexto —zona de residencia, lugares de trabajo, municipios urbanos y rurales de Antioquia—.

Para la formulación del instrumento, se tuvieron en cuenta elementos de la revisión de literatura realizada, investigaciones previas, elementos validados de otros estudios internacionales y preguntas directamente relacionadas con el objetivo de visibilizar las formas de organización del trabajo, las realidades, las prácticas de cuidado y los significados que, para los participantes, tiene trabajar en contextos de incertidumbre laboral, riesgo público y violencia socio laboral.

La encuesta se organizó en línea, por medio de la aplicación de formatos de Google —Google Forms—; estuvo abierta en enlace electrónico desde el 1 de noviembre de 2022 hasta el 18 de febrero de 2023. Se hizo difusión de la invitación al diligenciamiento de la encuesta a través de correo electrónico, redes sociales y canales oficiales de comunicación de la Facultad Nacional de Salud Pública. Se esperaba aplicar entre 100 y 200 encuestas en total, sin embargo, para el horario de cierre se logró la participación de 46 profesionales, de los cuales se excluyeron 11 encuestas que no cumplieron con los criterios de inclusión, ya que pertenecían a otras profesiones o no cumplían con el tiempo de experiencia; todo esto, pues, para un saldo de 35 encuestas válidas.

Con las respuestas de las 35 encuestas se consolidó una base de datos en Microsoft Excel. Se utilizó este mismo software para el análisis de los datos y la generación de gráficos y tablas descriptivas.

### ***Componente cualitativo: entrevista***

Este componente se desarrolló a través de la realización de entrevistas de tipo conversacional con el apoyo de una guía semiestructurada basada en los objetivos de la investigación (Apéndice D), aplicada por la investigadora a diez profesionales psicosociales. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 1 hora y 30 minutos cada una.

La técnica de “entrevista conversacional” (Vélez, 2008) se asumió como un diálogo entre dos personas que, desde sus subjetividades, se relacionan o enlazan por medio de la palabra, posibilitando que surjan percepciones, recuerdos, representaciones, emociones y recuerdos, racionalidades, explicaciones, justificaciones, etc. que hacen parte, no sólo de la historia de cada persona, sino también de la memoria colectiva y de la realidad sociocultural de cada uno de los sujetos participantes de acuerdo con lo propuesto por Olga Lucía Vélez (2008) con respecto a asumir la entrevista como un diálogo intersubjetivo.

Las entrevistas se efectuaron entre noviembre y diciembre de 2022; fueron realizadas de manera virtual a través de Google Meet o Microsoft Teams. Todos los encuestados realizaron previamente la encuesta virtual. Cada entrevista realizada fue transcrita inmediatamente; posteriormente, se categorizó su contenido por colores según temáticas relacionadas con los objetivos específicos de estudio: a) condiciones de trabajo; b) afectaciones en la salud; y c) prácticas de cuidado.

Simultáneamente a la categorización, se realizaron memos analíticos para cada entrevista y categoría; estos se dieron en tres niveles, así: explicativo —ampliar o aclarar información

básica—, interpretativo —inductivo-deductivo-abductivo—, de creación de significados y científico —es decir, guiado por resultados comprobados de estudios previos o sustentados a través del marco teórico—.

### **Participantes**

Se invitó a profesionales psicosociales con experiencia de labor con poblaciones vulnerables en contextos atravesados por la violencia en el marco del conflicto armado que hubieran desempeñado su labor entre el 2007 y el 2022 en el departamento de Antioquia. Los participantes debían cumplir los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

#### ***Criterios de inclusión***

- Haber desarrollado sus labores en municipios del departamento de Antioquia, incluyendo la ciudad de Medellín y el Área Metropolitana del Valle de Aburrá.
- Profesión: psicología, trabajo social, sociología, pedagogía, pedagogía reeducativa, antropología, profesionales en desarrollo familiar, especialistas en intervención psicosocial, pedagogía social, terapeutas familiares o afines.
- Experiencia: entre 3 y 5 años o más de experiencia laboral con poblaciones vulnerables en contextos atravesados por la violencia dinamizada por el conflicto armado.

#### ***Criterios de exclusión***

- Personas bajo amenaza en su seguridad personal o riesgo público.
- Personas que consideren que estarían en riesgo laboral por participar en la investigación.
- Personas bajo efectos de psicoactivos.
- Personas con diagnóstico de enfermedad mental severa que puedan sufrir alguna crisis al participar en la investigación.

De las 46 personas que diligenciaron la encuesta, 11 se excluyeron por las siguientes razones:

- a. 5, porque refirieron no tener los años de experiencia requerida.
- b. 6, porque, a pesar de mencionar que tenían experiencia laboral con población afectada en el marco del conflicto, no cumplían el criterio de la formación psicosocial, ya que tenían como profesiones: Ingeniería de Sistemas —1—, Ingeniería industrial —1—, Derecho —1—, Biología —1—, Profesional en recreación —1— y no especificado —1—.

En la Tabla 2 se presentan las principales características sociodemográficas de las 35 personas que diligenciaron la encuesta y cumplieron los criterios de inclusión.

**Tabla 2**

*Características sociodemográficas de la población de estudio*

<b>Genero</b>	<b>Rango de Edad</b>	<b>Profesión</b>	<b>Años de experiencia laboral</b>	<b>Máximo nivel educativo</b>
20 mujeres	29-60	Psicología= 15	Mínima 3 años, máxima 29 años	Pregrado: 35 Especialización: 13 Maestría: 19 Doctorado: 1
15 hombres	31-57	Trabajo social= 6 Pedagogía social= 4 Educador = 4 Antropología= 1 Profesional en desarrollo y planificación= 4 Profesional educador= 1 Profesional en reeducación		

### ***Caracterización de los entrevistados***

Se realizaron 10 entrevistas a 5 hombres y 5 mujeres con edades entre los 36 y los 56 años; estas personas habían realizado la encuesta previamente. 3 de los profesionales son Trabajadores Sociales y 7 Psicólogos. Su experiencia laboral está entre los 5 y los 25 años. 1 es pensionado, 2 tienen contrato indefinido y 7 contrato de prestación de servicios. 8 de los 10 entrevistados tuvieron experiencias de riesgo público directo en el marco de su labor como psicosociales; y 9 consideran que, a largo plazo, el trabajo en el marco del conflicto puede generar un impacto en la salud mental.

### **Análisis de información**

El proceso de análisis se dio a la par con el trabajo de campo. Para el análisis, se construyó una matriz en Excel en la que se delimitó cada categoría y cada subcategoría derivándolas de los objetivos del estudio.

### ***Análisis de información cuantitativa***

Se depuró la información de las encuestas, la cual se encontraba en una base de datos en Excel. Se calcularon las frecuencias de las respuestas a cada pregunta y se generaron porcentajes; además se diseñó un gráfico en forma de torta y se hizo la descripción del resultado.

### ***Análisis de información cualitativa***

Para la organización de la información, se realizaron las siguientes acciones:

- Carpeta por cada entrevistado con su respectiva entrevista, código de seguridad e identificación para el IP; audio de la entrevista, transcripción en Word y categorización por colores de acuerdo con los objetivos.
- Carpeta por cada categoría de análisis: esta contiene los archivos correspondientes a cada subcategoría.
- Registro fotográfico del proceso metodológico.



Luego de la transcripción de las entrevistas, los textos se clasificaron por colores de acuerdo con una matriz analítica rediseñada, tal como se observa en la Figura 1:

**Figura 1**

*Matriz análisis categorial*

1	MATRIZ ANALISIS CATEGORIAL						
2	OBJETIVOS	TEMAS	NÚMERO DE LAS PREGUNTAS	ENTREVISTA 1	MEMOS	ENTREVISTA 2	MEMOS
3	1. Describir las condiciones de trabajo, de profesionales psicosociales	1.1 Formas de contratación					
4		1.2 Organización del trabajo					
5		1.3 Honorarios					
6		1.4 Contexto y entorno de trabajo					
7		1.5 Riesgo público					
8		1.5 Precarización					
9		1.6 Otros: Determinantes sociales, culturales, políticos, jurídicos,					
11	2. Identificar las afectaciones	2.1 Salud Mental					
12		2.2 Salud Física					
13		2.3 Sociales					
14		2.4 Otras					
16	3. Comprender las prácticas de cuidado de	3.1 Formas de cuidado individual					
17		3.2 Formas de cuidado institucional					
18		3.3 Formas de cuidado colectivas no institucionales					
19		3.4 Otras					
21	4. otro tema	EMERGENTES					
22		RECOMENDACIONES					

Tras la categorización por colores de cada entrevista, y según la perspectiva de codificación axial de la Teoría Fundamentada (Strauss, 2016), se distribuyeron las citas extraídas de cada entrevista. Posteriormente, se agruparon todas las citas cualitativas para cada categoría y subcategoría, generándose los siguientes documentos de trabajo:

- 7 archivos de la Categoría 1: condiciones de trabajo; uno por cada subcategoría.
- 3 archivos de la Categoría 2: afectaciones; uno por cada subcategoría.
- 3 archivos de la categoría 3: prácticas de cuidado; uno por cada subcategoría.

Adicionalmente, emergieron las categorías *dilemas éticos*, *imaginarios* y el concepto de *trabajar con criminales*.

Se elaboró también un documento con las recomendaciones que cada uno de los entrevistados realizó. Estos documentos se organizaron en Word. Con la información contenida en cada documento de trabajo se construyeron mapas mentales por subcategoría. Luego, se realizó un ejercicio de síntesis-codificación selectiva y mapeo conceptual (Strauss, 2016; Simmons, 2011). A continuación, se construyeron mapas mentales integradores por categoría — los cuales incluyen la información de sus subcategorías— y se realizaron nuevos memos. Con los memos, se generaron otros 3 mapas mentales, uno por categoría.

Una vez logrados estos mapas, se realizó un nuevo nivel de análisis integrando los diferentes mapas de cada categoría y triangulando la información con el marco teórico y con el marco proporcionado por las nuevas consultas de actualización de la situación de salud mental y derechos del talento humano en Antioquia. Después de este ejercicio, se dio inicio al primer borrador del informe final de hallazgos y resultados.

### ***Triangulación de fuentes cualitativas y cuantitativas***

La información cuantitativa y cualitativa se trianguló alrededor de cada uno de los objetivos específicos del estudio, contrastando para cada objetivo específico los datos cualitativos y cuantitativos correspondientes.

### **Consideraciones éticas**

Para garantizar la bioseguridad del entrevistado y de la información durante todas las etapas del proceso de investigación, el trabajo de campo se realizó de manera virtual. Para evitar los riesgos de ciberseguridad, solo la investigadora principal (IP) y el director de tesis tuvieron acceso a la encuesta. En la fecha límite para la recolección de información, la encuesta fue cerrada para impedir el acceso a nuevos participantes y bloqueada del sistema. Con la

finalización del documento de tesis se eliminó la encuesta definitivamente de la plataforma de Google.

Cada participante hizo su participación de manera personal, libre y privada. Se establecieron tres momentos para el consentimiento: contacto inicial, realización de encuesta y realización de entrevista. Todos dieron el consentimiento de manera verbal y virtual al realizar la encuesta, y este quedó grabado al inicio de cada entrevista.

Se asignó a cada entrevista un código de seguridad e identificación; solo la IP conoce los datos personales de los entrevistados. La información reposa en un correo creado para efectos de la investigación, en el correo institucional de la IP y del director de tesis y en una memoria privada que solo maneja la IP. En aras de seguir protegiendo la identidad de los entrevistados — y debido a la complejidad de la información y a la confirmación de riesgos y afectaciones derivadas de la labor del profesional psicosocial—, se decidió no realizar grupo de discusión con los entrevistados, pero sí se realizó devolución individual virtual.

### **Estrategia de cuidado al investigador desde el componente *acción sin daño* del Comité de Ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia**

Debido a que el trabajo de investigación fue categorizado como de riesgo mayor al mínimo, la IP recibió pautas de acompañamiento de parte de un profesional psicosocial experto asignado por la Estrategia de Acción sin Daño, un programa liderado por el Comité de Ética de la Facultad Nacional de Salud Pública en apoyo a las y los investigadores cuya acción va dirigida a la minimización de riesgos y daños durante el proceso de investigación y trabajo de campo. En el marco de este proceso, se recibieron cuatro asesorías individuales virtuales y una sesión psicoeducativa con temas alusivos a los primeros auxilios psicológicos y al autocuidado del IP.

**Estrategias de apropiación social del conocimiento:**

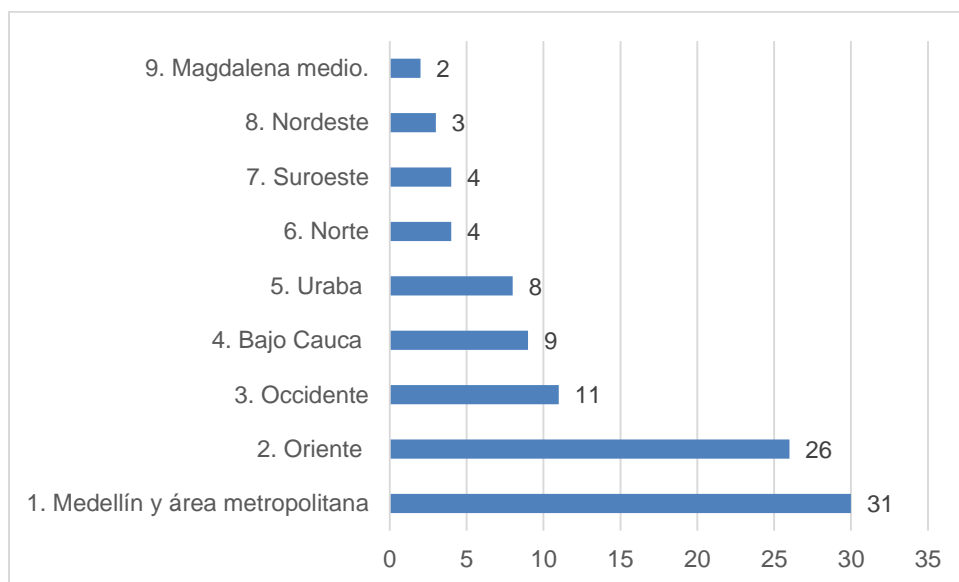
- Informe final de investigación.
- Fruto del anterior proceso, se realizará un boletín con los hallazgos más relevantes de la encuesta y con orientaciones para la acción dirigido a los y las participantes del estudio y a universidades, autoridades locales y departamental, organizaciones públicas y privadas que desarrollan acciones psicosociales con poblaciones vulnerables en el marco del conflicto armado en Colombia, así como a agencias de cooperación internacional que apoyan proyectos sociales en el país.

## Resultados

### Realidades laborales

#### Figura 2

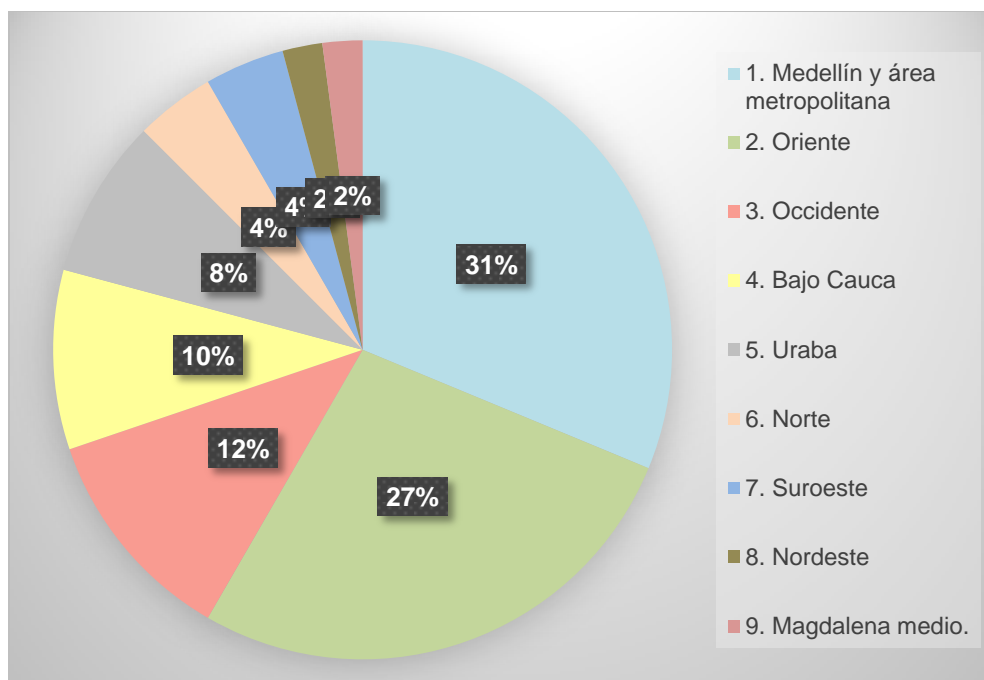
*Subregiones y municipios donde los profesionales que participaron en el estudio realizaron su labor psicosocial en el marco del conflicto armado*



*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 4: ¿En cuál(es) municipios realiza o realizó su trabajo? Por favor marca todos los que apliquen.

