

**Construcción Participativa De Acciones De Autogestión En Salud Con Mujeres Rurales
Víctimas Del Conflicto Mediante IAP En San Diego, Cesar -2025**

Autoras

Ximena Montero Cañate

Nina Morales González

Asesor

Isabel Guerra Dangond

Especialista en Docencia y Pedagogía, Magister en Enfermería

Universidad Popular Del Cesar

Especialización en Salud Familiar y Comunitaria

Valledupar Cesar

2026

Dedicatoria

A Dios, por darme la fortaleza y la sabiduría necesarias para culminar este camino.
A mi familia, por ser mi refugio, mi impulso y mi razón para seguir adelante en cada etapa de este proceso.

A mis padres, quienes con su ejemplo me enseñaron que los sueños se construyen con esfuerzo y determinación.

A quienes estuvieron presentes en los días difíciles, brindándome apoyo, ánimo y comprensión.

A cada experiencia vivida durante este camino, porque en cada reto encontré una oportunidad para crecer.

Agradecimientos

Agradecemos a nuestros tutores su orientación y compromiso los cuales fueron muy importante para el alcanzar la realización de nuestro trabajo.

A la universidad por facilitar las herramientas y los debidos asesores para las diferentes etapas del proceso

A mis compañeros por el apoyo mutuo en cada una de las etapas que sirvieron de mucho ánimo para continuar a la meta

Y por último a esas personas que contribuyeron de manera positiva a la realización de nuestro trabajo de tesis.

Tabla de Contenido

Titulo	6
Resumen	7
Abstract.....	8
Introducción	9
Planteamiento del Problema	10
Formulación del Problema	13
Propósitos	14
Propósito General	14
Propósitos Específicos	14
Justificación	15
Línea de Investigación.....	17
Marco Antecedentes	18
Marco Teórico.....	21
Violencias basadas en género y conflicto armado: afectaciones y evidencias	21
Ruralidad, inequidades sanitarias y barreras de acceso	22
Teoría del Desarrollo Comunitario de Chambers.....	22
Investigación-Acción-Participativa (IAP) y pedagogía dialógica como praxis transformadora	23
Anclaje sectorial y de política pública para la atención a víctimas	24
Marco conceptual	25
Marco contextual.....	27
Marco Normativo	29
Metodología	31
Tipo de Diseño	31
Criterios de inclusión.....	31
Criterios de exclusión	31
Población y muestra.....	31
Fases de la investigación.....	32
Fase 1. Diagnóstico participativo	32
Fase 2. Cocreación de estrategias	32
Fase 3. Piloto y evaluación participativa	33

Técnicas e instrumentos	33
Plan de análisis	33
Consideraciones éticas	34
Resultados y discusión de los Resultados	35
Conclusiones	54
Recomendaciones	56
Referencias Bibliográficas	58
Anexos	63
Anexo 1. Consentimiento informado.....	63
Anexo 2. Entrevista Semiestructurada.....	64
Anexo 3. Acta de articulación con PIC del Hospital El Socorro.....	70
Anexo 4. Matriz de categorización	71
Anexo 5. Evidencia Fotográfica	Error! Bookmark not defined.

Título

**Construcción Participativa de Acciones de Autogestión en Salud con Mujeres Rurales
Víctimas del Conflicto mediante IAP en San Diego, Cesar**

Resumen

El presente trabajo describe una intervención comunitaria inicial orientada al fortalecimiento de la autogestión en salud de mujeres rurales víctimas del conflicto armado en el municipio de San Diego, Cesar. Desde un enfoque de Investigación-Acción Participativa (IAP) se desarrollaron tres fases: diagnóstico, codiseño e implementación. En la fase diagnóstica se identificaron afectaciones emocionales, barreras estructurales de acceso al sistema de salud y prácticas de autocuidado limitadas, en concordancia con los patrones de vulnerabilidad descritos en la literatura nacional e internacional sobre salud rural y conflicto armado. Posteriormente, se realizó un taller de codiseño que permitió construir estrategias simples y culturalmente pertinentes, tales como microrrutinas de autocuidado, acuerdos de apoyo entre pares, mapas locales de rutas de atención y activación de redes comunitarias. La fase de implementación incluyó sesiones grupales, visitas domiciliarias, canalización a los programas de PyMS y articulación con la ESE (Empresas Sociales del Estado), el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y la ruta PAPSIVI, (Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas) garantizando atención psicosocial y acceso efectivo a tamizajes y servicios preventivos. La intervención, aunque sencilla y de alcance inicial, favoreció la participación activa de las mujeres, fortaleció sus capacidades de autocuidado y promovió la continuidad del cuidado en el sistema de salud. Estos resultados demuestran que las acciones participativas, aun en pequeña escala, pueden constituir un punto de partida sólido para procesos sostenidos de co- construcción en salud comunitaria.

Palabras clave: Autogestión en salud; mujeres rurales; conflicto armado; Investigación-Acción Participativa; salud comunitaria.

Abstract

This study describes an initial community-based intervention aimed at strengthening health self-management among rural women affected by the armed conflict in San Diego, Cesar. Using a Participatory Action Research (PAR) approach, the process was developed in three stages: diagnosis, co-design and implementation. The diagnostic phase identified emotional distress, structural barriers to healthcare access, and limited self-care practices, reflecting vulnerability patterns widely documented in rural and conflict-affected populations. Subsequently, a co-design workshop enabled the development of simple, context-appropriate strategies such as micro-routines for self-care, peer support agreements, community-based care pathways, and activation of local support networks. The implementation phase included group educational sessions, home visits, referral to PyMS preventive programs, and coordinated work with the local public health provider (ESE), the Collective Interventions Plan (PIC), and the PAPSIVI psychosocial care route. This articulation ensured appropriate referral, psychosocial support and effective access to preventive services and screenings. Although modest in scale, the intervention strengthened women's participation, enhanced their self-care capacities and promoted sustained engagement with the healthcare system. The findings suggest that small-scale participatory actions can meaningfully contribute to long-term community health empowerment processes.

Keywords: Health self-management; rural women; armed conflict; Participatory Action Research; community health

Introducción

Los conflictos armados continúan siendo una amenaza para el desarrollo humano y la garantía de derechos fundamentales, especialmente en territorios donde los sistemas sociales y sanitarios presentan fragilidades históricas. En este escenario, las comunidades rurales se ven expuestas a dinámicas de violencia que trascienden el daño físico inmediato y producen afectaciones profundas de orden emocional, social y económico. Dentro de estas poblaciones, las mujeres, los niños y los adolescentes enfrentan riesgos particulares derivados de factores como el género, la edad, la precariedad en el acceso a servicios básicos y la exposición prolongada a situaciones traumáticas asociadas al desplazamiento forzado, la violencia sexual y la fragmentación de sus redes de apoyo.

A medida que la violencia transforma los entornos y altera las relaciones comunitarias, también genera consecuencias indirectas que inciden en la salud mental, la autonomía y el bienestar integral de quienes sobreviven a estas experiencias. Por esta razón, comprender los impactos que el conflicto armado produce sobre la vida cotidiana de las mujeres rurales resulta indispensable para diseñar estrategias que respondan de manera pertinente a sus necesidades. En particular, es necesario abordar tanto las huellas emocionales como las barreras estructurales que limitan su acceso a la salud, su capacidad de participación y sus posibilidades de reconstrucción de proyectos vitales.

En este marco, la investigación busca analizar estas realidades desde una perspectiva integral que permita no solo describir las afectaciones presentes, sino también identificar rutas de acción orientadas a fortalecer la autogestión, la participación comunitaria y el ejercicio de los derechos en salud. Aunque cada contexto presenta particularidades, los patrones comunes observados en territorios afectados por la violencia ofrecen elementos valiosos para orientar procesos de transformación social que promuevan la equidad, la dignidad y la reparación colectiva.

De este modo, el estudio se propone aportar a la comprensión crítica de las condiciones que enfrentan las mujeres rurales víctimas del conflicto armado en San Diego, Cesar, al tiempo que busca construir, junto con ellas, alternativas que contribuyan al mejoramiento de su bienestar y a la consolidación de comunidades más resilientes y participativas.

Planteamiento del Problema

El conflicto armado en Colombia ha dejado más de 10,2 millones de personas reconocidas como víctimas en el Registro Único de Víctimas (RUV), de las cuales el 50,2 % son mujeres; entre las principales afectaciones se encuentran el desplazamiento forzado (más de 8,8 millones de registros), las amenazas (764 mil), la desaparición forzada (200 mil) y los homicidios (1,1 millones), configurando un entorno de daño múltiple con consecuencias directas e indirectas sobre la salud y el bienestar, especialmente en territorios rurales (Unidad para las Víctimas, s. f.; Defensoría del Pueblo, 2025). En este contexto, las mujeres enfrentan vulnerabilidades diferenciadas por razones de género, posición socioeconómica y barreras de acceso a servicios esenciales, lo que agrava su exposición a violencias basadas en género y limita su autonomía sanitaria y social, de acuerdo a la información de la unidad de víctimas a corte de febrero del 2026 se encuentran reportadas 20.042 personas víctimas de las cuales el 50% corresponde a población femenina lo que evidencia el impacto negativo sobre esta población marcado por la vulnerabilidad.

El departamento del Cesar concentra un volumen alto de víctimas y persisten brechas en reparación y acceso a servicios. Reportes oficiales recientes documentan jornadas de indemnización administrativa que, si bien representan avances, evidencian la magnitud de la población afectada y la necesidad de respuestas sostenidas: por ejemplo, en Valledupar y Aguachica fueron entregadas 899 cartas , sumando un valor \$7.253 millones (abril de 2025), y una nueva entrega a mitad del año 2025 sumando un valor de \$4.200 millones a nuevas víctimas con un universo departamental cercano a 370.000 víctimas residentes (Unidad para las Víctimas, 2025; Primera Línea, 2025). A escala municipal, en San Diego (Cesar), diagnósticos de planeación local y trabajos académicos recientes resaltan una altísima proporción de población reconocida como víctima y una composición mayoritaria de mujeres, lo que refuerza la urgencia de estrategias de salud con enfoque territorial y de género (Plan de Desarrollo Municipal 2024–2027; Guerra Dangond et al, 2025).

La salud mental emerge como dimensión crítica. La OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la Salud) definen la salud mental como un estado de bienestar que habilita el afrontamiento del estrés, el aprendizaje, el trabajo y la contribución a la comunidad; es un derecho humano y un pilar del desarrollo social, pero presenta una brecha de

atención marcada, especialmente en contextos de pobreza, violencia e inequidad (OMS, 2025; OPS, 2023). En mujeres sobrevivientes del conflicto y de violencias basadas en género se reportan altas prevalencias de TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático), ansiedad, depresión y disfunciones sexuales, con barreras persistentes para el acceso oportuno a servicios integrales (Peralta-Jiménez & Urrego-Mendoza, 2022; Barchelot Aceros et al, 2023). Las revisiones recientes en Colombia muestran, además, déficits en la oferta y calidad de la atención en salud mental para víctimas y limitaciones de acceso en territorios periféricos (Rocha-Buelvas et al, 2024).

A estas afectaciones se superponen brechas estructurales rurales: el Índice de Salud Rural 2024 (Así Vamos en Salud) advierte insuficiencia de infraestructura, déficit agudo de talento humano y riesgo financiero para las ESE rurales; por ejemplo, entre 2022 y 2024, las instituciones en riesgo alto pasaron de 16,8 % a 37,3 %, mientras coberturas de servicios clave como depresión en APS o mamografías no superan 1 % en municipios rurales dispersos (Edición Médica, 2026). Un análisis complementario destaca la brecha digital, la dispersión geográfica y la baja disponibilidad de especialistas como factores que comprometen la continuidad de la atención y profundizan desigualdades territoriales (Consultorsalud, 2025). Estas limitaciones impactan con mayor severidad a mujeres rurales, para quienes persisten brechas en inclusión productiva, empleo y acceso a servicios, elevando la carga de cuidados no remunerados y la vulnerabilidad socioeconómica (SAC/CEPAL, 2025).

En respuesta a este panorama, el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) constituye el marco sectorial para garantizar rehabilitación integral con enfoque psicosocial y diferencial. Sin embargo, los boletines de implementación y los reportes territoriales sugieren heterogeneidad en capacidades y desempeño, por lo que se requieren modelos participativos que fortalezcan la apropiación local y la sostenibilidad (Ministerio de Salud, s. f.; Unidad para las Víctimas, 2025). En el municipio de San Diego, la dinámica de entregas, mesas de víctimas e iniciativas de apoyo es positiva, pero no sustituye la necesidad de autogestión en salud liderada por mujeres, articulada a determinantes sociales y conectada con redes institucionales y comunitarias (Noticias 625, 2025).