#### Figura 3

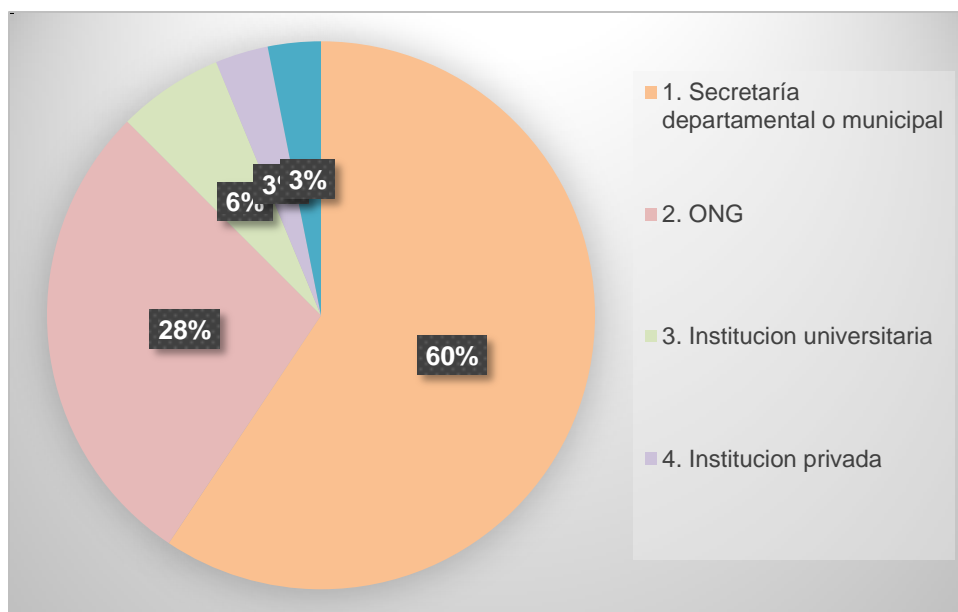
*Porcentaje de profesionales por subregiones y municipios*



*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 4: ¿En cuál(es) municipios realiza o realizó su trabajo? Por favor marca todos los que apliquen.

#### **Figura 4**

*Porcentaje de profesionales por tipo de institución*

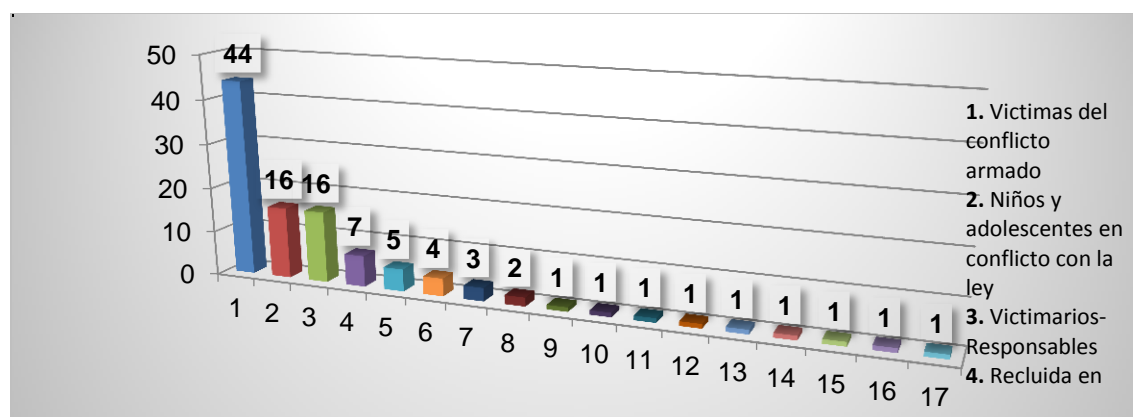


*Nota.* La Figura 4 muestra los resultados correspondientes a la pregunta 5: ¿El tipo de institución con la que trabajas o trabajaste durante más tiempo con poblaciones afectadas por el conflicto armado en Antioquia durante el 2007 al 2022 es de que tipo?

Análisis: del 100%, más del 60% ha laborado para una entidad pública departamental o municipal.

### Figura 5

*Tipo de población con la que los profesionales que participaron en el estudio realizaron su labor psicosocial en el marco del conflicto armado*

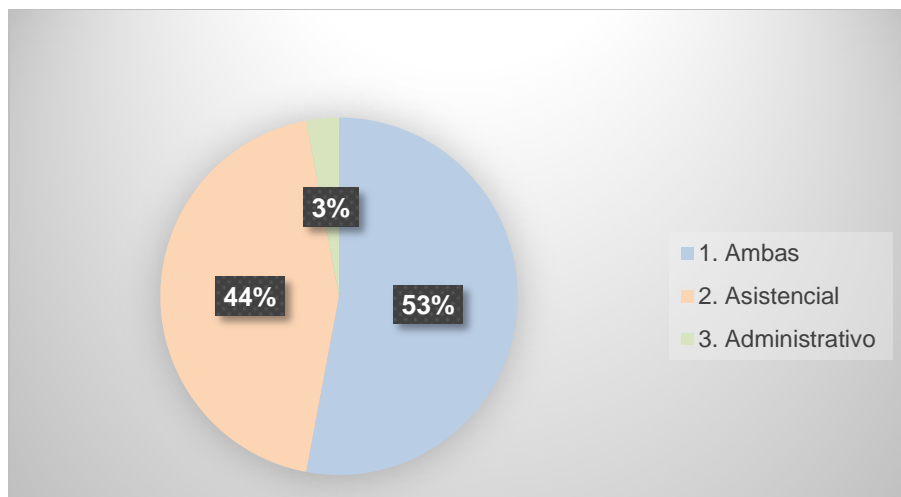


*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 6: ¿Con cuál o cuáles tipos de poblaciones afectadas por el conflicto armado en Antioquia durante el 2007 al 2022 has trabajado?

Análisis: la población víctima del conflicto aparece en el primer lugar del gráfico como objeto de atención, seguida de adolescentes en conflicto con la ley y adultos victimarios; estos dos últimos grupos poblacionales están dentro de la dinámica del conflicto en la dupla víctima-victimario.

### Figura 6

*Porcentaje de profesionales por tipo de trabajo*



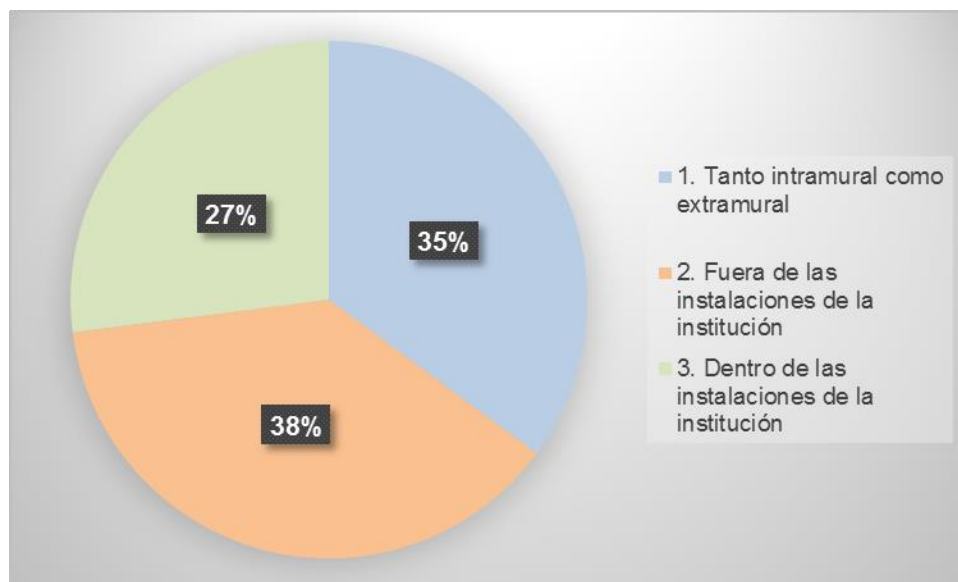
*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 7: ¿El tipo de trabajo que realizas o realizaste con poblaciones afectadas por el conflicto armado en Antioquia durante el 2007 al 2022 ha sido?

Análisis: esta grafica se relaciona con la subcategoría *forma de organización del trabajo*, en la cual se hace evidente que más del 50% de los profesionales que participaron de este estudio fueron contratados para labores asistenciales por su formación psicosocial, pero la entidad les exige cubrir también labores administrativas, lo que, en las entrevistas, algunos reportan como “exceso de carga laboral”, frustración y desmotivación por no ejercer al 100% la labor para la cual fueron contratados y, lo más grave —que se asocia con el desgaste laboral—, la aparición de síntomas de estrés, agotamiento y sensación de despersonalización y no valía; aspectos sobre los cuales el profesional no puede incidir directamente.

### **Figura 7**

*Porcentaje de profesionales por tipo de lugar de trabajo*





*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 8: ¿El principal lugar de realización de tu trabajo con poblaciones afectadas por el conflicto armado en Antioquia durante el 2007 al 2022 ha sido?

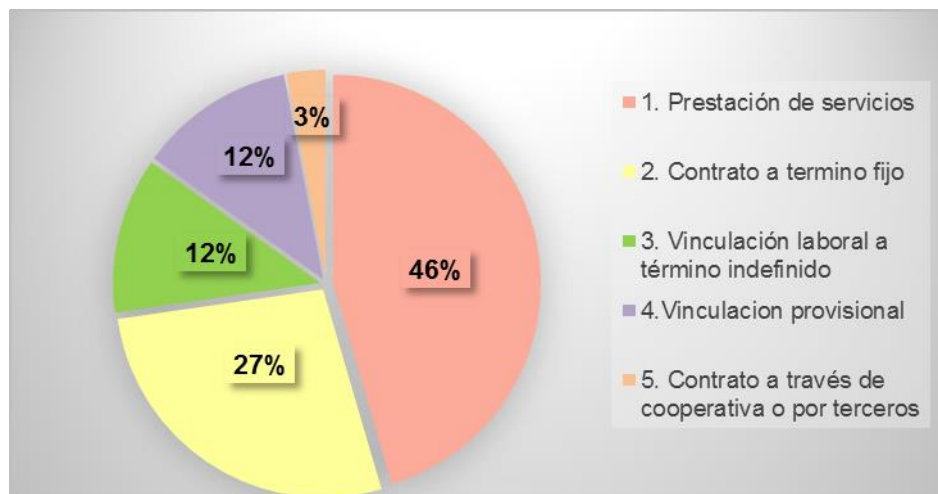
Análisis: más del 70% de los profesionales psicosociales realizan labores extramurales, es decir, pueden experimentar un nivel de riesgo público más alto en comparación con los profesionales que desarrollan su labor en el marco institucional. Este porcentaje coincide con los hallazgos de las entrevistas en los cuales los profesionales informan sobre la complejidad de los territorios, contextos y entornos sociales y comunitarios donde deben desarrollar su intervención, los cuales están marcados por fronteras invisibles, ambientes de presión, permanente desterritorialización por el impacto del desplazamiento forzado y la sistematización de los hechos violentos en el marco del conflicto, en particular, en las regiones y zonas que han estado históricamente atravesadas por este, como el Bajo Cauca, el Oriente antioqueño y el área metropolitana de Medellín. Si a esto le agregamos que un porcentaje similar labora bajo la modalidad de prestación de servicios, se aumentan no solo los riesgos, sino los determinantes

que pueden afectar la salud de los profesionales y, por ende, las desigualdades entre quienes realizan la misma labor bajo la modalidad de contrato laboral.

### Modalidades de contratación

#### Figura 8

*Porcentaje de profesionales por tipo de contratación*

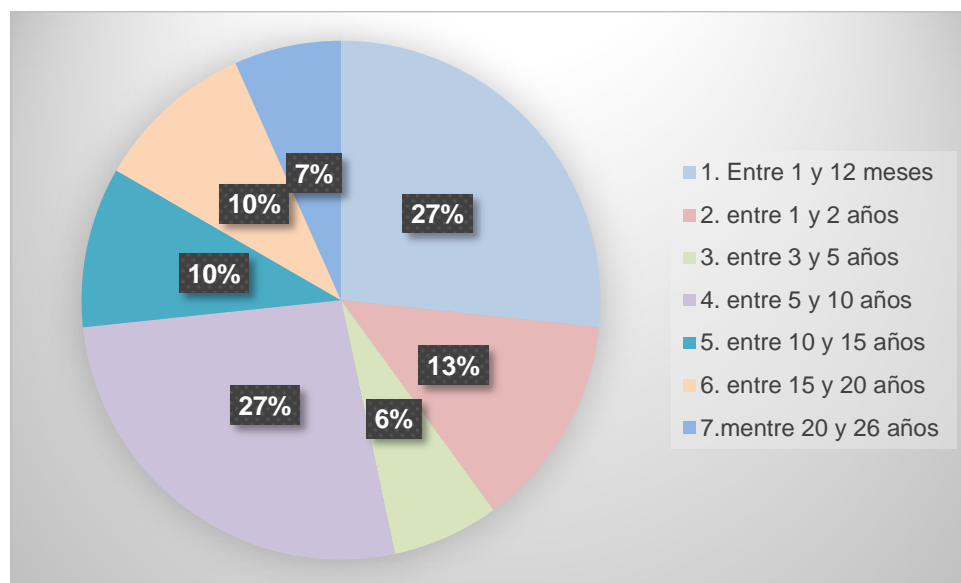


*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 9: ¿La modalidad de contratación más frecuente que has tenido con la institución(es) para cual realiza o realizaste tu trabajo con poblaciones afectadas por el conflicto armado en Antioquia durante el 2007 al 2022 ha sido?

Análisis: solo el 12% ha tenido o tiene un contrato a término indefinido; prevalece el contrato de prestación de servicios, el cual es una de las características propias del capitalismo y su política de libre mercado y plusvalía expresada en términos de disponibilidad laboral de tiempo completo —24/7/365— a pesar de estar bajo la modalidad de prestación de servicios. Esta grafica evidencia las desigualdades laborales en cuanto a estabilidad, protección social y honorarios percibidos además de las bajas garantías con respecto al cuidado que merecen y que aún no ha sido reconocido tal y como lo anuncio la OMS (Marmot y Wilkinson, 2006).

### Figura 9

*Porcentaje de profesionales por cantidad de tiempo trabajado en la última institución*

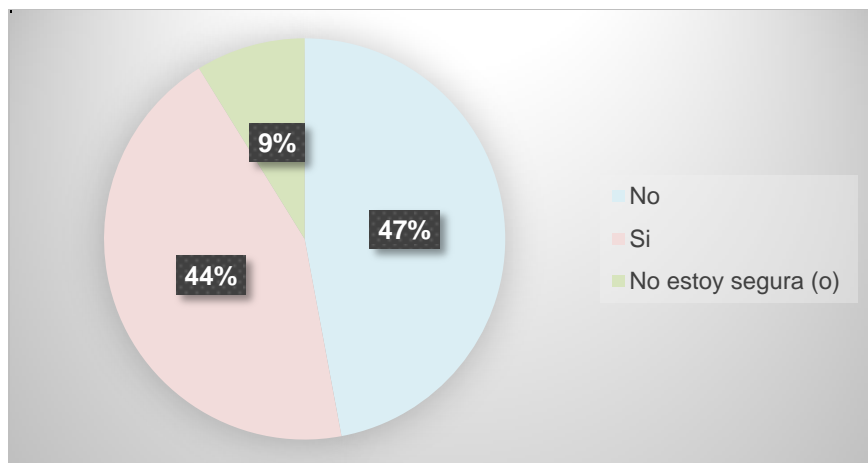


*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 10: En la última institución donde laboraste con poblaciones afectadas por el conflicto armado en Antioquia durante el 2007 al 2022, ¿cuánto tiempo llevas trabajando o trabajaste (en meses)?

Análisis: fíjese que, a mayor tiempo cronológico, menor estabilidad laboral. Lo cual coincide con la Figura 8 —donde se observa que la mayoría están en la modalidad de prestación de servicios— y con los comentarios hechos en las entrevistas en relación con los tiempos de corte y espera entre contratos, los cuales, a largo plazo, tienden a generar condiciones de pobreza y desvalorización del profesional.