La literatura sobre Investigación-Acción-Participativa (IAP) en Colombia sustenta la pertinencia de metodologías colaborativas para construir conocimiento y transformar realidades con comunidades afectadas en conjunto. Desde los aportes de Orlando Fals Borda y la pedagogía dialógica de Paulo Freire, la IAP enfatiza protagonismo comunitario, diálogo de saberes y acción colectiva para modificar condiciones de vida y relaciones de poder (Fals Borda, 2000/2004; Calderón & López, 2014; Freire, 1970/2005). En la región, experiencias recientes que construyen intervenciones de enfermería con mujeres víctimas del conflicto en zonas rurales de San Diego muestran que el empoderamiento comunitario mejora prácticas proactivas de autocuidado y participación en salud (Guerra Dangond et al, 2025).

En síntesis, el problema central en San Diego (Cesar) no es solo la elevada carga de victimización femenina, sino la ausencia de procesos participativos sistemáticos que habiliten a las mujeres rurales víctimas del conflicto para identificar necesidades y recursos, activar redes de apoyo, construir estrategias culturalmente pertinentes y sostener procesos de autogestión en salud frente a barreras estructurales persistentes. Se plantea, por tanto, la necesidad de una investigación cualitativa IAP que diagnostique participativamente las brechas y cocree acciones de bienestar y autogestión con enfoque de género y territorial, articuladas con el PAPSIVI y las instancias locales de víctimas, para fortalecer la autonomía sanitaria, el tejido comunitario y la incidencia en políticas públicas en el municipio (Ministerio de Salud, s. f.; Unidad para las Víctimas, 2025; Fuentes Ramírez et al, 2025).

Formulación del Problema

¿Cómo se puede construir participativamente acciones de autogestión en mujeres rurales víctimas del conflicto mediante IAP en San Diego, Cesar-2025?

Propósitos

Propósito General

Construir con participación activa de mujeres rurales afectadas por el conflicto armado estrategias de bienestar y autogestión de la salud en el municipio de San Diego Cesar.

Propósitos Específicos

- ❖ Identificar participativamente las barreras, necesidades y recursos que enfrentan las mujeres víctimas del conflicto armado en zona rural del municipio de San Diego Cesar.
- ❖ Construir en conjunto con las mujeres estrategias de autogestión en salud que integren las necesidades específicas de la población objeto de estudio.
- ❖ Implementar estrategias encaminadas a las necesidades identificadas en las mujeres víctimas del conflicto de la zona rural del Municipio de San Diego- Cesar.

Justificación

El conflicto armado colombiano ha impactado de manera desproporcionada a las mujeres rurales, al entrecruzar violencias sociopolíticas, desigualdades de género y barreras históricas de acceso a servicios esenciales. El Registro Único de Víctimas reporta más de 10,2 millones de personas reconocidas como víctimas, de las cuales el 50,2 % son mujeres; entre los hechos victimizantes sobresalen el desplazamiento forzado, las amenazas, la desaparición forzada y los homicidios, con efectos directos e indirectos sobre la salud y el bienestar de las comunidades (Unidad para las Víctimas, s. f.; Defensoría del Pueblo, 2025). Este patrón de daño tiene resonancia global: la serie de *The Lancet* sobre salud de mujeres, niños y adolescentes en contextos de conflicto estima que en 2017 aproximadamente 16 millones de mujeres y 36 millones de niños fueron desplazados, y que los efectos indirectos de la guerra (colapso de servicios, inseguridad alimentaria, riesgos ambientales) superan los efectos directos de la violencia (Bendavid et al, 2021; Wise et al, 2021).

En Colombia, los hallazgos de la Comisión de la Verdad, documentan la especificidad de los daños contra las mujeres incluida la violencia sexual como práctica de control, así como sus estrategias de afrontamiento, resistencias y liderazgo comunitario que, sin embargo, no siempre se traducen en acceso efectivo a salud y reparación integral (Comisión de la Verdad, 2022a; 2022b). La evidencia clínica y cualitativa confirma una alta carga de TEPT, ansiedad y depresión, con polivictimización y disfunciones sexuales frecuentes en sobrevivientes; en Bojayá, por ejemplo, se halló >60 % con sintomatología compatible con TEPT (Peralta-Jiménez & Urrego-Mendoza, 2022; Barchelot Aceros et al, 2023). Esta carga psicosocial se agrava por brechas de atención y déficits de oferta en salud mental en territorios rurales, situación que la OPS/PAHO ha señalado como prioritaria en su Nueva Agenda para la Salud Mental en las Américas (OPS, 2023).

En el departamento del Cesar, donde se ubica San Diego, las condiciones de vida y la autonomía sanitaria de las mujeres rurales se acompañan de procesos participativos de base comunitaria.

Frente a este panorama, el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas PAPSIVI orienta la rehabilitación integral con enfoque psicosocial y diferencial, pero su implementación territorial es heterogénea, por lo que se requieren modelos participativos que fortalezcan apropiación local, agencia y sostenibilidad (Ministerio de Salud, s. f.). En San Diego, experiencias de co-construcción con mujeres víctimas muestran que el empoderamiento comunitario y el diálogo de saberes mejoran prácticas de autocuidado, participación y liderazgo en salud (Guerra Dangond et al, 2025). Esto converge con los fundamentos de la Investigación-Acción-Participativa (IAP) Fals Borda y la pedagogía dialógica de Freire que respaldan la construcción colectiva de conocimiento, la incidencia y la transformación de realidades en contextos de opresión (Fals Borda, 2000/2004; Freire, 1970/2005).

En suma, esta investigación es necesaria porque posibilita: a) identificar participativamente barreras, capacidades y necesidades en salud de mujeres rurales víctimas; b) cocrear estrategias de autogestión en salud culturalmente pertinentes, articuladas a PAPSIVI y a la Agenda de Mujeres, Paz y Seguridad recientemente institucionalizada en Colombia (SecurityWomen, 2024; NUPI, 2025) (Instituto Noruego de Asuntos Internacionales); y c) fortalecer la autonomía sanitaria, el tejido comunitario y la incidencia pública, generando evidencia útil para políticas con enfoque territorial y de género. La centralidad de la salud mental entendida por la OMS/OPS como un derecho humano y la persistencia de brechas estructurales rurales reafirman la pertinencia de un diseño IAP que potencie liderazgos femeninos y acciones colectivas sostenibles en San Diego, Cesar (OPS, 2023; Bendavid et al, 2021)

Línea de Investigación

Este trabajo se inscribe en la línea de formación y fomento del autocuidado porque aborda un problema donde la salud particularmente en contextos rurales afectados por el conflicto armado; no puede ser comprendida únicamente desde la atención clínica o institucional, sino desde la capacidad de las propias mujeres para reconocer, gestionar y sostener prácticas de cuidado que fortalezcan su bienestar físico, emocional y comunitario. En territorios como San Diego, Cesar, las brechas estructurales del sistema de salud incluyendo baja disponibilidad de personal médico, limitada cobertura en salud mental, deficiencia de infraestructura básica y restricciones en conectividad dificultan la continuidad del cuidado y hacen imprescindible que las mujeres desarrollen competencias autónomas de afrontamiento y protección cotidiana.