### Figura 10

*Porcentaje de profesionales satisfechos con los honorarios percibidos*

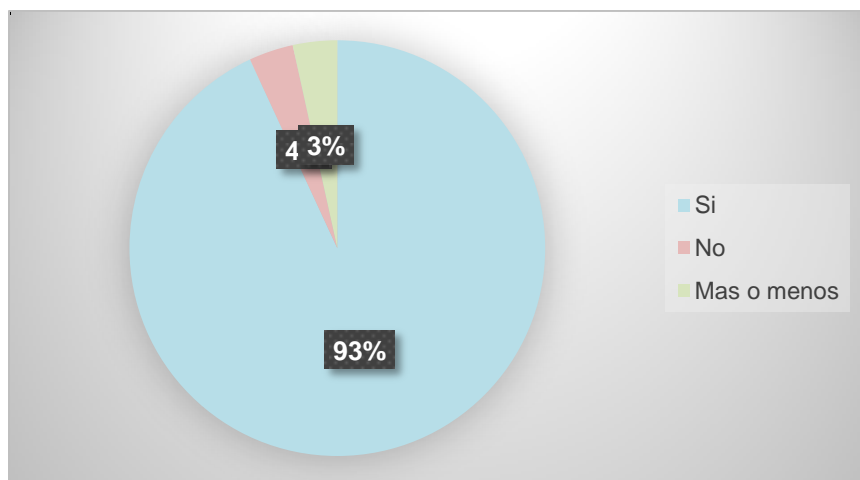


*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 11: ¿Te encuentras satisfecha(o) con el salario o pago recibido por el trabajo que realizas o realizaste con poblaciones afectadas por el conflicto armado en Antioquia durante el 2007 al 2022?

Análisis: más del 50% de los participantes no están satisfechos con los honorarios percibidos como remuneración por el tipo de labor que realizan. Este aspecto fue evidenciado durante las entrevistas; en ellas, los profesionales refieren que sus honorarios deberían ser más altos teniendo en cuenta los riesgos públicos a los que se enfrentan y la carga operativa no contratada que, no obstante, están obligados a realizar.

### Figura 11

*Porcentaje de profesionales satisfechos con la labor a cargo*

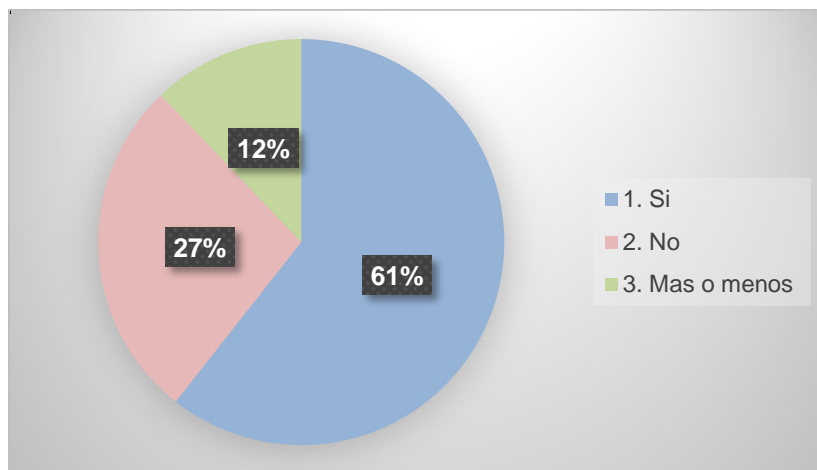


*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 13: ¿Te encuentras satisfecho(o) con la actividad que debes realizar o realizaste con poblaciones afectadas por el conflicto armado en Antioquia durante el 2007 al 2022?

Análisis: en general, se evidencia que más del 90% de los profesionales están a gusto con la labor que realizan y para la cual fueron contratados con poblaciones vulnerables en el marco del conflicto; durante las entrevistas, algunos expresaron que la insatisfacción no es con la labor, sino con la forma de organización de esta, la cual suele generar presión a los profesionales además de cargas operativas que obstaculizan o quitan tiempo a la labor principal de intervención.

### **Figura 12**

*Porcentaje de profesionales satisfechos con la forma en que está organizado su trabajo*

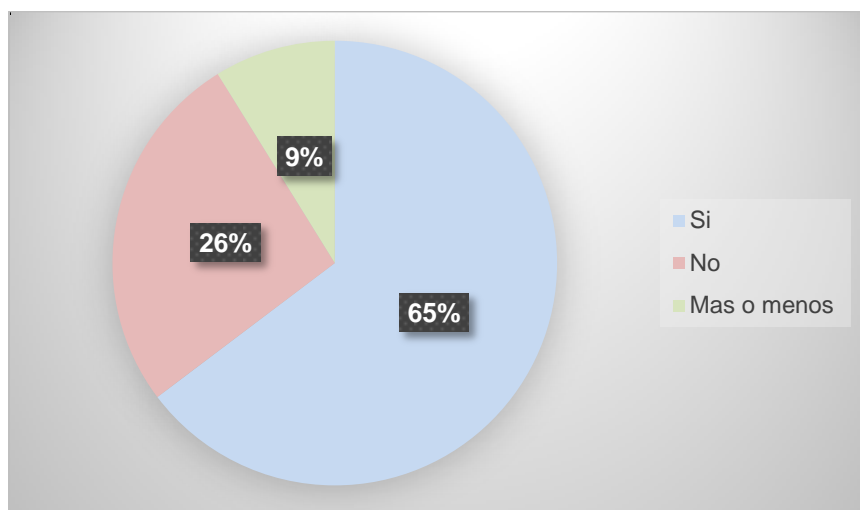


*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 15: ¿Te encuentras satisfecho con la forma en que está organizado tu trabajo, tareas y/o funciones laborales con poblaciones afectadas por el conflicto armado en Antioquia durante el 2007 al 2022?

Análisis: el 39% no está satisfecho con la forma de organización del trabajo, lo cual coincide con las entrevistas en que los profesionales afirman que no tienen suficiente autonomía frente a las tareas asignadas.

**Figura 13**

*Porcentaje de profesionales satisfechos con su horario de trabajo*

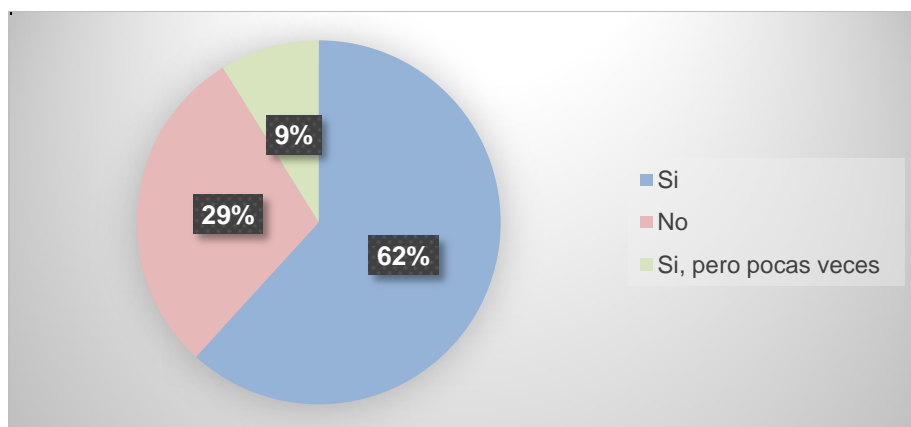


*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 17: ¿Te encuentras satisfecha(o) con el horario en que debes realizar o realizaste tu trabajo con poblaciones afectadas por el conflicto armado en Antioquia durante el 2007 al 2022?

Análisis: en general, los contratos de prestación de servicios generan la ilusión de flexibilidad y control del tiempo de dedicación a las labores, sin embargo, durante las entrevistas, los profesionales hablaron sobre la demanda real de tiempo completo y seguimiento a las tareas a pesar de que esta exigencia no es acorde con la modalidad de contrato.

**Figura 14**

*Porcentaje de profesionales que recibieron acciones que promueven el autocuidado*



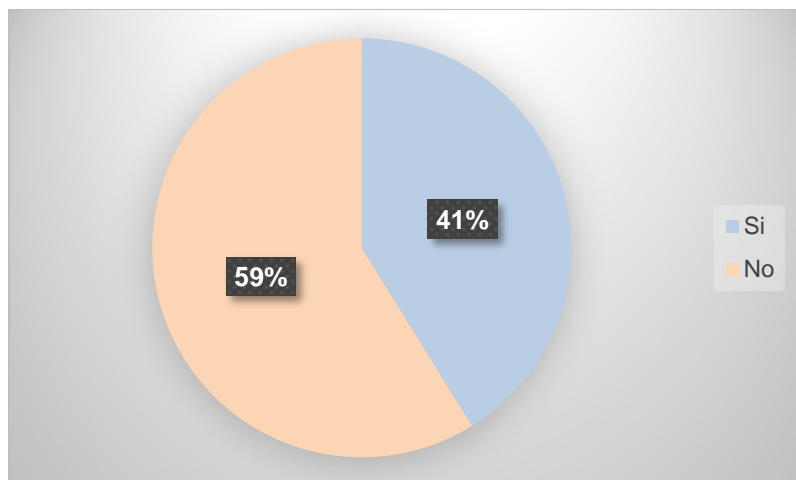
*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 19: Donde has trabajado con poblaciones afectadas por el conflicto armado en Antioquia durante el 2007 al 2022 ¿recibes o recibiste acciones que promuevan el autocuidado (como consejería profesional, apoyo al apoyo, pausas activas, cuidado al profesional, acciones de promoción del autocuidado)?

Análisis: un 38% del total de los participantes expresó no haber recibido ninguna o pocas acciones de autocuidado de parte de la entidad para la cual trabajó. En las entrevistas, algunos profesionales asociaron las actividades de autocuidado con actividades recreativas o de pausas activas, las cuales, si bien hacen parte de las acciones de autocuidado, son insuficientes para la carga de dolor, sufrimiento y frustración que deben escuchar todos los días los profesionales psicosociales en el marco de un país aún en conflicto y con diferentes complejidades que llevan al recrudecimiento del mismo, las cuales emergen en la cotidianidad laboral del profesional psicosocial, razón por la cual se requieren acciones más contundentes y sostenibles que promuevan un cuidado colectivo a largo plazo.

### **Afectaciones a la salud**

#### **Figura 15**

*Porcentaje de profesionales que en el último año presentaron algún problema de salud*

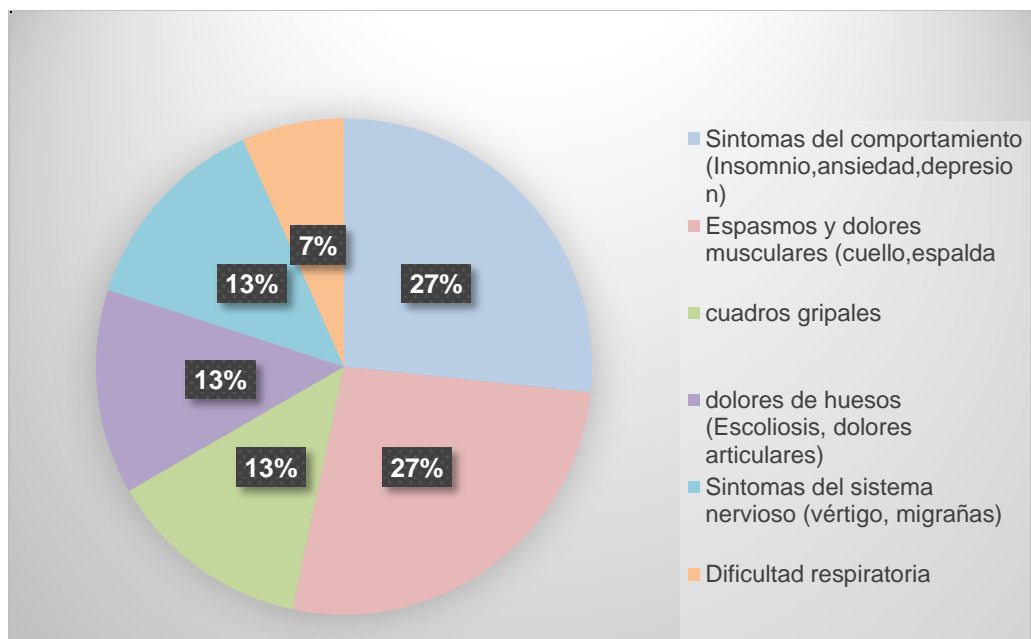


*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 21: ¿En el último año presentaste algún problema de salud?

Análisis: recordemos que este estudio se desarrolló en postpandemia, lo que coincide con el 41% que presentó algún problema de salud en el marco de los efectos que generó el Covid-19 en el país en la salud, no solo física, sino también mental de las personas.

### Figura 16

*Porcentaje de profesionales que en el último año presentaron problemas de salud según el tipo de problema*





*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 22: En caso de presentar algún problema de salud en el último año, favor indicar cuál o cuáles.

Análisis: en términos generales, se puede decir que los problemas de salud referidos por los participantes del estudio coinciden con los efectos de la pandemia y postpandemia del Covid-19 en tanto determinante *glocal* que se vivió durante la realización de esta investigación y que, de hecho, cambió la manera de realizar el trabajo de campo de la misma. Los estudios al respecto reportan una crisis de salud pública en la salud mental no solo de quienes fueron positivos para Covid-19 —víctimas directas o indirectas—, sino también, y de manera alarmante, en el personal de salud y, en general, en el talento humano del campo de la salud en todas sus áreas, que es sobre el que nos interesa enfocarnos.

Lo más significativo es que los síntomas de salud reportados por los profesionales psicosociales coinciden con los citados en el marco teórico y en las investigaciones recientes consultados y documentadas (Díaz, 2017).

Asimismo, la mayoría de estos síntomas, agrupados como afecciones del comportamiento, coinciden con los síntomas generados en contextos de guerra o de conflicto armado en víctimas y victimarios, y ratifica lo que, de acuerdo con la Salud Colectiva (Breilh), se conoce como un proceso social donde las formas de enfermar son inherentes a los determinantes sociales de la salud presentes en los territorios donde realizan su labor los profesionales psicosociales; contextos, entornos y territorios en los que, al mismo tiempo, se está en permanente riesgo público por tratarse de zonas históricamente atravesadas por la presencia sistemática de los grupos armados.

Otro determinante identificado es la desigualdad laboral entre profesiones y profesionales que realizan atención-intervención a la población víctima y victimaria en Antioquia. Es un caso

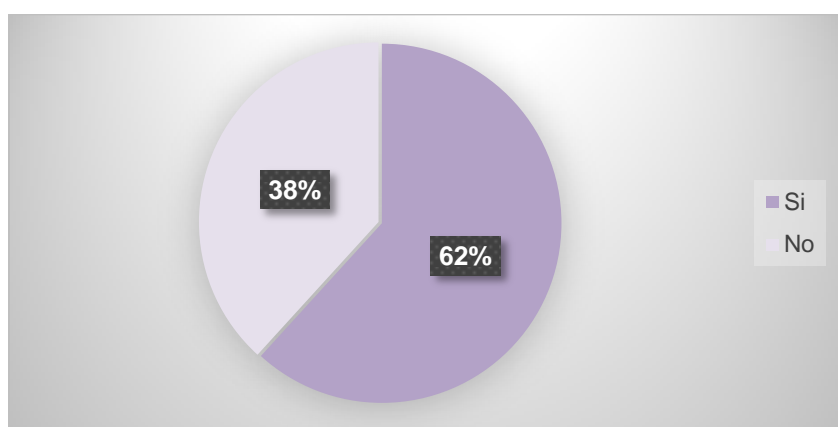
extremo entre profesiones del área de la salud donde aún hoy se mantiene la hegemonía de la medicina y la enfermería y no se da el reconocimiento, en la práctica, a la labor del psicólogo y del psicosocial como profesionales de la salud tal y como lo promulga la OMS (Marmot y Wilkinson, 2006), la Ley estatutaria 1751 de 2015 y el *Plan decenal de Salud Pública 2012-2021* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b), entre otras normatividades internacionales de salud ocupacional y de prevención de la enfermedad psicosocial.

Un tercer determinante aún más complejo en términos de cuidado institucional o colectivo, estabilidad laboral, protección, seguridad social, acceso a necesidades básicas —como una casa propia o un empleo estable y digno— es que el que se observa, por un lado, entre el gremio de militares y policías —que cuentan con su propio sistema de salud e indemnización social y familiar en caso de bajas en el marco del conflicto armado— y la realidad de los profesionales psicosociales —cuya misión es acompañar proceso psicosociales en el marco del mismo conflicto, en los mismos territorios y con las mismas poblaciones—. Este aspecto marca un punto álgido enunciado por los psicosociales entrevistados que reconocieron haber sido víctimas de violencia en el marco de su labor; es decir, el Estado, su política económica y el gobierno colombiano —determinantes estructurales— dan todas las garantías al gremio militar y de policía, pero no así a los profesionales de la salud, que trabajan en el marco del conflicto como psicosociales, los cuales, en su gran mayoría —y de acuerdo con la Figura 8— laboran bajo la modalidad de prestación de servicios, propia y típica del modelo neoliberal y su sistema capitalista, en el cual, estamos subsumidos como una mercancía más, siendo este un determinante estructural político y económico que permea las formas de contratación en Antioquia y Colombia; es ahí, pues, donde está una de las raíces del descuido generalizado del Estado hacia el talento humano en salud.

Se evidencia una desigualdad grave y crónica que aumenta la injusticia social y pone en doble riesgo al profesional psicosocial, tanto en lo social —laboral público—, como en lo privado, esto, debido al impacto que los determinantes sociales, económicos políticos e históricos generan en su salud, lo cual se ve confirmado por los hallazgos de este estudio.

### **Figura 17**

*Porcentaje de profesionales que alguna vez se han sentido en duelo o han experimentado tristeza por la muerte de personas a las que han atendido en el marco del conflicto armado en Antioquia*



*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 26: ¿Alguna vez se ha sentido en duelo o ha experimentado tristeza por la muerte de personas afectadas por el conflicto armado en Antioquia que usted haya atendido?

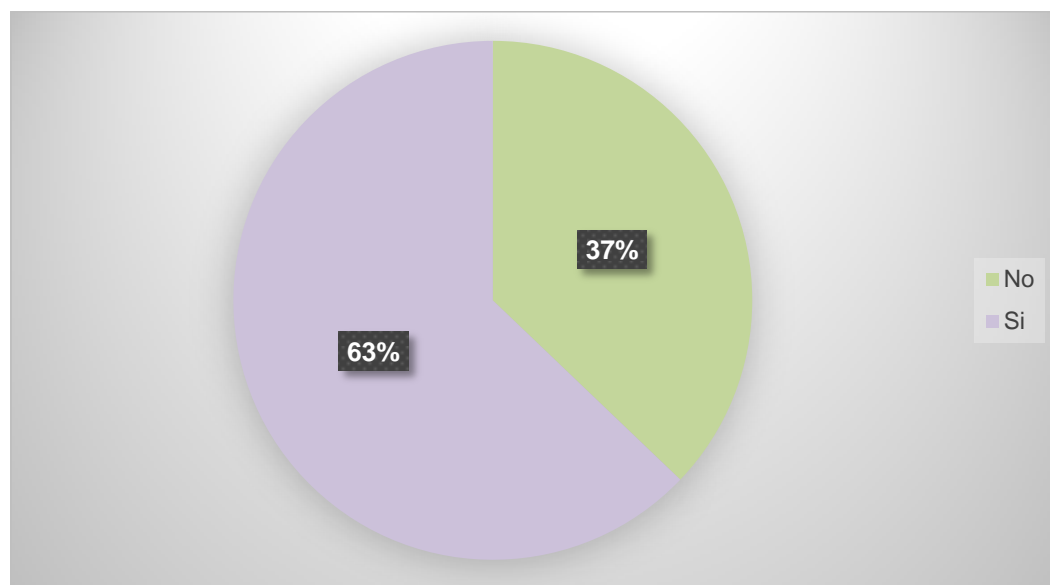
Frente a la pregunta de si alguna vez se sintió en duelo por aspectos relacionados con la población atendida en el marco del conflicto, el 62% reportó que sí, lo cual da cuenta de la vivencia del sufrimiento que genera el conflicto como algo colectivo, no exclusivo de las víctimas ni de sus familiares, sino inherente también a los profesionales psicosociales. Independientemente de que se tenga una preparación clínica y psicosocial —además de carisma e inteligencia emocional—, los profesionales psicosociales no están exentos ni blindados frente al dolor de patria o dolor colectivo, pero lo más significativo es que su conexión con lo que genera el conflicto armado da cuenta de su capacidad de empatía y, sobre todo, del *vínculo* o

*triferencia* que se establece en el marco de la relación laboral con poblaciones vulnerables a las que se reconoce como semejantes en su humanidad. Este aspecto es de vital importancia en dos sentidos: uno, como plataforma de confianza, de promoción de la salud y de recuperación integral de las poblaciones atendidas; y dos, como aspecto a proteger, cuidar y fortalecer por parte de las entidades contratantes y de las políticas públicas que buscan la mitigación y prevención de los riesgos psicosociales de los profesionales para que estos no se queden solos con la vivencia del duelo y puedan integrarlo desde procesos de acompañamiento y salud laboral.

En síntesis, este hallazgo es otro argumento de peso para promover el cuidado de las condiciones de trabajo y de salud del profesional de la salud mental en Antioquia —del cuidador—, más aún en un departamento, una región y un país con picos históricos actuales en la manifestación del conflicto armado; este hallazgo confirma también que lo social incide en lo individual.

### **Figura 18**

*Porcentaje de profesionales que presentaron dificultades para dormir relacionadas con su labor*

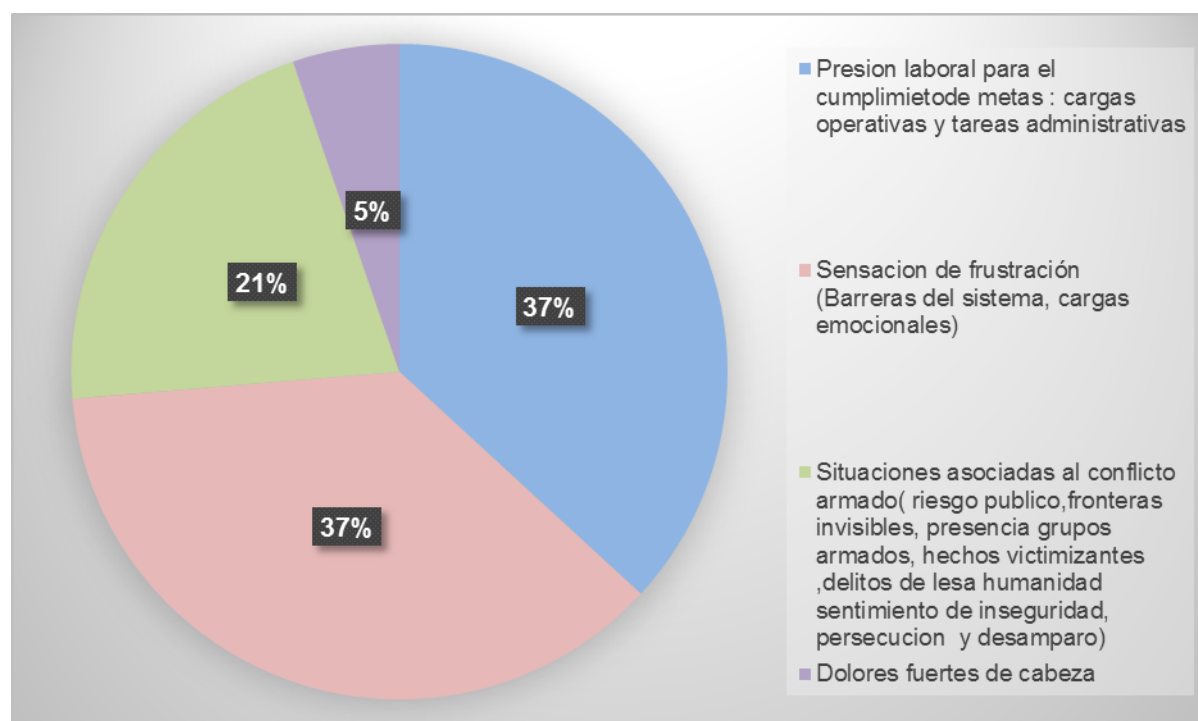


*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 27: ¿Alguna vez presentó dificultades para dormir relacionadas con la atención a poblaciones afectadas por el conflicto armado en Antioquia durante el 2007 al 2022?

Análisis: se observa un porcentaje muy alto, del 63%, que casi coincide con la Figura 17. Algunas de las principales afecciones biopsicosociales están relacionadas con las dificultades para dormir. Esta afectación es común en las poblaciones marcadas por el conflicto armado, las víctimas civiles, los sobrevivientes, militares, policías y también en los profesionales psicosociales. Los efectos adversos de la falta de sueño desencadenan otra serie de afectaciones físicas, mentales y de comportamiento que requieren incluso de medicación. Este hallazgo refuerza el interés de visibilizar las múltiples afecciones biopsicosociales, políticas y económicas que desencadena el trabajo en el marco del conflicto armado y, por ende, la importancia de equilibrar y dar un lugar adecuado al talento humano en salud mental, su labor y su integridad.

### Figura 19

*Porcentaje de profesionales por tipo de afectación laborales*



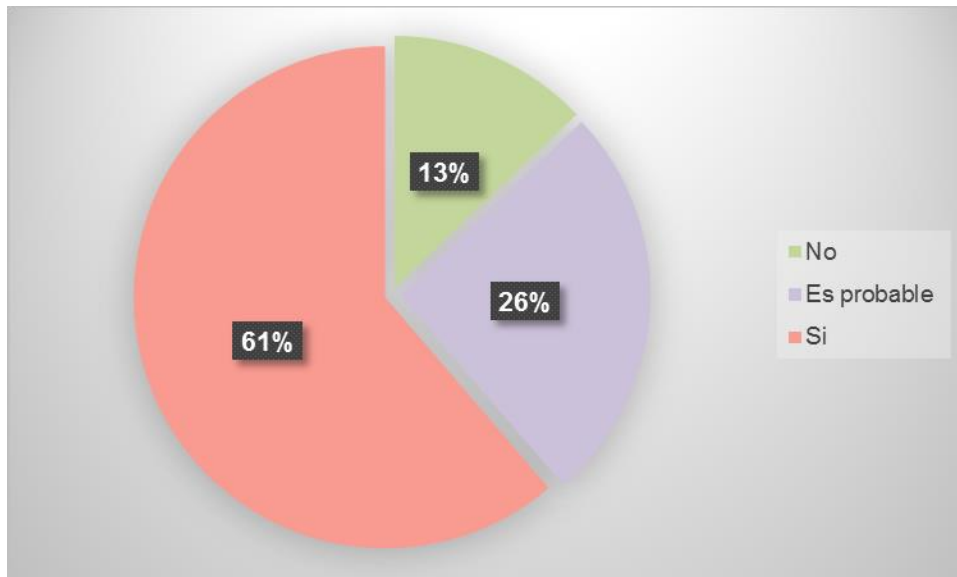
*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 29: En caso de presentar o haber sido afectado por situaciones labores que generan malestar, por favor indicar cuáles.

Análisis: el porcentaje más alto corresponde a la presión laboral y a las formas de organización del trabajo, donde el cumplimiento de metas y lo que los psicosociales llaman “la carga operativa” —esto es: la mixtura de tareas propias de la profesión psicosocial con otras de tipo administrativo para las cuales no fueron contratados— son dos de las exigencias más determinantes; asimismo, estas exigencias —aun en la modalidad más alta de contratación, que es la de prestación de servicios— muestran que el énfasis de los procesos de acompañamiento a poblaciones vulnerables en el marco del conflicto armado está puesto más en la dimensión operativa que en la clínico-asistencial o psicosocial. Algunos entrevistados se refirieron a esta problemática en términos de un “afán por el número de atendidos” más que por el impacto terapéutico del proceso psicosocial realizado, lo cual genera, en el profesional, ese 37% de sensación de frustración asociada con las barreras del sistema, el cual lo inhibe a realizar la atención de manera más humana y, sobre todo, a prevenir acciones con daño, que es lo que se puede dar en el marco de las exigencias del sistema capitalista en el que se mueven los programas sociales atendidos por las políticas públicas de Estado, y que, de hecho, se dan al presionar la atención por el cumplimiento de cuadros de metas al margen de la comprensión del proceso de intervención y duelo en el caso de las víctimas, y al margen del proceso de reintegración en el caso de los victimarios.

Sin duda, las situaciones asociadas con el conflicto generan preocupación y doble carga emocional, no solo por el sufrimiento que se escucha a diario y la realidad del conflicto —que no cesa—, sino también por el hecho de que el conflicto también puede tocar y ya ha tocado a los profesionales psicosociales mismos.

## Figura 20

*Porcentaje de profesionales que consideran que el trabajo psicosocial con poblaciones afectadas por el conflicto armado puede generar un deterioro en la salud a largo plazo*



*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 30: ¿Considera usted que el trabajo psicosocial con poblaciones afectadas por el conflicto armado puede generar a largo plazo un deterioro en la salud del profesional?

Análisis: este porcentaje es muy significativo para este estudio y confirma lo que la literatura revisada refiere sobre los determinantes sociales y las afectaciones a la salud en profesionales de la salud en el marco del conflicto armado, donde estos, parafraseando a Freud (2010), viven una neurosis de guerra caracterizada por el temor permanente, la desesperanza, síntomas depresivos y de ansiedad, entre otros, como el insomnio y el estrés postraumático; asimismo, este hallazgo, en el que prácticamente el 87% de los participantes de este estudio confirman o consideran la posibilidad de que el trabajo psicosocial con poblaciones afectadas por el conflicto armado pueda generar un deterioro en la salud a largo plazo, da suficientes elementos para resalta la importancia de este estudio y de la urgencia de la visibilización de estos aspectos

para lograr gestar acciones sobre los determinantes histórico, sociales, económicos y políticos que influyen directamente en la salud mental del talento humano en salud. Se confirma también la perspectiva de la salud colectiva, desde la cual la enfermedad es un proceso social que no se refiere solamente a aspectos biológicos o a factores de riesgos aislados.

Se observa, pues, que los profesionales de la salud han pasado a hacer parte de un sistema de mercado laboral donde se ven deshumanizados, descuidados; se trata de eso que Polanyi denominó “democracia liberal”, que pretende mejorar las condiciones de la política social disminuyendo la inversión económica en el talento humanos que la atiende-cuida, generándose así una paradoja inherente a la globalización, donde el sistema productivo lleva al profesional a trabajar para el bienestar de otros en detrimento de su propio bienestar; esta problemática se materializa en las condiciones de contratación por prestación de servicios, modalidad que aumenta la precarización laboral, la reserva de desempleados y subempleados, la mercantilización de la atención y su práctica como un servicio mecánico, no como una atención donde se gesta un vínculo entre semejantes en pro del cuidado y la salud integral de ambos, tal como, en realidad, debería ser de acuerdo con su esencia.

### **Tabla 3**

*Acciones que los profesionales realizan para cuidar su salud física y mental*

Área cultura: lectura, escritura, practicar o escuchar música, danzas, dibujo.
Área física: actividad física, recreativa o lúdica; jugar fútbol, montar en bicicleta.
Área salud psico emocional: hábitos de autocuidado, búsqueda de terapia, pausas activas, mantener la calma frente a un problema, meditación, dormir lo suficiente.
Área Familiar: compartir tiempo de calidad en familia.
Área social: hablar con amigos y personas de confianza.

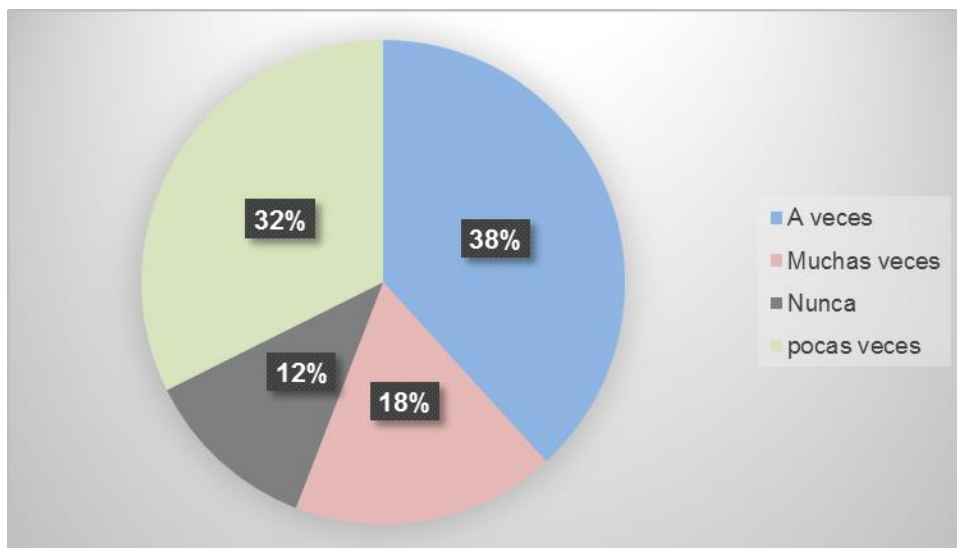


Otras: ver películas, cambio de ciudad, relaciones sexuales, consumo de alcohol y drogas, poner límites, salir y tener contacto con la naturaleza, no llevar el trabajo a la casa y mantener un buen clima laboral, alimentación adecuada, hablar con otros colegas.