Además, la evidencia muestra que las mujeres víctimas del conflicto enfrentan cargas diferenciadas asociadas al trauma, la violencia sexual, la pérdida de redes de apoyo y la precariedad económica. Estas realidades incrementan su vulnerabilidad, pero también resaltan la necesidad de procesos de formación en autocuidado que integren dimensiones psicosociales, emocionales, comunitarias y culturales, permitiendo que cada mujer identifique sus recursos internos, resignifique experiencias traumáticas y potencie su autonomía en la toma de decisiones sobre su propia salud.

Marco Antecedentes

A escala global, la evidencia científica ha mostrado de manera consistente que los efectos del conflicto armado sobre la salud de las mujeres y la población infantil son profundos y se extienden más allá de la violencia directa. La Serie de The Lancet (Es una de las revistas académicas de mayor impacto del mundo) en una publicación sobre salud de mujeres y niños en contextos de conflicto concluye que, en 2017, más de 16 millones de mujeres y 36 millones de niños se encontraban desplazados forzosamente, y que vivir a menos de 50 km de un escenario bélico incrementa de forma significativa la mortalidad por causas indirectas como desnutrición, enfermedades infecciosas y complicaciones obstétricas (Bendavid et al, 2021). Asimismo, diversos análisis de política humanitaria evidencian que los riesgos para la provisión de servicios de salud aumentan debido a ataques deliberados contra infraestructura médica y personal sanitario, lo que limita la atención oportuna de mujeres y niñas en zonas afectadas por el conflicto (Wise et al, 2021).

Además, estudios comparativos de diez países afectados por la guerra, incluidos Afganistán, Nigeria y Colombia, han documentado fallas estructurales en la entrega de intervenciones esenciales en salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente (SRMNAH), destacando que la respuesta sanitaria humanitaria carece de suficiente evidencia operacional y adaptación contextual (Singh et al, 2021). En paralelo, el Global Report on Internal Displacement subraya el crecimiento sostenido del desplazamiento interno, donde mujeres y niñas representan más de la mitad de las personas desplazadas por violencia a nivel mundial, agudizando los riesgos de violencia sexual y explotación (IDMC, 2021).

De forma complementaria, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/PAHO) ha advertido que la salud mental en las Américas atraviesa una crisis exacerbada por la pandemia y por la persistencia de desigualdades estructurales. Su Agenda para la Salud Mental 2023 insiste en fortalecer la capacidad comunitaria, la atención primaria y los enfoques de derechos humanos para mujeres afectadas por situaciones de violencia y conflicto (OPS, 2023). Asimismo, el informe *Health in the Americas 2022* confirma un incremento del 25 % en ansiedad y 27 % en depresión tras la pandemia, especialmente entre poblaciones rurales y vulnerables (PAHO, 2022).

En el ámbito nacional, Colombia ha documentado de manera rigurosa los impactos diferenciados del conflicto armado sobre las mujeres. La Comisión de la Verdad, en su volumen *Mi cuerpo es la verdad*, señala que la violencia sexual fue usada como estrategia de control territorial, disciplinamiento social y silenciamiento de las mujeres, generando daños profundos en salud física, emocional y comunitaria (Comisión de la Verdad, 2022a). Estos hallazgos se complementan con el informe general *Hay futuro si hay verdad*, donde se enfatizan las resistencias y formas de afrontamiento colectivo de las mujeres, así como la necesidad de enfoques territoriales y psicosociales en la reparación integral (Comisión de la Verdad, 2022b).

En cuanto a salud mental y sexual, estudios clínicos recientes revelan prevalencias alarmantes de trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad y disfunciones sexuales en sobrevivientes de violencia sexual y desplazamiento. En Bojayá, más del 60 % de las mujeres evaluadas presentaron sintomatología compatible con TEPT (Peralta-Jiménez & Urrego-Mendoza, 2022). De manera similar, investigaciones en Cartagena reportan relaciones claras entre violencia sexual, condiciones de vida precarias y sintomatología psiquiátrica severa (Fernández-Ruiz et al, 2023).

Por otro lado, los análisis socio-jurídicos señalan que, aunque las mujeres han sido centrales en la construcción del derecho a la reparación, persiste una brecha significativa entre el número de personas inscritas como víctimas y aquellas que reciben reparación efectiva (Zapata Serna, 2021).

La problemática se agrava debido a las brechas del sistema de salud rural colombiano, particularmente en departamentos golpeados por el conflicto. El Índice de Salud Rural 2024 muestra que el porcentaje de ESE en riesgo financiero pasó de 16,8 % en 2022 a 37,3 % en 2024, junto con coberturas críticas inferiores al 1 % en servicios sensibles como atención a depresión o mamografías (Así Vamos en Salud, 2025; Edición Médica, 2026).

En el departamento del Cesar, la magnitud del conflicto ha dejado una cifra cercana a 370.000 víctimas residentes, lo que convierte al territorio en uno de los más afectados del país (Primera Línea, 2025). En 2025, la Unidad para las Víctimas entregó 899 cartas de indemnización por \$7.253 millones en Cesar, una acción relevante pero insuficiente frente a las necesidades de

salud mental, acompañamiento psicosocial y fortalecimiento comunitario que demanda esta población (Unidad para las Víctimas, 2025).

A nivel municipal, el Plan de Desarrollo 2024–2027 de San Diego reconoce que una parte considerable de su población es víctima del conflicto armado y destaca la urgencia de intervenciones con enfoque territorial, diferencial y de género (Plan de Desarrollo Municipal, 2025). Finalmente, una investigación desarrollada en zonas rurales del municipio centrada en procesos de empoderamiento comunitario y autocuidado con mujeres víctimas ha evidenciado que las estrategias construidas generan mejoras en prácticas de salud, fortalecimiento de redes y mayor liderazgo comunitario (Guerra Dangond et al, 2025).