*Nota.* La tabla muestra los resultados correspondientes a la pregunta 31: ¿Cuáles son las acciones que usted realiza como estrategia para cuidar de su salud física y mental en el contexto del trabajo psicosocial con poblaciones afectadas por el conflicto armado en Antioquia durante el 2007 al 2022? La totalidad de los profesionales refieren realizar alguna actividad de autocuidado.

### Figura 21

*Porcentaje de profesionales que se han sentido desesperanzados*



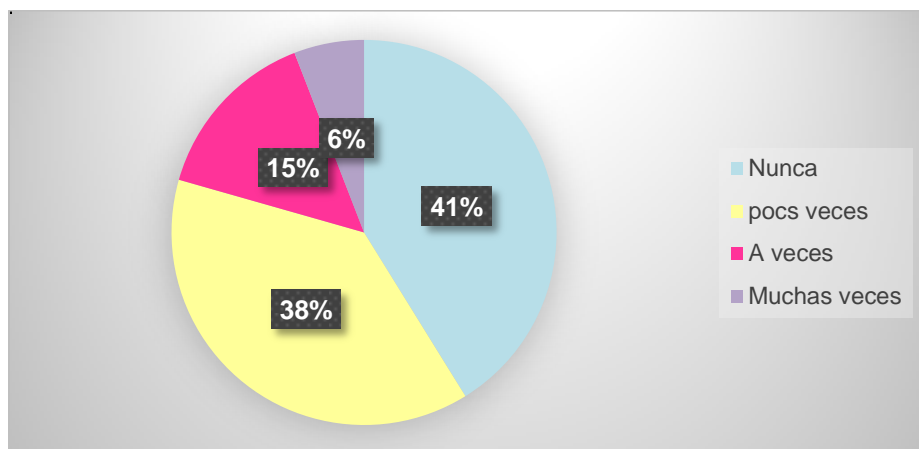
*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 37: ¿Te has sentido desesperanzado?

Análisis: uno de los efectos devastadores de la guerra y los conflictos armados es la sensación de desesperanza e incertidumbre que esta genera en las víctimas y civiles; asimismo, como lo evidencia este hallazgo, ese mismo sentimiento es experimentado por los profesionales de la salud y psicosociales como seres humanos semejantes inmersos en el mismo contexto de las poblaciones que interviene. Es decir, el país entero está magullado tal y como propone el

informe de la Comisión de la Verdad (2022); este país requiere una terapia colectiva para sanar las heridas, un cuidado colectivo donde todos y todas tengamos el mismo valor.

### Figura 22

*Porcentaje de profesionales que se han sentido tan tristes que nada podía alegrarles*



*Nota.* La figura muestra los resultados correspondientes a la pregunta 38: ¿Te has sentido tan triste que nada podía alegrarte

Análisis: un 59% en total ha sentido algún grado de tristeza en el marco del trabajo con población vulnerable; esta grafica es consistente con los hallazgos de las figuras 20 y 21, y es un argumento más para visibilizar y promover la importancia de tener programas reales y operativos de acompañamiento a la salud de los profesionales que asisten a las poblaciones vulnerables en la región y el país; es imposible no sentir tristeza, desesperanza, temor, miedo en un contexto de vulneración de derechos humanos, de guerra sistemática y sin tregua hacia la población civil, de destrucción de los recursos naturales, de amenaza a las poblaciones más vulnerables, a los bienes emblemáticos etc.

La tristeza es necesaria como parte de las frustraciones de la vida, pero se convierte en toxica cuando es crónica y no se encuentra un ambiente más esperanzador.

## Discusión

### Trabajo y salud pública

A pesar de que teórica y constitucionalmente está definido como derecho fundamental, el *trabajo digno*, en Antioquia, y de acuerdo con nuestros hallazgos, no existe como tal para los participantes de este estudio; las consecuencias de la Ley 100 de 1993, la flexibilización laboral y la manifestación de formas de subempleo, la tercerización y la prestación de servicios como principal modalidad de contratación vigente —más los hallazgos adicionales de este y otros estudios previos— dan cuenta de la precarización laboral y de la urgencia de priorizar la inversión, la cualificación y el cuidado del talento humano en salud, especialmente, en lo que concierne a los profesionales de la salud mental.

Hay una grave desigualdad entre los profesionales que realizan la misma labor bajo la modalidad de prestación de servicios y los que están bajo un contrato laboral con todas las prestaciones, pues los primeros permanecen en desventaja social —para el acceso a un préstamo de vivienda, por ejemplo— y económica —inestabilidad contractual politizada— y ven aumentar su riesgo de caer en la desprotección social, experimentan dificultades para cotizar y, en caso de ser víctimas en el marco de su labor como profesionales psicosociales, pueden llegar incluso a la desprotección total, como ocurrió con las profesionales Claudia Kisner y Viviana Muñoz.

Se evidencia precarización en los contratos a término indefinido en tanto son estables en el tiempo, pero los salarios se quedan congelados porque no suben a la par con el incremento de la vida y la canasta familiar.

Se evidencia también la existencia de determinantes estructurales y sociales que se manifiestan en las formas de enfermar y de producir la salud; estos hallazgos exigen enfatizar en una mirada integral de la salud teniendo en cuenta las desigualdades sociales entre las

profesiones, las modalidades de contratación y los diferentes tipos de profesionales del campo de la salud que trabajan en contextos de guerra; dentro esas desigualdades, se destaca, por un lado, la preponderancia que tienen la labor del médico, del policía y del militar en comparación con la del profesional psicosocial; y, por otro lado, el desconocimiento de la importancia del profesional de la salud mental, sobre todo en un escenario de postpandemia como el que vivimos.

### **Violencia y salud pública**

La violencia armada en Antioquia y Colombia sigue siendo uno de los determinantes que más costos le traen al país en términos de impacto en la vida social, en la infraestructura social de movilidad, educativa, petrolera, ambiental y de la salud; dicha violencia nos tiene con saldos en rojo en cuanto al costo de la vulneración permanente de derechos humanos (Ley 1448 de 2011; Estatuto de Roma; Comisión de la Verdad, 2022).

En Colombia, el tejido social está magullado: da cuenta desde la experiencia del narrador de lo más humano que nos hace semejantes, el sufrimiento, y de las complejidades en el trabajo con víctimas del conflicto armado y excombatientes o victimarios; da cuenta también de que los profesionales psicosociales representamos un colectivo que, en síntesis, es ese mismo tejido social que está herido, magullado, golpeado por el sufrimiento en todas las dimensiones del ser humano, sus territorios y poblaciones.

Los psicosociales que trabajan en el marco del conflicto presentan doble condición: como sociedad civil y, a la vez, como profesionales que realizan acciones humanitarias y acciones en pro de la salud mental de las comunidades y grupos sociales más vulnerables en Antioquia y el país.

## **Cuidado y salud pública**

Refieren los entrevistados que participaron en este estudio que el riesgo les genera sensación de inseguridad y desamparo, una lesión a la propia dignidad, como una marca; dicen sentir impotencia y que en Colombia no hay libertad.

La naturalización de la violencia, el impacto de la muerte sistemática en la cultura y el imaginario de los profesionales y poblaciones que resisten en el marco del conflicto.

Otro aspecto no menos relevante y que prende las alarmas tiene que ver con lo que definen como la “edición de la memoria histórica”, fenómeno característico y muy divulgado como una expresión de impunidad (Comisión de la Verdad, 2022).

Se encontró que la desesperanza es recurrente en profesionales que trabajan en territorios que presentan una violencia sistemática como la que se presenta en el marco del conflicto en Antioquia.

## **Reacciones frente a la investigación**

“Esta investigación está validando situaciones que a las personas les pasan, que trabajamos en estos componentes, y de las cuales no somos conscientes porque estamos tan metidos en el día a día; y no solamente hablo con víctimas, estamos tan metidos en el trabajo que hacemos en el día a día que se nos olvida hacer un principio tan sencillo y es validar qué nos está pasando alrededor de lo que estamos haciendo; y llegan ustedes con su investigación que literalmente es como vengan, ustedes como están haciendo; ey, parece, y yo por qué no me había preguntado eso; entonces yo agradezco eso, porque hablarlo y poder expresarlo, inclusive en esta conversación, me hace decir: parece, no, ya, debo llamar a mi terapeuta; pues es fundamental, además de que yo atiendo pacientes toda la semana, en el colegio y en particular; y yo en estos

días decía, no, yo necesito mi terapeuta, yo necesito sentarme a conversar de cosas con mi terapeuta; entonces yo agradezco mucho que este espacio se hubiera dado” (ENT#8PFDL).

## Conclusiones

Los resultados del estudio al grupo de profesionales psicosociales sugieren riesgos psicosociales, socio laborales y públicos derivados de la organización del trabajo, el perfil de la población objeto de atención psicosocial y la forma de contratación.

Las afectaciones nombradas por los psicosociales que participaron en esta investigación se asemejan a las documentadas por Marmot y Wilkinson (2006); son compatibles con el estado de emergencia, alarma y ansiedad del que hablan estos autores y con problemas físicos tales como la hipertensión, la depresión y la irritabilidad; y son consistentes, además, con los riesgos psicosociales reconocidos por la Resolución 2404 de 2019.

Marmot y Wilkinson indican que las formas de organización de trabajo que vulneran los derechos incrementan efectos adversos en la salud mental del trabajador, aspecto que fue señalado por algunos entrevistados con respecto a las cargas operativas en detrimento del tiempo de intervención psicosocial para las poblaciones.

Los resultados de los estudios y de la literatura revisada son coherentes con los reportes acerca de las dificultades que enfrenta el talento humano en salud en el continente: forma de contratación, jornadas, inestabilidad, precarización. Es evidente la desarticulación entre las reformas del sector salud, las políticas, la normatividad laboral y el sistema educativo que rigen la gestión del talento humano.

Se parte del hecho de que los riesgos y afectaciones se dan en el marco del conflicto armado en Antioquia, en los municipios con antecedentes históricos y actuales de actores armados al margen de la ley, en zonas donde se viven fenómenos de desterritorialización como el desplazamiento y el emplazamiento forzado, además de hechos victimizantes reconocidos por la Ley 1448 de 2011 —Ley de Víctimas—.

En general, se encontró una invisibilización o desconocimiento por parte de las entidades contratantes —según el relato de los entrevistados— de los efectos de este tipo de trabajo en la salud de los profesionales que los llevan a cabo, lo cual implica exposición social, riesgo público y requiere de los aspectos diferenciales que se deben contemplar en el marco del conflicto.

La continuidad del conflicto y el recrudecimiento de las violencias durante la realización de este estudio confirman la urgencia de prestar atención al talento humano en salud mental que trabaja en las condiciones expuestas.

A pesar de la evidencia de estas problemáticas, además del Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic), no hay sindicatos vigentes de profesionales psicosociales en Antioquia que representen a sus colegas y luchen por su dignificación.

Reconocer que la salud mental está *determinada* y es *determinante*, y que sin salud mental no hay salud a ningún nivel, es una cuestión estructural.

La financiación, priorización, agendamiento y sostenimiento de las políticas en salud pública requieren de una gobernanza ética y ajena a los cambios de gobierno y a los intereses particulares de tecnócratas y partidos políticos, transparente, con una gestión administrativa disciplinada y amarrada a un Estado sólido.



## **Recomendaciones**

### **Recomendaciones de la investigadora**

Realizar la devolución virtual a los participantes del estudio y sugerir, en los casos en los que se evidencio la permanencia de afectaciones en la salud, la remisión a profesionales de la salud mental.

Implementar un modelo de acompañamiento contextualizado para la mitigación de las afectaciones y riesgos derivados de la labor psicosocial en Antioquia desde prácticas de cuidado que promuevan la salud mental laboral, los ambientes y entornos saludables y contratos armonizados con la realidad del conflicto armado y con las necesidades de cuidado y protección social.

Socializar resultados con entidades que, en Antioquia, trabajan con profesionales psicosociales para sensibilizar y generar consciencia frente al tema.

Repetir estudio a escala nacional.

Las facultades de psicología requieren fortalecer los aspectos clínicos asociados al enfoque diferencial poblacional y de exigencia en cuanto al trabajo personal mínimo certificado —100 horas— previo al inicio de la vida profesional, esto —dadas las complejidades que se presentan en la realidad social del país— le dará a los profesionales herramientas básicas para prevenir la acción con daño o revictimización hacia la población, para asumir con mayor responsabilidad el cuidado de sí mismos y para mejorar el protocolo de seguridad.

Las entidades que trabajan con población de victimarios y adolescentes en conflicto con la ley requieren generar un perfil de riesgo para el profesional de acuerdo con las características de la población, un perfil de riesgo que facilite la puesta en práctica de aspectos clínicos preventivos y el diseño e incorporación de protocolos de seguridad contextualizados que

disminuyan el riesgo para los profesionales de convertirse en víctima u objetivo militar de sus pacientes en el marco del conflicto armado.

Promover el derecho de los psicosociales y profesionales de la salud afectados en el marco de su labor a recibir las ayudas estipuladas para tal efecto.

### **Recomendaciones de los entrevistados**

“Reconocer, eh, digamos, desde los ministerios, desde el gobierno, desde el Estado, desde sus políticas, que los profesionales de la salud son fundamentales y que hay que darles unas garantías laborales, institucionales, constitucionales, como de hecho las hay, ¿cierto?, eh, para que ellos puedan ejecutar, podamos ejecutar nuestro trabajo en unas garantías de certidumbre laboral, económica; es decir, que nosotros no estemos pensando que mañana no tengo la aguapanela y el pan y el huevo para darle a mi hijo para ir a estudiar; para yo poder trabajar, que no tengo pasajes, ¿sí?, o que los tengo que conseguir hasta dentro de dos meses que de pronto me paguen, porque como tengo prestación de servicios, la inestabilidad frustra, la incertidumbre laboral, eh, digamos, la falta de institucionalidad a la hora de responder por eventos donde el profesional es afectado por una situación de seguridad como las que vivieron estas compañeras que fallecieron, ¿cierto?, que eso va no solo con corresponder con acciones de reparación económica, sino moral; o sea, de Estado, de políticas, de una cosa más coherente” (ENT#7DC).

“Que tengan los psicólogos trabajo personal obligatorio; a los psicólogos se nos olvida que si vivimos de esto, es porque también lo necesitamos; tenemos que estar conectados con nosotros mismos y saber quiénes somos, eso es fundamental y, de ahí para allá, pues, prácticas de autocuidado” (ENT#8PFDL).

“A ver, primero, que la ARL, pues, que el tema de riesgos laborales sea el nivel más alto para todas las personas que trabajamos acá; segundo, que se fortalezca la capacitación en

términos de seguridad por parte de la Agencia; tercero, que se fortalezca también la inversión”  
(ENT#2YFR).

## Preguntas

Las siguientes preguntas son producto del proceso de investigación, la interacción con los profesionales entrevistados y los resultados del estudio; estas pretenden dar cuenta de la apertura para dar continuidad al tema de investigación.

- ¿Qué estamos haciendo como profesionales psicosociales y salubristas para incidir en los determinantes relacionados con las formas de contratación y afectaciones a la salud?
- ¿Qué se está haciendo para vigilar que sí se cumplan los protocolos de cuidado al cuidador y que existan los programas de prevención del riesgo en salud mental y promoción de la salud en las entidades del gobierno, ONG, etc.?
- ¿Quién responde por los profesionales que ya están afectados en su salud y vida con ocasión de su labor?
- ¿Cómo podemos aportar a los ajustes de la reforma a la salud en el ítem talento humano con énfasis en el cuidado y el bienestar laboral del profesional de la salud mental psicosocial?
- ¿Cómo facilitar el dialogo entre la academia y los hallazgos de la investigación para que se fortalezcan los aspectos clínicos y éticos de la formación de los nuevos profesionales de la salud mental?
- ¿De qué manera mediar en la paradoja de trabajar para el bienestar de otros en detrimento del propio?

## Referencias

- ACI Medellín. (23 de octubre de 2017). *Medellín: ciudad resiliente, tema destacado por el Banco Mundial*. <https://acimedellin.org/medellin-ciudad-resiliente-tema-destacado-por-el-banco-mundial/>
- Agudelo-Vélez, D. M. (2018). Impacto del conflicto y la violencia sobre la salud mental: del diagnóstico a la intervención. *Revista de estudios sociales*, (66), pp. 2-8.
- Alcaldía de Medellín. (2020). *Plan de Desarrollo Medellín Futuro 2019-2023*.
- Alba Martín, R. (2015). El concepto de cuidado a lo largo de la historia. *Cultura de los Cuidados*, 19(41), pp. 101-105. <http://hdl.handle.net/10045/46617>.
- ACNUR. (1 de enero de 2020). *Países en guerra actualmente en 2020*. [https://eacnur.org/es/blog/paises-en-guerra-actualmente-tc\\_alt45664n\\_o\\_pstn\\_o\\_pst](https://eacnur.org/es/blog/paises-en-guerra-actualmente-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst)
- Aranda, C., Pando, M., Salazar, J. G., Torres, T. M. y Aldrete, M. G. (2012). Factores de riesgo psicosociales laborales incidentes en la salud de los médicos de familia en Guadalajara, México. *Revista iberoamericana de psicología*, 5(1), pp. 45-54. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.5105>
- Arce, R., Rubio, K., Cuadro, H., Fonseca-Angulo, R., León-García, M. y Rodríguez-Barraza, P. (2020). Relación entre el nivel de estrés laboral y los factores de riesgos psicosociales intralaborales en trabajadores de una fundación de niños con discapacidad ubicado en el departamento del Atlántico, Colombia. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 29(1), pp. 42-56.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales. DSM-5*.

- Barragán, J. (20 de diciembre de 2018) *Agencia de Reincorporación exige identificar a asesinos de Viviana Muñoz*. RCN Radio. <https://www.rcnradio.com/colombia/sur/agencia-de-reincorporacion-exige-identificar-asesinos-de-viviana-munoz>
- Bernardo, M. H., Souza, H. A., Garrido-Pinzón, J., y Kawamura, E. A. (2015). Salud mental relacionada con el trabajo: desafíos para las políticas públicas. *Universitas Psychologica*, 14(5), pp. 1613-1624. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-5.smr>
- Betancur, J. A., y Cortés, C. P. (2019). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Atención Prehospitalaria del Programa de Atención a Emergencias 123 Salud de Medellín* [Trabajo de grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/11965>
- Cardona, M., García, H. I., Giraldo, C. A., López, M. V., Suárez, C. M., Corcho, D. C., Posada, C. H. y Flórez, M. N. (2005). Homicidios en Medellín, Colombia entre 1990 y 2002: actores, móviles y circunstancias. *Cadernos De Saúde Pública*, 21(3), pp. 840-851. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300018>
- Castaño, B. L., Jaramillo, L. E., y Sommerfeld, D. (1998). *Violencia política y Trabajo psicosocial. Aportes al debate*. Corporación AVRE.
- Código de infancia y adolescencia. Ley 1098 de 2006. 8 de noviembre (Colombia).
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2020). *Deontología y Bioética del ejercicio de la psicología en Colombia*.
- Comisión de la Verdad (2022). *Hay futuro si hay verdad: informe final*. <https://www.comisiondelaverdad.co/etiquetas/informe-final-de-la-comision>
- Constitución Política de Colombia [Const]. 7 de julio de 1991 (Colombia).

Corporación Región. (1998). *En la encrucijada: conflicto y cultura política en el Medellín de los noventas*.

Díaz, F. (2017). Burnout. *Una metáfora para leer relaciones y condiciones de trabajo* [Tesis de doctorado]. Universidad del Valle.

Díaz, F. y Rentería, E. (2017). De la seguridad al riesgo psicosocial en el trabajo en la legislación Colombiana de Salud Ocupacional. *Estudios Socio-Jurídicos*, 19(2), pp. 129-155.

<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/sociojuridicos/a.4981>

Decreto 2764 de 2002 [Ministerio de Relaciones Exteriores]. Por el cual se promulga el

“Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional”. 26 de noviembre. D.O. No. 45015.

Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 de diciembre de 1948.

Delgado, L. F., Da Silveira, R. y Luna, J. E. (2016). Subjetividad y riesgo psicosocial: desafíos para la actividad de los psicólogos del trabajo. *Salud de los trabajadores*, 24(1), pp. 39-49. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375849366005>

Departamento Nacional de Desarrollo. (2019). *Plan de desarrollo 2018-2022: pacto por Colombia, pacto por la equidad*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/PND-Pacto-por-Colombia-pacto-por-la-equidad-2018-2022.pdf>

Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional. 17 Julio de 1998.

<https://www.refworld.org/es/docid/50acc1a12.html>

Freud, S. (2010). *El malestar en la cultura*. Alianza.

Franco, S. (1999). *El quinto: no matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*. Tercer Mundo.

Galeano, M. E. (2004). El estudio cualitativo de caso: el interés por la singularidad. *Estrategias de investigación social cualitativa: el giro en la mirada* (pp. 63-82). La Carreta Editores.

- Garcés, L. F., y Giraldo, C. (2013). El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *Discusiones filosóficas*, 14(22), pp. 187–201.  
<https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/discusionesfilosoficas/article/view/729>
- Gómez, E. M., Rodríguez, A. S., Ordosgoitia, K., Rojas, M. C. y Severiche, C. A. (2017). Riesgos psicosociales en personal de asistencia de una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cartagena de Indias en 2016. *NOVA publ.cient*, 15(27), pp. 77-89.  
<https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/nova/article/view/1960/2181>
- Guba, E. y Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En C. Denman y J. A. Haro (comps.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp.113-145). Colegio de Sonora.
- Indepaz. (2019). *Informe sobre presencia de grupos armados en Colombia*.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2020). *Forensis, datos para la Vida*. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia  
<https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>
- Laurell, A. C. (1978). Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, (17), pp. 59-79.
- Laurell, A. C. (1993). *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Organización Panamericana de la Salud.
- Ley 50 de 1990. Por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones. 28 de diciembre. D.O. No. 39618.
- Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. 23 de diciembre. D.O. No. 41148.



Ley 975 de 2005. Por la cual se dictan disposiciones para la reincorporación de miembros de grupos armados organizados al margen de la ley, que contribuyan de manera efectiva a la consecución de la paz nacional y se dictan otras disposiciones para acuerdos humanitarios. 25 de julio. D.O. No. 45980.

Ley 1448 de 2011. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. 10 de junio. D.O. No. 48096.

Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. 21 de enero. D.O. No. 48680.

Ley estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. 16 de febrero. D.O. No. 49427.

Marmot, M. y Wilkinson, R. (2006). *Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados*. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Max-Neef, M., Elizalde, A. y Hopenhayn, M. (2008). *Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro*. Departamento de Urbanística y Ordenación del Territorio.

Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia. (s.f.). *Corte Penal Internacional (CPI)*.  
<https://www.cancilleria.gov.co/international/multilateral/united-nations/icc>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). *La prevención y la mitigación en y las jóvenes*.  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Prevencion%20y%20mitigacion%20JOVENES\\_web.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Prevencion%20y%20mitigacion%20JOVENES_web.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). *Plan decenal de Salud Pública 2012-2021*.  
<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Documento-completo-PDSP.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*.

[https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud\\_mental\\_tomoI.pdf](https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Formación y cuidado emocional al talento humano que atiende y orienta a víctimas del conflicto armado*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/formacion-cuidado-emocional-talento-humano-victimas.pdf>

Ministerio del Trabajo. (2013). *II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales*.

<https://www.fasecolda.com/cms/wp-content/uploads/2019/08/ii-encuesta-nacional-seguridad-salud-trabajo-2013.pdf>

Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C., y Concha-Sánchez, S. C. (2013).

¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxeológicas. *Rev. Salud Pública*, 15(6), pp. 797-808.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>

Moreno, R. (2003). Conflicto y violencia urbana en Medellín desde la década del 90: algunas valoraciones. En *Violencias y conflictos urbanos: un reto para las políticas públicas* (pp.

59-111). IPC, Instituto Popular de Capacitación. <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/handle/CLACSO/4714>

Nussbaum, M. C. (2012). *Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano*. Paidós.

Organización Internacional del Trabajo (1959). *Recomendación sobre los servicios de medicina del trabajo-R112*.

[https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:12100:57879377344::NO::P12100\\_SHOW\\_TEXT:Y](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:12100:57879377344::NO::P12100_SHOW_TEXT:Y):

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Concejo Colombiano de Seguridad. Salud Mental En El Lugar de Trabajo*.

Organización Panamericana de la Salud. (2002a). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/42686>

Organización Panamericana de la Salud. (2002b). *La Salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Las funciones esenciales de Salud Pública*. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Pécaut, D. (1991) Colombia: Violencia y Democracia. *Análisis político*, (13), pp. 35-50. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/anpol/article/view/74721>

Ramos, B. E. (2011). Duelo, acontecimiento y vida. Consideraciones sobre la atención psicosocial: el caso de Trujillo, Valle. *Desde el jardín de Freud*, (11), pp. 393-395. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/39179>

Resolución 2404 de 2019 [Ministerio del Trabajo]. Por la cual se adopta la Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial, la Guía Técnica General para la Promoción, Prevención e Intervención de los Factores Psicosociales y sus efectos en la Población Trabajadora y sus Protocolos Específicos y se Dictan Otras Disposiciones. 22 de julio. D.O. No. 51023.

Resolución 4886 de 2018 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Política Nacional de Salud Mental. 7 de noviembre. D.O. No. 50770.

- Resolución 2646 de 2008 [Ministerio de la Protección Social]. Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional. 17 de julio. D.O. No. 47059.
- Restrepo, D. y Muñiz, O. (2005). Aproximación al estado del arte de las investigaciones y las experiencias de intervención psicosocial en salud mental en el campo de la violencia en Colombia entre los años 1999 y 2003. *Informes psicológicos*, (7), pp. 71-107.
- Sánchez, G. (coord.) (2011). *Desplazamiento forzado en la comuna 13: la huella invisible de la guerra*. CNRR-Grupo de Memoria Histórica.  
[https://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2011/informe\\_comuna\\_13\\_la\\_huella\\_invisible\\_de\\_la\\_guerra.pdf](https://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2011/informe_comuna_13_la_huella_invisible_de_la_guerra.pdf)
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Planeta.
- Sinergia Informativa. (10 de diciembre de 2018). *Se cierra programa de pos penados en Medellín*. <https://www.sinergiainformativa.com.co/se-cierra-programa-de-pospenados-en-medellin/>
- Torres-Tovar, M. (2020). *Luchas obreras por la salud en Colombia: El caso de las asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos por el trabajo* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/77727>
- Uribe Prado, J. F. (2020). Riesgos psicosociales, *burnout* y psicosomáticos en trabajadores del sector público. *Investigación administrativa*, 49(125).  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=456061607013>
- Vasco, A. (1975). *Salud, medicina y clases sociales*. La Pulga.

Vásquez, A., (2008). Zygmunt Bauman: Modernidad Líquida y Fragilidad Humana. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 19(3).

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18101917>

Vélez, O. L. (2008). La entrevista. Diálogo intersubjetivo. En O. L. Vélez, *Reconfigurando el trabajo social: perspectivas y tendencias contemporáneas*. (pp.103-109). Espacio.

Vieco, G. F., Restrepo, J. y Reyes, A. (2017). *Estrés pos-trauma por exposición a factores de riesgo público en funcionarios de una empresa social del Estado: Hospital San Antonio de Taraza, 2016* [Trabajo de grado de especialidad en Salud Ocupacional]. Universidad de Antioquia.

**Apéndice A. Cuadro comparativo entre los hechos victimizantes reconocidos por la Ley  
1448 de 2011 y el Estatuto de Roma**

**Tabla 4**

*Cuadro comparativo entre los hechos victimizantes reconocidos por la Ley 1448 de 2011 —Ley de Víctimas— y el Estatuto de Roma*

<b>Ley 1448 de 2011</b>	<b>Estatuto de Roma</b>
<p>Hechos victimizantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desaparición forzada</li> <li>• Desplazamiento forzado</li> <li>• Asesinatos selectivos y de poblaciones estratégicas: líderes sociales, campesinos, indígenas, sindicalistas, miembros de la universidad pública, movimientos estudiantiles.</li> <li>• Destierro: pérdida de propiedades y bienes muebles; tema que hace parte de la historia del conflicto pasado y reciente.</li> <li>• Acciones de guerra y modalidad según ideología de grupo armado de izquierda: toma de pueblos y ataques contra la población civil, con bombas, secuestrados, desaparecidos, violación masiva de derechos humanos fundamentales y otras manifestaciones asociadas como la violencia sexual, la esclavitud sexual, embarazos forzados y de mujeres</li> </ul>	<p>Crímenes de lesa humanidad: la definición de <i>crimen contra la humanidad</i> comprende las conductas tipificadas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesinato</li> <li>• Exterminio</li> <li>• Deportación o desplazamiento forzoso</li> <li>• Tortura</li> <li>• Violación</li> <li>• Prostitución forzada</li> <li>• Esclavitud sexual</li> <li>• Esterilización forzada</li> <li>• Genocidios</li> </ul> <p>Crímenes de guerra: los <i>crímenes de guerra</i> incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Homicidio</li> <li>• Mutilación</li> <li>• Toma de rehenes</li> <li>• Dirigir intencionalmente ataques contra la población civil</li> <li>• Cometer actos de violación, esclavitud</li> </ul>

<p>jóvenes, reclutamiento y victimización de menores de edad, explotación, destierro y desarraigo de comunidades indígenas por el narcotráfico y la disputa de territorios entre grupos. Además, en sus políticas, las FARC, el ELN y el ERG —experiencia de trabajo con la ARN— implantaron un régimen de género para que las mujeres guerrilleras se sometieran a la planificación familiar obligada y al aborto forzado, además de otros hechos de esclavitud sexual y restricción a la libertad, a la elección sexual y al derecho a la maternidad o al disfrute sexual. En la zona urbana, células guerrilleras influenciando a los movimientos estudiantiles de la universidad pública y bandas asociadas al Cartel de Medellín y Cali, que cometen actos terroristas y de lesa humanidad contra civiles, bienes culturales y públicos; contra gremios sociales, académicos, jurídicos, de derechos humanos y, como efecto colateral, se genera una crisis carcelaria en derechos humanos por altos niveles de hacinamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones de guerra y modalidad según ideología de grupo armado de</li> </ul>	<p>sexual, embarazo forzado</p>
--	---------------------------------

<p>derecha —Convivir, paramilitares, grupos de limpieza social, Águilas Negras—: inserción del conflicto en la universidad pública, amenazas, lista de señalados, muerte violenta de estudiantes, profesores, trabajadores de todas las áreas, fenómeno de híbridos entre los paramilitares y las bandas delictivas del Cartel de Medellín, miembros de la fuerza pública, el gobierno. En la zona rural, explotación, destierro y desarraigo de comunidades indígenas por la mafia de los carteles y la disputa por territorios para la siembra de coca, tráfico de armas y el control de corredores geográficos estratégicos para la economía del narcotráfico; movimiento de armas para el sostenimiento del conflicto armado.</p>	
---	--



**Apéndice B. Recorrido histórico del concepto de enfermedad laboral al de riesgo  
psicosocial**

**Tabla 5**

*Recorrido histórico del concepto de enfermedad laboral al de riesgo psicosocial*

<b>194-1934</b>	<b>1935-1984:</b>	<b>1985-2020</b>
<p>Inician las reflexiones y los debates centrados en el accidente y la seguridad en el trabajo y se reglamentan leyes que ponen la mirada sobre la persona en el lugar de trabajo.</p>	<p>Se pasa de la concepción del accidente de trabajo al reconocimiento del riesgo o riesgos inherentes a cada tipo de ocupación según el área.</p> <p>Se configuran los riesgos laborales en el trabajo.</p> <p>Se establece la primera legislación laboral en 1935.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1938. Ley 96: se crea el Ministerio de Trabajo, Higiene y previsión social.</li> <li>• 1945. Ley 90: se crea el Instituto de Seguros Sociales.</li> <li>• 1984. Decreto 614: se introduce el concepto de lo <i>psicológico</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1990. Ley 50: se reforma al mercado laboral, sin regulación, flexibilización del trabajo, detrimento de las condiciones de trabajo.</li> <li>• 1993: Ley 60: descentralización administrativa de los servicios de salud de acuerdo con el nivel de complejidad.</li> <li>• 1993: Ley 100: flexibilización, desregulación, precarización laboral, corporación, gestión del riesgo; la ley no incluye artículos específicos relacionados con la contratación, los salarios o las condiciones de trabajo en salud; los incentivos son solo</li> </ul>

		<p>económicos y no como sistema de protección y empoderamiento al trabajador.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Resolución 3595 de 2006</li><li>• Resolución 2646 de 2008</li><li>• Resolución 2404 de 2019: determina los instrumentos para la evaluación de los factores de riesgo psicosocial de la población trabajadora en Colombia; reemplaza la Resolución 2646 de 2008, que en su artículo 10 indicaba que “los factores psicosociales deben ser evaluados objetivamente subjetivamente utilizando instrumentos validados para el país”. Los factores de riesgo psicosocial laboral reconocidos para trabajadores de la salud y la asistencia social, de acuerdo con esta</li></ul>
--	--	---

		<p>resolución, son: el agotamiento laboral o síndrome de <i>burnout</i>, el acoso laboral, el manejo del duelo, el estrés postraumático, el estrés agudo, la depresión.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 2006. Ley 1090 — Código del psicólogo—: protocolo de procedimientos y responsabilidades de los profesionales de la salud mental.</li><li>• <i>Plan decenal de Salud Pública 2012-2021</i>, dimensión salud laboral: develar la enfermedad y los factores de riesgo.</li><li>• 2011: Ley 1438: política de talento humano en salud que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características, objetivos de Sistema</li></ul>
--	--	---

		General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
--	--	---

*Nota.* Tabla elaborada a partir de Díaz, F. y Rentería, E. (2017). De la seguridad al riesgo psicosocial en el trabajo en la legislación Colombiana de Salud Ocupacional. *Estudios Socio-Jurídicos*, 19(2), pp. 129-155.