En conjunto, los antecedentes revisados permiten sustentar la pertinencia y urgencia del presente estudio, pues evidencian que, tanto a nivel internacional como nacional y local, las mujeres rurales víctimas del conflicto experimentan afectaciones profundas y persistentes en salud mental, sexual y comunitaria, en un contexto marcado por limitaciones estructurales del sistema de salud y por múltiples desigualdades territoriales. Asimismo, los estudios previos demuestran que los enfoques tradicionales de atención son insuficientes si no incorporan perspectivas participativas, enfoque diferencial y fortalecimiento de capacidades locales. Así, las experiencias locales en el Cesar validan que la construcción de estrategias de autocuidado y empoderamiento comunitario es una vía efectiva para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres. Estos elementos proporcionan la base conceptual, metodológica y contextual para desarrollar una investigación IAP orientada al fortalecimiento del autocuidado, la autonomía sanitaria y la reconstrucción del tejido social en las mujeres rurales de San Diego.

Marco Teórico

La salud, salud mental y determinantes sociales entendida desde la promoción y la salud pública, es un derecho y un proceso dinámico en el que reúne factores individuales, sociales y estructurales (educación, ingreso, territorio, género, redes y servicios) que ajustan oportunidades o riesgos a lo largo del curso de vida.

En la Región de las Américas, la OPS/PAHO destaca que las necesidades no atendidas en salud mental son una fuente principal de morbilidad y discapacidad, situación agudizada por la pandemia y por brechas históricas de acceso, por lo que propone una agenda prioritaria basada en derechos, equidad y fortalecimiento de la atención primaria (OPS, 2023; PAHO, 2022). En consonancia, la OMS define la salud mental como un estado de bienestar que habilita a las personas para afrontar el estrés, aprender, trabajar y contribuir a la comunidad, subrayando el papel de los determinantes sociales y las desigualdades en su configuración (OMS, 2025). En Colombia, el Análisis de Situación de Salud 2024 incorpora el conflicto y la criminalidad organizada como determinantes contextuales con efectos relevantes sobre la carga de enfermedad y la capacidad institucional para responder a problemas psicosociales y de salud mental (Ministerio de Salud, 2024).

Violencias basadas en género y conflicto armado: afectaciones y evidencias

La literatura internacional muestra que, en contextos de conflicto, los efectos indirectos sobre la salud de mujeres, niños y adolescentes superan a los directos: más mortalidad por causas no violentas, interrupción de servicios esenciales y aumento de riesgos reproductivos y psicosociales. En 2017, aproximadamente 16 millones de mujeres y 36 millones de niños estaban desplazados; además, residir a menos de 50 km de un frente de guerra aumenta la mortalidad por causas prevenibles (Bendavid et al, 2021). Por su parte, la acción humanitaria enfrenta restricciones políticas y de seguridad, incluyendo ataques a servicios y personal sanitario que afectan de forma diferencial a mujeres y niñas (Wise et al, 2021). En Colombia, la Comisión de la Verdad documentó la violencia sexual como práctica de control territorial y disciplinamiento social, así como las formas de afrontamiento y resistencias de las mujeres, con recomendaciones para enfoques psicosociales y territoriales en la reparación (Comisión de la Verdad, 2022a; 2022b). Estudios clínicos-epidemiológicos confirman altas prevalencias de TEPT, ansiedad, depresión y disfunciones sexuales en sobrevivientes, por ejemplo, en Bojayá (Peralta-Jiménez &

Urrego-Mendoza, 2022) y en Cartagena (Fernández-Ruiz et al, 2023), evidenciando la necesidad de intervenciones integrales, culturalmente pertinentes y sostenibles (Peralta-Jiménez & Urrego-Mendoza, 2022; Fernández-Ruiz et al, 2023).

Ruralidad, inequidades sanitarias y barreras de acceso

En territorios rurales, las brechas en servicios básicos, infraestructura sanitaria, talento humano y conectividad digital condicionan la continuidad del cuidado y agravan los resultados en salud. El Índice de Salud Rural 2024 reporta las Empresas Sociales del Estado (ESE) clasificadas en alto riesgo financiero representan un incremento de alarma, pasando del 16,8% en 2022 al 37,3% en 2024. Este deterioro se agrava por coberturas mínimas en indicadores trazadores críticos, como salud mental y tamización oncológica, que no superan el 1% en municipios rurales dispersos, evidenciando brechas estructurales en el acceso a servicios esenciales.

(Así Vamos en Salud, 2025; Edición Médica, 2026). Complementariamente, análisis sectoriales y periodísticos documentan déficits de agua potable, alcantarillado, médicos por habitante y conectividad, limitando la adopción de telemedicina y la oportunidad de los cuidados (Consultorsalud, 2025; Semana, 2025). Estos hallazgos dialogan con el ASIS 2024, que reconoce explícitamente los determinantes sociales y de conflicto como condicionantes del desempeño del sistema (Ministerio de Salud, 2024).

Teoría del Desarrollo Comunitario de Chambers

La Teoría del Desarrollo Comunitario de Robert Chambers constituye un marco fundamental para comprender procesos participativos en territorios rurales afectados por desigualdad y conflicto. Chambers plantea que el desarrollo tradicional reproduce sesgos de top-down, tecnocracia, extractivismo del conocimiento local y exclusión de las voces comunitarias (Chambers, 1994; Kapoor, 2002). Para contrarrestar estas limitaciones, propone el enfoque de Participatory Rural Appraisal (PRA), definido como un “conjunto de métodos y enfoques que permiten a las comunidades analizar, compartir y mejorar su propio conocimiento sobre sus condiciones de vida para planear y actuar” (Chambers, 1994).

Entre los aportes centrales de su teoría destacan:

- Inversión de la mirada (“putting the last first”): reconocer y priorizar el conocimiento de los sectores históricamente marginados (Chambers, 1994; Mohan, 2002).
- Metodologías participativas que facilitan el análisis colectivo del territorio: mapeos sociales, calendarios estacionales, análisis de tendencias, transectos y matrices de priorización (Chambers, 1994).
- Crítica al rol del facilitador externo: que no debe dirigir, sino facilitar, catalizar y favorecer el protagonismo comunitario (Kapoor, 2002).
- Énfasis en la acción colectiva: el análisis participativo debe conducir a acciones concretas orientadas al bienestar, la autonomía y la transformación social.