## **Apéndice C. Encuesta**

### **Propuesta de Encuesta virtual**

Comentarios iniciales: crear un correo para que las respuestas lleguen sólo allí y las inquietudes proyectopsicosociales@udea.edu.co o proyectopsicosociales@gmail.co Construir formulario en Google.

Hacer la invitación con un video corto motivador del propósito del estudio y de que haga parte del proceso divulgando entre sus contactos.

### **Encabezado**

Condiciones de trabajo, afectaciones laborales y prácticas de cuidado de profesionales psicosociales que han trabajado con población afectada en el marco del conflicto armado en Antioquia 2007-2022.

Equipo de investigación: Luz Idalia Cruz Blandón, Iván Felipe Muñoz Echeverri, Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”.

- ¿Has trabajado con poblaciones afectadas en el marco del conflicto armado en Antioquia entre los años 2007 y 2022? Sí\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_.
- Si marca Sí, pasa a la sección de consentimiento informado, en caso contrario, pasa a la sección de agradecimiento y se aplica Filtro (sale del formulario).

Sección de agradecimiento ¡Muchas gracias por tu participación, que tengas un buen día!

Consentimiento informado (para participante y testigo), se transcribe (ver Apéndice G).

- Acepta realizar la encuesta con previo consentimiento: Sí\_\_\_ No \_\_\_ Sí marca Sí, pasa a la sección de cuestionario, en caso contrario, pasa a la sección de agradecimiento y se aplica Filtro (sale del formulario)

Sección de agradecimiento ¡Muchas gracias por tu participación, que tengas un buen día!

- Dirección correo electrónico
- Digita por 1° vez \_\_\_\_\_
- Digita por 2° vez \_\_\_\_\_ Validar
- Número celular
- Digita por 1° vez \_\_\_\_\_
- Digita por 2° vez \_\_\_\_\_ Validar

## **Apéndice D. Entrevista**

### **Propuesta de encuesta virtual**

Comentarios iniciales: crear un correo para que las respuestas lleguen sólo allí y las inquietudes proyectopsicosociales@udea.edu.co o proyectopsicosociales@gmail.co Construir formulario en Google.

Hacer la invitación con un video corto motivador del propósito del estudio y de que haga parte del proceso divulgando entre sus contactos.

### **Encabezado**

Condiciones de trabajo, afectaciones laborales y prácticas de cuidado de profesionales psicosociales que han trabajado con población afectada en el marco del conflicto armado en Antioquia 2007-2022.

Equipo de investigación: Luz Idalia Cruz Blandón, Iván Felipe Muñoz Echeverri, Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”.

- ¿Has trabajado con poblaciones afectadas en el marco del conflicto armado en Antioquia entre los años 2007 y 2022? Sí\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_.
- Si marca Sí, pasa a la sección de consentimiento informado, en caso contrario, pasa a la sección de agradecimiento y se aplica Filtro (sale del formulario).

Sección de agradecimiento ¡Muchas gracias por tu participación, que tengas un buen día!

Consentimiento informado (para participante y testigo), se transcribe (ver Apéndice G).

- Acepta realizar la encuesta con previo consentimiento: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si marca Sí, pasa a la sección de cuestionario, en caso contrario, pasa a la sección de agradecimiento y se aplica Filtro (sale del formulario).

Sección de agradecimiento ¡Muchas gracias por tu participación, que tengas un buen día!

- Dirección correo electrónico
- Digita por 1° vez \_\_\_\_\_
- Digita por 2° vez \_\_\_\_\_ Validar
- Número celular
- Digita por 1° vez \_\_\_\_\_
- Digita por 2° vez \_\_\_\_\_ Validar

### **Cuestionario**

1. ¿En la actualidad, te encuentras trabajando con poblaciones afectadas en el marco del conflicto armado en Antioquia? Sí\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_
2. Sí\_\_\_\_ NOTA: En el caso de que trabajes en varias instituciones, por favor, bríndanos información con relación a aquella en la que lo haces la mayor parte del tiempo.
3. No\_\_\_\_ NOTA: En el caso de que no lo hagas ahora, por favor, bríndanos información con relación a aquella en la que trabajaste de forma más reciente y con el mayor tiempo de dedicación.
4. ¿En cuál(es) municipios realiza o realizó su trabajo? Por favor marca todos los que apliquen.  
Lista desplegable en orden alfabético
5. ¿El tipo de institución con la que trabajas o trabajaste es? Universitaria\_\_\_\_, Secretaría departamental o municipal\_\_\_\_\_, Organización No Gubernamental\_\_\_\_\_, Otra \_\_\_\_\_  
Cuál\_\_\_\_\_
6. ¿En cuál municipio vives actualmente? Lista desplegable en orden alfabético
7. ¿Eres?, una mujer \_\_\_\_\_, o un hombre \_\_\_\_\_
8. ¿Qué edad tienes? \_\_\_\_\_



9. ¿Eres?, profesional de psicología \_\_\_\_\_ trabajo social \_\_\_\_\_ sociología \_\_\_\_\_  
pedagogía social \_\_\_\_\_
10. ¿Cuál es el mayor nivel educativo que has alcanzado? Profesional \_\_\_\_, Especialización \_\_\_\_,  
Maestría \_\_\_\_, Doctorado \_\_\_\_
11. ¿Cuánto tiempo de experiencia laboral tienes como profesional? \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses \_\_\_\_  
cerrar a número.
12. ¿Tu principal experiencia laboral es con cuál o cuáles tipos de poblaciones? Víctimas\_\_\_\_,  
Victimarios\_\_\_\_, Niños y adolescentes en conflicto con la ley\_\_\_\_, Recluida en instituciones  
carcelarias o penitenciarias\_\_\_\_, Habitante de calle\_\_\_\_, Indígena\_\_\_\_,  
Afrodescendiente\_\_\_\_, Desplazados por la violencia\_\_\_\_, Inmigrantes\_\_\_\_, LGBTI\_\_\_\_  
(Marca todas las que considere pertinentes). Otra\_\_\_\_,  
Cuál(es)\_\_\_\_\_
13. ¿El tipo de trabajo que realizas o realizaste ha sido? Asistencial \_\_\_\_, Administrativo \_\_\_\_,  
Los dos \_\_\_\_\_
14. ¿Los lugares del trabajo que realizas o realizaste ha sido? Dentro de las instalaciones de la  
institución \_\_\_\_, Fuera de las instalaciones de la institución\_\_\_\_, En tu domicilio\_\_\_\_  
(Marque todas las que consideres pertinentes)
15. ¿La modalidad de contratación con la institución para cual realiza o realizaste tu trabajo ha  
sido? Vinculación definitiva \_\_\_\_, Vinculación provisional \_\_\_\_, Contrato de un año o  
más\_\_\_\_ Contrato inferior a un año\_\_\_\_ Sí marca “contrato”, pasa a la siguiente, en caso  
contrario, salta
16. ¿El tipo de contrato que ha sido? Prestación de servicios \_\_\_\_, Por medio de terceros \_\_\_\_,  
Otro (Cuál)\_\_\_\_\_

17. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando o trabajaste en la institución? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ semanas cerrar a número
18. ¿Te encuentras satisfecha(o) con el salario o pago recibido por el trabajo que realizas o realizaste? Sí \_\_\_\_\_, No \_\_\_\_\_, ¿Por qué no?  
\_\_\_\_\_
19. ¿Te encuentras satisfecha(o) con la actividad que debes realizar o realizaste? Si\_\_\_\_, No\_\_\_\_, ¿Por qué no? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
20. Te encuentras satisfecho con la forma en que está organizado tu trabajo, tareas y/o funciones laborales? ¿Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ porque no? Por favor ampliar respuesta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
21. ¿Te encuentras satisfecha(o) con el horario que debes realizar o realizaste? Sí \_\_\_\_\_, No \_\_\_\_\_, ¿Por qué No? \_\_\_\_\_
22. ¿Dónde has trabajado recibes o recibiste acciones que promuevan el autocuidado, consejería profesional, grupos de apoyo o de cuidado al cuidador? No\_\_\_\_, Si\_\_\_\_, Cuál (es) \_\_\_\_\_
23. ¿En la actualidad, presentas algún problema de salud? No\_\_\_\_, Si\_\_\_\_, Cuál (es) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
24. ¿Por favor puede contarnos o describirnos algunas experiencias significativas frente al trabajo psicosocial  
\_\_\_\_\_

---

---

25. ¿Podría decirnos que emociones, sensaciones, pensamientos o sentimientos genera para usted estar permanentemente en un escenario laboral y social donde se dan expresiones de violencia?

---

---

26. ¿Alguna vez se ha sentido en duelo o ha experimentado tristeza por la muerte de personas a las que atiende o ha atendido en su trabajo, como si fuese una pérdida personal?

---

---

27. ¿Alguna vez presento dificultades para dormir después de asistir a un evento laboral/psicosocial?

---

---

28. ¿Puede usted contarnos cuáles son algunas situaciones externas que resultan en su labor y que le generen algún tipo de carga emocional y/o malestar?

---

---

29. ¿Considera usted que el trabajo psicosocial con poblaciones vulnerables en el marco del conflicto armado puede generar a largo plazo un deterioro en la salud mental del profesional?

---

---

30. ¿Cuáles son las acciones que usted realiza como estrategia para mantener el cuidado de su salud física y mental?\_\_\_\_\_

---

---

---

31. A continuación, queremos hacerte unas preguntas acerca de tu estado de ánimo en los últimos 21 días. Lee las siguientes frases y marca la respuesta que aplique a cada situación (opciones de respuesta: Nunca, Pocas veces, A veces, Muchas veces, Pocas veces, No sabe no responde):

- ¿Te has sentido cansada(o) sin motivo?
- ¿Te has sentido tan nerviosa(o) que nada podía calmarte?
- ¿Te has sentido tan impaciente que no podías mantenerte quieta(o) o sentada(o)?
- ¿Has sentido que todo te costaba mucho esfuerzo?
- ¿Te has sentido desesperanzada(o)?
- ¿Te has sentido tan triste que nada podía alegrarte?

## Apéndice E. Conceptos básicos

**Tabla 6**

*Conceptos básicos de la investigación*

Definiciones	
Atención	Cuidado
<p>Enciclopedia Lexis 22 #2, p. 531:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Atencion</i>: del L Attentione. f. Acción de atender. // Demostración de respeto, obsequio, cortesía. Pl Negocios, obligaciones. Adv. atendiendo, teniendo presente.</li> <li>• <i>Atender</i>: del L Attendere. Tr. ant. Aguardar, esperar. // Intrr. Tr. Aplicar el entendimiento a un objeto. Ej. atender a mi voz. Cuidar de una persona y/o cosa. Escuchar, oír, fijarse, cuidar, vigilar, ocuparse de. No desatender, abandono o desacatar.</li> <li>• <i>Atento</i>: del L Attentu. Pp. irregular. de atender. // Adj. que tiene fija la atención en alguna cosa/ cortes, comedido, fino, amable, afectuoso/ sinónimos: cuidado, vigilancia, solicitud, esmero, consideración, miramiento, urbanidad, cortesía.</li> </ul>	<p>Enciclopedia Lexis 22 #6, p. 1539:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cuidar</i>: del L Cogitare, pensar, preparar. Tr. poner diligencia a una cosa, asistir, guardar, conservar. / Seguido de la preposición, vivir con advertencia respecto de una cosa (ej. no se cuida del que dirán) / Preocuparse de su salud. / Sinónimos: atender, velar, encargarse de, estar alerta, asistir.</li> <li>• <i>Cuidado</i>: atención para hacer bien una cosa/ la que se tiene con un enfermo/ recelo, sobresalto, temor, dependencia, negocio que está a cargo de uno/ Seguido de la preposición significativo denota enfado con ella/ de cuidado, peligroso/ estar uno con cuidado, estar gravemente enfermo.</li> <li>• <i>Cuidador</i>: Adj. que cuida. Nimiamente, solícito y cuidadoso.</li> <li>• <i>Cuidadoso</i>: solícito y diligente en ejecutar con exactitud una cosa, estar atento, vigilante.</li> <li>• <i>Cuidandero</i>: que cuida; sinónimo de cuidado. Poner atención, prudencia, precaución, recelo, cautela, valentía, tranquilidad.</li> </ul>

## Apéndice F. Normograma salud laboral-derechos humanos

**Tabla 7**

*Normograma salud laboral-derechos humanos*

<b>Internacional</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Año</b>	<b>Directriz</b>
Organización Internacional del Trabajo (OIT)		Entidad que establece las normas, los procedimientos y las políticas relacionadas con el trabajo y la protección al trabajador en el mundo en la búsqueda de un trabajo decente para todos; articula a gobiernos, empleadores y trabajadores de 187 estados miembros de los cuales hace parte Colombia.
• Convenio 155	1981	Sobre seguridad y salud en el trabajo/prevención de riesgos derivados del trabajo.
• Convenio 161	1985	Sobre los servicios de salud en el trabajo/sistema de vigilancia y mejora.
• Convenio 187	2006	Marco promocional de seguridad y salud en el trabajo.
• Decreto único para Colombia 1072	2015	
<b>Nacional</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Año</b>	<b>Directriz</b>
Ley 57	1915	Se inician reflexiones y debates centrados en el accidente y la seguridad en el trabajo y se plantea la reparación a los trabajadores.
Ley 237	1921	Se formalizan los seguros de vida.
Ley 10	1934	Se introducen la mirada a la persona en el lugar de

		trabajo, se denomina y reconoce la enfermedad profesional.
Primera Legislación Laboral	1935	Se pasa de la concepción del accidente de trabajo al reconocimiento del riesgo o riesgos inherentes a cada tipo de ocupación según el área, ej.: minas, construcción; se configuran los riesgos laborales en el trabajo y se establece la primera legislación laboral.
Ley 96	1938	Se crea el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social.
Ley 90	1945	Se crea el Instituto de Seguros Sociales.
Decreto 614	1984	Se introduce el concepto de lo <i>psicológico</i> .
Primer código sanitario	1979	Código sanitario nacional.
Constitución política de Colombia	1991	<p>Art 1: Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.</p> <p>Art 2: Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden</p>

		<p>justo.</p> <p>Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.</p> <p>Art 11: El derecho a la vida es inviolable.</p> <p>Art 22: La paz es un derecho y un deber.</p> <p>Art 25: El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.</p>
Ley 100	1993	Influencia consenso de Washington y doctrina apertura comercial y de desregulación promovida por banca mundial.
Primera encuesta nacional de condiciones de salud y trabajo en el sistema general de riesgos profesionales en Colombia	2007	Es un diagnóstico de las condiciones de salud en el trabajo en Colombia, con base en la cual se ha impactado la política pública relacionada con la seguridad laboral. Se esbozan elementos de lo que luego derivara en las enfermedades laborales.
Ministerio protección social: Resolución #3595	Septiembre 29 de 2006	Reglamentación riesgos laborales reconocidos para Colombia.
Ministerio de protección social. ASIS Análisis de la situación de salud en Colombia	periodo 2002-2006, Bogotá	Es un diagnóstico detallado de los determinantes, factores de riesgo y de protección en el panorama real. Es una herramienta que sirve para la planeación de entidades y territorios y facilita la toma de decisiones políticas en salud.
Primera encuesta	2007	Es un diagnóstico de las condiciones de salud en



nacional de condiciones de salud y trabajo en el sistema general de riesgos profesionales en Colombia		el trabajo en Colombia, con base en la cual se ha impactado la política pública relacionada con la seguridad laboral. Se esbozan elementos de lo que luego derivara en las enfermedades laborales.
Resolución 2646	2008	Establece los parámetros que identificar las responsabilidades en cuanto a la exposición que puedan tener los trabajadores a factores de riesgo psicosocial como producto del estrés laboral.
Plan decenal de salud publica	2012-2021	Plantea para Colombia, en la dimensión Salud y Ámbito Laboral, el objetivo de mejorar la salud y prevenir la incidencia y prevalencia de enfermedades derivados de las relaciones laborales. Esta dimensión plantea dos componentes esenciales: uno, <i>seguridad y salud</i> ; y dos, <i>situaciones prevalentes</i> . Estos dos componentes son muy significativas para la presente investigación, pues deseamos visibilizar y estimar los riesgos psicosociales, así como evidenciar las enfermedades laborales, priorizando las de los profesionales que trabajan en la atención directa en salud, educación y áreas social, las cuales, a la vez, son las que, en conjunto, representan mayores tasas de estrés laboral y enfermedades del estado de ánimo en Colombia —el 50% según cifras del Ministerio del Trabajo (2013)— y que, por ende, están priorizadas con el objetivo global de fortalecer la política pública en investigación, prevención y acciones de promoción para la salud de los profesionales.