El enfoque de Chambers integra influencias de la pedagogía de Paulo Freire particularmente la concientización y el diálogo horizontal y la Investigación-Acción-Participativa, promoviendo comunidades capaces de analizar sus condiciones, cuestionar estructuras de poder y construir alternativas propias (Chambers, 1994; Freire, 1970/2005).

Esta teoría resulta especialmente relevante para escenarios de posconflicto, pues se centra en la autonomía comunitaria, la validación del conocimiento local, la acción colectiva, el reconocimiento de desigualdades y la necesidad de procesos sostenidos de participación para la transformación social y territorial.

Investigación-Acción-Participativa (IAP) y pedagogía dialógica como praxis transformadora

La IAP, desarrollada en América Latina por Orlando Fals Borda, se centran en una praxis transformadora que integra conocimiento, acción y compromiso social, postula la construcción colectiva del conocimiento con las comunidades y la articulación entre investigación y acción para transformar realidades de opresión; se trata de una metodología que reconoce a los sujetos como protagonistas y no como informantes pasivos (Fals Borda, 2000/2004). En paralelo, la pedagogía del oprimido de Paulo Freire sostiene que la educación es práctica de libertad y que el diálogo crítico (“temas generadores”, concientización y praxis) es el medio para problematizar la vida cotidiana y modificar relaciones de poder (Freire, 1970/2005). En contextos de posconflicto, estos

enfoques facilitan procesos participativos que validan saberes locales, fortalecen agencia y abren rutas de reparación psicosocial más allá del tratamiento individual, integrando autocuidado y empoderamiento como fines y medios del cambio (Fals Borda, 2000/2004; Freire, 1970/2005).

Anclaje sectorial y de política pública para la atención a víctimas

En Colombia, el PAPSIVI estructura la rehabilitación integral con enfoque psicosocial y diferencial para víctimas del conflicto, con componentes de atención integral en salud, atención psicosocial y estrategias transversales (participación, formación del talento humano y seguimiento). No obstante, su implementación presenta heterogeneidad territorial, lo que refuerza la pertinencia de modelos participativos y comunitarios de cuidado (Ministerio de Salud, s. f.). Además, el reciente Plan de Acción Nacional de Mujeres, Paz y Seguridad (2024–2034) incorpora metas sobre participación efectiva de mujeres, salud integral con énfasis en salud mental y prevención de violencias, lo que crea una ventana de oportunidad para alinear iniciativas locales de autocuidado y empoderamiento con la arquitectura de política pública (SecurityWomen, 2024; NUPI, 2025).

Marco conceptual

El desarrollo comunitario, entendido desde la perspectiva participativa propuesta por Robert Chambers, se fundamenta en el reconocimiento de que las comunidades poseen capacidades, saberes y dinámicas propias que deben constituirse en el eje de los procesos de transformación social.

La autogestión en salud mediante las perspectivas familiar se considera como un proceso de autorregulación que permite a la persona adquirir la capacidad de gestionar su propio bienestar, con el fin de promover una vida saludable con ayuda o sin ayuda de un profesional de la salud.

Chambers plantea que el desarrollo eficaz requiere un desplazamiento de prácticas verticales hacia metodologías horizontales, donde la población local participa en la identificación de problemas, la priorización de necesidades y la implementación de acciones para el cambio (Chambers, 1994). Este enfoque se orienta a “poner a los últimos de primeros”, de modo que los grupos históricamente marginados como las mujeres rurales víctimas del conflicto armado asuman un rol central en la reconstrucción de sus condiciones de vida (Mohan, 2002).

En este marco, conceptos como participación, autonomía, acción colectiva, análisis territorial, autogestión en salud, validación del conocimiento local y reciprocidad social constituyen pilares para la comprensión y práctica del desarrollo comunitario. La participación, más que un mecanismo instrumental, es una práctica transformadora que redistribuye poder y posibilita que las comunidades cuestionen estructuras de exclusión y construyan alternativas sostenibles desde sus propios saberes para asumir responsabilidad en el manejo de su propio bienestar físico, mental y social, mediante decisiones informadas, autocuidado y cambios en estilos de vida. (Kapoor, 2002).

Asimismo, el desarrollo comunitario incorpora herramientas analíticas propias del Participatory Rural Appraisal (PRA), tales como mapeos sociales, calendarios estacionales, transectos y análisis de tendencias, que permiten a las comunidades interpretar de manera colectiva su realidad y fundamentar decisiones orientadas al bienestar social (Chambers, 1994).

La relación entre desarrollo comunitario y salud se fortalece al considerar que la salud es un proceso social condicionado por desigualdades estructurales, territoriales y de género. La

OPS/PAHO ha insistido en que los modelos efectivos de atención requieren participación comunitaria, enfoque de derechos y equidad para garantizar respuestas integrales y sostenibles, especialmente en salud mental y en contextos de conflicto y ruralidad (OPS, 2023; PAHO, 2022).

Finalmente, los procesos de desarrollo comunitario mantienen afinidad con la Investigación-Acción-Participativa (IAP) y la pedagogía dialógica de Paulo Freire, que conciben el cambio social como resultado del diálogo, la concientización y la praxis colectiva (Freire, 1970/2005; Fals Borda, 2004). Estos enfoques permiten comprender el territorio como un espacio de construcción continua donde las mujeres rurales pueden fortalecer su agencia, su capacidad de cuidado y su participación política.

Marco contextual

La persistencia del conflicto armado ha generado afectaciones estructurales en la población rural con especial impacto en las mujeres quienes enfrentan múltiples formas de violencia y exclusión en el acceso a derechos básicos en el departamento del Cesar, y en el municipio de San Diego ha sido resultado de un conflicto armado que ha transcurrido en el tiempo, dejando huellas en la población civil, especialmente en las zonas rurales, donde las mujeres han sido uno de los grupos más marcados por este conflicto, al sufrir diversas formas de violencia encontrándose el desplazamientos forzados, violencia sexual, pérdida de familiares, rupturas comunitarias y falta de acceso a derechos básicos como la salud, la educación y la justicia, cada uno de estos episodios enmarcan la problemática que enfrenta cada familia.

El municipio de san diego pertenece a la zona nor-oriental del Departamento del Cesar y tiene una superficie territorial de 670 Kilómetros cuadrados, que limitan por el norte, el oriente y el sur con el municipio de La Paz; y por el occidente con el municipio de Valledupar, con el río Cesar en medio. Se encuentra localizado a 180 metros de altura sobre el nivel del mar, siendo su temperatura promedio de 27 °C en la cabecera municipal y en las estribaciones de la Serranía del Perijá oscila entre 15 °C y 20 °C.

Es un municipio de actividad agrícola y ganadera el cual tiene 7 corregimientos y limita al norte con la capital Valledupar, al Sur con el municipio de Agustín Codazzi, al Nororiente con el municipio de la Paz, al occidente con la capital del Cesar.

“De acuerdo con el informe de la Unidad de Víctimas, en el municipio de San Diego se ubican 10.548 víctimas, de las cuales 9.065 son sujetos de atención, y una de ellas es víctima retornada del exterior, El 51% de las víctimas son mujeres y el 49% hombres. En cuanto a identidad de género, solo el 7,66% se identifica como hombre o mujer mientras que del resto no se tiene información; lo mismo ocurre respecto a la orientación sexual, solo el 7,41% se identifica como homosexual mientras que del resto no se tiene información” (Acuerdo Municipal N° 010 del 2024 Plan de Desarrollo Municipal 2024-2027 San Diego, s. f.).

Las limitantes visibilizaran a las mujeres rurales como víctimas pasivas limitando su participación en el diseño de estrategias y políticas públicas, en el municipio existe una necesidad

urgente de crear y transformar roles, de manera que pasen de ser receptoras de atención a autogestoras de salud, con una participación activa en procesos colectivos que fortalezcan su autonomía, su agencia y su capacidad de acción en los territorios a través del empoderamiento en salud este trabajo se enmarca en la autogestión ,la investigación participativa y el cuidado colectivo tomando como punto de partida las experiencias de las mujeres rurales del municipio.

Marco Normativo

El marco normativo que orienta la atención, participación y reparación de las mujeres víctimas del conflicto armado en Colombia se sostiene en instrumentos internacionales, nacionales y sectoriales que reconocen la salud, la participación y la autonomía como derechos fundamentales.

En primer lugar, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de la ONU establecen obligaciones para garantizar la participación significativa de las mujeres en escenarios de paz, así como su protección frente a violencias basadas en género y el acceso a servicios de salud integrales. Este marco internacional fundamenta la adopción de políticas nacionales centradas en la equidad, la prevención y la reparación.

A nivel nacional, la Ley 1448 de 2011 (Ley de Víctimas y Restitución de Tierras) constituye el principal instrumento jurídico que reconoce a las víctimas del conflicto como sujetos de derechos y establece medidas de asistencia, atención y reparación integral, incluyendo la dimensión psicosocial y la rehabilitación en salud. Esta ley incorpora un enfoque diferencial y de género, lo que implica atender las afectaciones específicas de las mujeres, reconocer su rol comunitario y promover su participación activa en los procesos de reparación.

En coherencia con esta normativa, el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) del Ministerio de Salud estructura una ruta de atención basada en tres componentes: atención integral en salud, atención psicosocial y estrategias transversales orientadas al fortalecimiento comunitario. El PAPSIVI destaca la importancia de enfoques territoriales, la participación comunitaria y la reconstrucción de redes, en sintonía con los principios del desarrollo comunitario (Ministerio de Salud, s. f.).

Asimismo, el Plan Nacional de Desarrollo y las políticas derivadas del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) orientan la organización de los servicios de salud en territorios rurales, enfatizando la reducción de desigualdades, el fortalecimiento de la atención primaria y la participación social en salud. Estos lineamientos son especialmente relevantes en departamentos como el Cesar, donde persisten brechas en infraestructura, talento humano y acceso a servicios sanitarios (Así Vamos en Salud, 2025).

Finalmente, la Agenda Nacional Mujeres, Paz y Seguridad (2024-2034) establece prioridades para garantizar la participación efectiva de las mujeres en procesos de paz, acceso a salud integral incluida la salud mental y protección frente a violencias, incorporando un enfoque territorial y rural que articula directamente con los principios del desarrollo comunitario (SecurityWomen, 2024).

Metodología

Tipo de Diseño

El estudio se enmarca en un paradigma teórico crítico, bajo una metodología cualitativa de Investigación-Acción-Participativa (IAP). La IAP se justifica por su orientación a la reflexión–acción, la creación con la comunidad y la transformación de las condiciones que generan desigualdades en salud; en salud pública, la IAP ha probado ser útil para involucrar a las personas en la toma de decisiones que afectan su salud y reducir inequidades al convertir a las participantes en agentes activas del cambio (Baum, MacDougall & Smith, 2006).

Criterios de inclusión

- Mujer ≥ 18 años;
- Residencia ≥ 1 año en veredas del municipio;
- Condición de víctima del conflicto (registro en RUV y/o autoidentificación con relato situado); disposición para participar en las tres fases;
- Firma de consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Alteraciones cognitivas o del lenguaje que impidan la comprensión del consentimiento sin apoyo de un/a representante
- Población migrante
- Personas cuyo hecho victimizante no haya ocurrido en el territorio colombiano

Población y muestra

La población corresponde a mujeres adultas residentes en zona rural del municipio de San Diego (Cesar), víctimas del conflicto armado (según RUV o autoidentificación sustentada en hechos victimizantes), con interés en participar en procesos comunitarios de salud.

Se empleó muestreo intencional con variación máxima (edad, vereda, condición de jefatura de hogar, situación de cuidado, hechos victimizantes), buscando riqueza informativa más que representatividad estadística, como recomiendan los enfoques cualitativos participativos

(Cornwall & Jewkes, 1995; Baum et al, 2006). La muestra prevista es de 20 mujeres, justificada metodológicamente por la evidencia de saturación temática en entrevistas entre 12 y 16 participantes en grupos relativamente homogéneos (Guest, Bunce & Johnson, 2006) y la recomendación de 16-24 para lograr saturación de significado (comprensión profunda de los temas), especialmente cuando se busca diversidad intra-grupo; así, 20 participantes es un punto de equilibrio razonable para alcanzar significados ricos y heterogeneidad sin perder profundidad IAP (Hennink, Kaiser & Marconi, 2017; Guest et al, 2006)

Fases de la investigación

Fase 1. Diagnóstico participativo

Propósito 1: Identificar participativamente las barreras, necesidades y recursos que enfrentan las mujeres víctimas del conflicto armado en zona rural del municipio de San Diego Cesar

Para este objetivo se implementó las entrevistas semiestructuradas clave, con el fin de triangular hallazgos y recoger información al respecto (Guest et al, 2006; Hennink et al, 2017). Producto: perfil participativo de necesidades/capacidades y un árbol de problemas-soluciones (Semana 1)

Fase 2. Cocreación de estrategias

Propósito 2: Construir en conjunto con las mujeres estrategias de autogestión en salud que integren las necesidades específicas de la población objeto de estudio.