<p>La Ley 1616 —Ley de salud mental— (ratificada por la Política de Salud Mental para Colombia a través de la Resolución 4886 de 2018).</p>	<p>2013</p>	<p>Apunta hacia la hipótesis de la importancia del cuidado cuando establece la protección del recurso humano profesional y la promoción de acciones de salud mental en todos los estratos y condiciones y, en especial, en los casos donde se presentan determinantes que interfieren en la estabilidad de la salud mental de la población, como, en Colombia, la escalada y continuidad del conflicto: “La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el Mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas” (Art. 8). Acciones de promoción: el Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá las acciones de promoción en salud mental para impactar positivamente los determinantes de la salud mental, lo cual implica: inclusión social</p>
<p>Ley 1090</p>	<p>2006</p>	<p>Protocolo de procedimientos y responsabilidades de los profesionales de la salud mental en atención, intervención y tratamiento clínico y psicológico; marco ético.</p>
<p>Ley 1448 —Ley de Víctimas—</p>	<p>2011</p>	<p>Es coherente al afirmar, en su artículo 3 y con respecto a quienes son víctimas del conflicto armado en Colombia, que “se consideran víctimas a las personas que hayan sufrido un daño al intervenir o asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización”.</p>
<p>Decreto 1072</p>	<p>2015</p>	<p>Reconocido como el decreto único por excelencia</p>

		<p>que reglamenta todo lo relacionado con el sector trabajo, entre otros: derechos y deberes, sistema de contratación, definición de riesgos y otros relacionados con el ambiente de trabajo, sistema de riesgos laborales, cesantías, articulación con el Sena, regulación del sistema del cesante; regula la implementación del SG-SST sistema de seguridad y salud en el trabajo; compila todas las normas relacionadas con la legislación laboral; sin embargo, en términos generales, se queda corto, descontextualizado o desligado de la realidad o marco del conflicto armado en el que se desarrollan la mayoría de los trabajadores en Colombia, Antioquia y Medellín, por ejemplo: salud, educación, justicia, transporte, periodismo; deja la definición de los riesgos a las entidades o personas contratantes y, aunque esta normatividad cubre a los trabajadores independientes, deja suelto el aspecto de definición de riesgos, amenazas o determinantes que no son de control del trabajador, pues son factores externos pero de alto impacto interno, tanto para la entidad como para sus empleados —más aún en el campo de la salud mental y psicosocial—, aspectos externos y propios de la dinámica interna social y política del conflicto en la región antioqueña; si bien se nombra un sistema de seguimiento epidemiológico a los factores de riesgo y planes de mitigación del riesgo laboral, estos se quedan en el vacío al no darles un marco histórico social del trabajador y del profesional psicosocial que</p>
--	--	--

		realiza labores de alto riesgo en Colombia y Antioquia; sospecho allí una “naturalización del conflicto” al obviarlo, al excluirlo de una normatividad de esta envergadura.
Resolución 2404	2019	Determina los instrumentos para la evaluación de los factores de riesgo psicosocial de la población trabajadora en Colombia. Esta resolución reemplazó la anterior, la Resolución 2646, emitida por el Ministerio de Protección Social en el 2008, que en su artículo 10 indicaba que “los factores psicosociales deben ser evaluados objetiva y subjetivamente utilizando instrumentos validados para el país”. El artículo 13 contempla una guía técnica de acciones de intervención y control frente a cada uno de los factores de riesgo psicosocial laboral y sus efectos reconocidos para los trabajadores en Colombia, estos son: agotamiento laboral o síndrome de <i>burnout</i> , acoso laboral, manejo del duelo, estrés postraumático, estrés agudo y depresión. Además, ofrece disposiciones técnicas y prácticas para la higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo mediante la aplicación de programas de salud ocupacional sustentados en prácticas de prevención de la enfermedad laboral y promoción de ambientes y cargos saludables.
Resolución 312	2019	Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.  Artículo 1. Objeto. La presente Resolución tiene

		<p>por objeto establecer los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST para las personas naturales y jurídicas señaladas en el artículo 2° de este Acto Administrativo.</p> <p>Los presentes Estándares Mínimos corresponden al conjunto de normas, requisitos y procedimientos de obligatorio cumplimiento de los empleadores y contratantes, mediante los cuales se establecen, verifican y controlan las condiciones básicas de capacidad técnico-administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera indispensables para el funcionamiento, ejercicio y desarrollo de actividades en el Sistema de Gestión de SST.</p> <p>Artículo 2. Campo de aplicación. La presente Resolución se aplica a los empleadores públicos y privados, a los contratantes de personal bajo modalidad de contrato civil, comercial o administrativo, a los trabajadores dependientes e independientes, a las organizaciones de economía solidaria y del sector cooperativo, a las agremiaciones o asociaciones que afilian trabajadores independientes al Sistema de Seguridad Social Integral, a las empresas de servicios temporales, a los estudiantes afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y los trabajadores en misión; a las administradoras de riesgos laborales; a la Policía Nacional en lo que</p>
--	--	---

		<p>corresponde a su personal no uniformado y al personal civil de las Fuerzas Militares; quienes deben implementar los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de SST en el marco del Sistema de Garantía de Calidad del Sistema General de Riesgos Laborales.</p> <p>Parágrafo 2. No están obligados a implementar los Estándares Mínimos establecidos en la presente Resolución, los trabajadores independientes con afiliación voluntaria al Sistema General de Riesgos Laborales de que trata la Sección 5 del Capítulo 2 del Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Único Reglamentario del Sector Trabajo.</p> <p>Que el artículo 26 del Decreto 1295 de 1994 establece cinco clases de riesgo para la clasificación de empresa, así: clase I, riesgo mínimo; clase II, riesgo bajo; clase III, riesgo medio; clase IV, riesgo alto; clase V, riesgo máximo. Asimismo, el Decreto 1607 de 2002 adopta la Tabla de Clasificación de Actividades Económicas para el Sistema General de Riesgos Laborales.</p> <p>Que el artículo 56 del Decreto 1295 de 1994 prescribe como una de las responsabilidades del Gobierno Nacional, la de expedir las normas reglamentarias técnicas tendientes a garantizar la seguridad de los trabajadores y de la población en</p>
--	--	--

		general, en la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
Norma ISO 45001		Lleva la gestión de la seguridad y salud en el trabajo, además de la mejora continua en la organización; esta norma es una oportunidad para que las empresas alineen su dirección estratégica con su Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

## Apéndice G. Formato consentimiento informado

**Tabla 8**

*Formato consentimiento informado*

<p>Sobre la investigación</p>	<p>Muchas gracias por aceptar la invitación a participar de la investigación “Condiciones de trabajo, afectaciones laborales y prácticas de cuidado de profesionales psicosociales que han trabajado con población afectada en el marco del conflicto armado en Antioquia 2007-2022”.</p> <p>Es importante poner en consideración que toda la información aquí recogida tiene como principal objetivo conocer de primera mano, desde su experiencias y significados propios todo lo relacionado con su realidad laboral como profesionales psicosociales y de cómo esta impacta en su vida y salud biopsicosocial y laboral.</p> <p>Objetivo General: Comprender las condiciones de trabajo, afectaciones laborales y prácticas de cuidado a partir de significaciones construidas por profesionales del campo psicosocial con relación a las sus experiencias de trabajo con poblaciones vulnerables en el marco del conflicto armado en Antioquia en el período 2007-2022.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>a. Describir las condiciones de trabajo, de profesionales psicosociales que trabajan o han trabajado con poblaciones vulnerables en el marco del conflicto armado en Antioquia en el período de estudio</p> <p>b. Identificar las afectaciones laborales y prácticas de cuidado de sí y de los otros, de profesionales psicosociales que trabajan o han trabajado con poblaciones vulnerables en el marco del conflicto armado en Antioquia en el período de estudio.</p> <p>c. Comprender las prácticas de cuidado de sí y de los otros, que un</p>
-------------------------------	--



	<p>grupo de trabajadores psicosociales encuestados, realizan para el cuidado de la salud y el bienestar de sí y de los otros en el marco del conflicto armado en Antioquia y los significados atribuidos a estas prácticas.</p>
<p>Manejo de la información y confidencialidad</p>	<p>La información que usted proporcione se usara estrictamente para fines de este estudio y permitirá conocer la realidad de las condiciones de trabajo de los profesionales psicosociales que participen, así como sus necesidades, realidades desafíos en territorio y situación laboral, con el fin de aportar al mejoramiento de las condiciones laborales de los profesionales del campo psicosocial y de la salud pública. Participar de este estudio es eminentemente voluntario y se debe hacer con total sinceridad y desde su propia experiencia personal laboral como profesional de la salud mental. No hay respuestas buenas ni malas pues cada persona piensa, siente y se comporta de manera diferente. Los resultados de este estudio serán tratados con absoluta reserva y confidencialidad profesional, y de acuerdo a la normatividad, regulación nacional e internacional que cobija a los profesionales de la salud, el código del psicólogo (1090) y todas las leyes y normatividades nacionales, resolución 8430 de 1993, e internacionales de derechos humanos relacionadas con el respeto, buen trato y la dignidad de las personas que participan de estudios de investigación, como el Código de Helsinki 1964, Informe de Belmont 1979 y normas CIOMS 2002.</p> <p>Para la custodia de los datos se trabajarán las grabaciones siempre y cuando estén autorizadas por los participantes, a través de la plataforma teams, autorizada por la UdeA, que provee una forma de grabación segura y ofrece información de confianza; solo se grabará la voz, no se prenderá la cámara para mantener reserva y confidencialidad y mitigar y prevenir riesgos sociales, políticos y/o de intereses.</p>

<p>Riesgos de la participación en investigación</p>	<p>Se reconoce que si bien los profesionales del campo social ya tienen una formación de base clínica, experiencia laboral de más de 3 años certificada, el aval de la tarjeta profesional y en algunos casos un proceso clínico personal, existe la posibilidad de que los temas tratados en el presente estudio (durante la entrevista) movilicen aspectos que en su momento fueron de gran impacto, no elaborados de la vida, historia personal y experiencia laboral de los profesionales, en tanto hacen parte directa o indirectamente del sistema que genera inequidad e inestabilidad laboral para todos, en un marco particular de conflicto armado recrudecido y en la actualidad además mediado por la situación epidemiológica por la Pandemia (post pandemia) generada de la Covid- 19. Estos posibles riesgos de acuerdo a las investigaciones referenciadas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rememoración de recuerdos traumáticos con vivencia de emociones y sentimientos de tristeza y/o de estrés postraumático.</li> <li>• Ansiedad.</li> <li>• Malestar general.</li> <li>• Llanto.</li> <li>• Miedo y/o rabia.</li> <li>• Expresiones de duelo.</li> <li>• Agotamiento físico y/o emocional.</li> <li>• Sensación de impotencia o frustración.</li> </ul> <p>En esa medida tenemos planteado ofrecer un directorio básico (específicamente para los que participen de las entrevistas) con información sobre las rutas de atención en salud mental, entre otras relacionadas y el contacto de profesionales de la salud a los cuales se puede referenciar en caso de ser necesario.</p>
---	--

	<p>A pesar de las condiciones de vulnerabilidad descritas, se considera que las personas participantes se encuentran en condiciones suficientes para decidir autónomamente acerca de su participación o no en el estudio. Sin embargo, en aras de facilitar todas las condiciones de protección y cuidado y minimización de riesgos a los profesionales participantes, consideramos que de acuerdo con las recomendaciones del Comité de Ética de la FNSP, y la normatividad Resolución 8430 de 1993, artículo 9,10 y 11 que se entiende que la investigación fue calificada en TIPO C: RIESGO MAYOR AL MINIMO, “Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativa”. En ese orden de ideas: 1. Se presento anexo con inventario de posibles riesgos derivados de la revisión documental y se acepta la inclusión de un testigo (familiar, persona de confianza como amigo o compañero de trabajo) que acompañara al participante exclusivamente para el momento de la firma del consentimiento informado y no será necesario para el diligenciamiento de la encuesta y/o de la entrevista “como testigo de que de forma autónoma, sin presiones externas indebidas, la o el sujeto de la investigación ha comprendido y aceptado las condiciones del proceso de investigación. La recomendación del CEI-FNSP es incluir testigo para este proyecto con riesgo mayor al mínimo”. Al final del formato de consentimiento informado se pondrá la siguiente nota informativa: Yo-- nombre del participante he leído y comprendido las condiciones del proceso de investigación, mis derechos y riesgos y en consecuencia acepto participar, como constancia firmo _____, cc# _____. Como constancia me quedo con el original del documento y envié copia digitalizada con mi firma al email idalia.cruz@udea.edu.co y proyectopsicosociales@gmail.com_____.</p>
Beneficios	<p>En términos de aportar desde su experiencia al conocimiento de las condiciones de trabajo y realidades de los profesionales psicosociales y de la salud mental que trabajan en el marco del conflicto armado en</p>

	Colombia. Propiciar la reflexión sobre las prácticas de cuidado de sí y de los otros, promover la movilización de los profesionales desde el conocimiento situado y su responsabilidad como intelectuales y sujetos políticos. Aportar desde la académica a la formulación de políticas que se fundamenten en la promoción del cuidado de los profesionales como derecho fundamental en beneficio de la sociedad, las poblaciones y territorios donde desarrollan su labor. Nota Aclaratoria: este estudio no entrega ayudas económicas.
Tiempo de participación en la investigación	Junio-diciembre de 2022
Consentimiento participante	<p>YO, _____, mayor de edad, identificado con el documento de identidad cc #_____, en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y con pleno conocimiento de la información y objetivos de la investigación, incluyendo posibles riesgos y beneficios de la misma, declaro que he recibido toda la información e ilustración pertinente y que he tenido ocasión de preguntar así como de resolver en forma completa y satisfactoria todas mis inquietudes con respecto a la investigación “Condiciones de trabajo, afectaciones laborales y prácticas de cuidado de profesionales psicosociales que han trabajado con población afectada en el marco del conflicto armado en Antioquia 2007-2022”. De conformidad plena y teniendo en cuenta lo expresado autorizo mi participación en la investigación durante todas las etapas de esta, hasta su finalización y socialización de resultados.</p> <p>Firma _____</p>

<p>Consentimiento testigo</p>	<p>Yo, (nombre del testigo), doy fe de la claridad de dicho estudio y que la participación del PARTICIPANTE es libre y voluntaria.</p> <p>Como constancia, firmo _____, cc# _____</p> <p>Como constancia me quedo con el original del documento y envié copia digitalizada con mi firma al email <a href="mailto:idalia.cruz@udea.edu.co">idalia.cruz@udea.edu.co</a> y <a href="mailto:proyectopsicosociales@gmail.com">proyectopsicosociales@gmail.com</a>_____</p>
<p>Agradecimientos y datos de contacto</p>	<p>Muchas gracias por su participación, le recuerdo que este estudio/investigación es de carácter confidencial, tiene fines científicos y hace parte de un estudio dirigido por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.</p> <p>Fecha _____</p> <p>Firma o seudónimo_____</p> <p>Cualquier inquietud, puede comunicarse con la presidenta del Comité de Ética de la Facultad Nacional de Salud Pública. Dra. Mónica Soto Velásquez. Contacto 3146258447. Correo Electrónico: <a href="mailto:monica.soto@udea.edu.co">monica.soto@udea.edu.co</a> y <a href="mailto:eticasaludpublica@udea.edu.co">eticasaludpublica@udea.edu.co</a>.</p>