Sobre la base de las prioridades consensuadas en la semana anterior, se llevó a cabo un taller de co-diseño en el que el grupo transformará los problemas priorizados en estrategias simples y factibles en pocos días como las micro rutinas de autocuidado, acuerdos de apoyo entre pares, señalización de una ruta local de atención o una hoja de pasos para activar redes de ayuda (Semana 2).

Fase 3. Piloto y evaluación participativa

Propósito 3: Implementar estrategias encaminadas a las necesidades identificadas en las mujeres víctimas del conflicto de la zona rural del Municipio de San Diego- Cesar

Se realizó un piloto en el que las mujeres pondrían en práctica las estrategias pactadas, mediante bitácoras simplificadas de uso voluntario (tres casillas diarias: si aplicó la acción, qué obstáculo encontró, qué apoyo movilizó). Al terminar el piloto se efectuó una sesión breve para que las participantes compartan y seleccionen de manera dialogada dos o tres relatos de cambio significativo en los dominios acordados, explicitando por qué consideran valiosos dichos cambios; y se realizará un grupo focal de cierre para validar aprendizajes, retroalimentación, identificar ajustes y proponer pasos siguientes (Semana 3).

Técnicas e instrumentos

Entrevista semiestructurada (F1-Obj1): guía flexible (contexto de salud, experiencias de conflicto, redes, barreras/facilitadores, prácticas de cuidado).

Grupo focal (F1/F3-Obj1/3): contraste colectivo y evaluación participativa; útil para construir interpretaciones y priorizaciones (Baum et al, 2006).

Taller de co-diseño (F2-Obj2): herramientas visuales simples y hojas de ruta para traducir hallazgos en estrategias factibles (Chambers, 1994).

Método del Cambio más Significativo MSC (F2/F3-Obj2/3): historias de cambio y selección deliberativa de las más significativas (Dart & Davies, 2003; Davies & Dart, 2005).

Plan de análisis

Se realizará análisis temático reflexivo (fases de familiarización, codificación, búsqueda/revisión/definición de temas y reporte), manteniendo la reflexividad del equipo y teniendo en cuenta las devoluciones con sugerencias por parte de las participantes y así poder que lograr una fácil interpretación en el proceso de definición de los temas. El método es accesible, flexible y riguroso para identificar patrones de significado y sostener decisiones analíticas transparentes (Braun & Clarke, 2006).

La decisión de parar el muestreo se justificará con tablas de saturación (códigos nuevos por entrevista) y notas analíticas, diferenciando saturación de códigos.

Consideraciones éticas

La investigación cumplirá la Resolución 8430 de 1993 (Colombia), incluyendo la existencia de Comité de Ética, clasificación del riesgo, consentimiento informado y medidas de confidencialidad y protección de datos (art. 5 y ss.) (MinSalud, 1993). Se acatarán los Principios de la Declaración de Helsinki (AMM, versión 2013), priorizando la dignidad, bienestar y derechos de las participantes y la evaluación de riesgos/beneficios (AMM, 2013). Dado que pueden emerger relatos de violencia sexual o trauma, se seguirán las recomendaciones éticas y de seguridad de la OMS para indagaciones sobre violencia sexual en contextos de emergencia: minimizar riesgos, asegurar consentimiento informado, contar con rutas locales de atención antes de iniciar la recolección, proteger la confidencialidad y cuidar al equipo (WHO, 2007).

Procedimientos concretos: (a) consentimiento informado claro y escrito, con explicación de voluntariedad y retiro sin consecuencias; (b) aplicación de principios de entrevista informada por trauma (pausas, lenguaje no revictimizante, control de la participante sobre la narrativa); (c) resguardo de datos seudonimizados y almacenamiento cifrado; (d) derivación inmediata a PAPSIVI/Red local ante identificación de riesgo o necesidad de atención, en coherencia con la política sectorial (MinSalud, s. f.); (e) cuidado del equipo (supervisión y espacios de descarga emocional); (f) ajustes de seguridad en campo (lugares neutrales, horarios diurnos, logística compartida); (g) devolución clara y útil de hallazgos a la comunidad, evitando expectativas desproporcionadas.

Resultados y discusión de los Resultados

El presente capítulo expone de manera sistemática el análisis de los datos obtenidos durante el desarrollo de la investigación, así como la presentación de los resultados derivados del proceso de recolección y procesamiento de la información. A partir de los objetivos planteados y del diseño metodológico adoptado, se organizan y describen los hallazgos más relevantes, estableciendo relaciones entre las categorías de análisis. Este apartado busca no solo mostrar los resultados de forma clara, sino también ofrecer una base analítica que permita su posterior interpretación y discusión en relación con el marco teórico y los antecedentes investigativos.

Identificar participativamente las barreras, necesidades y recursos que enfrentan las mujeres víctimas del conflicto armado en zona rural del municipio de San Diego Cesar.

El análisis cualitativo permitió establecer que las mujeres entrevistadas experimentan simultáneamente afectaciones derivadas del conflicto armado, sobrecarga emocional y síntomas de salud mental, barreras estructurales de acceso al sistema de salud, limitaciones en las prácticas de autocuidado y dependencia de redes comunitarias primarias. Estos hallazgos evidencian un entramado complejo de vulnerabilidades donde convergen violencia sociopolítica, precariedad rural y desigualdades de género, tal como lo han documentado estudios previos sobre salud y conflicto armado en Colombia

Categoría	Descripción
Afectaciones del conflicto	sobrecarga emocional y síntomas de salud mental
Barreras estructurales	Poca Accesibilidad al sistema de salud
Limitaciones en autocuidado	Dificultades para implementar prácticas de cuidado personal.
Dependencia comunitaria	Apoyo primario de redes locales ante ausencia de servicios formales.

Afectaciones del conflicto armado: pérdidas, desplazamiento y miedo sostenido

En primer lugar, las mujeres describen experiencias directas de violencia que incluyen homicidios, masacres y pérdidas familiares, las cuales configuran un daño profundo y persistente. Por ejemplo, una participante afirmó: *“cuando la masacre fue muy difícil, mis amiguitos los mataron”* (E1), mientras otra señaló: *“la muerte de mi padre (y guarda silencio)”* (E2). Estas narraciones coinciden con los hallazgos de la Comisión de la Verdad (2022a), que identificó patrones sistemáticos de homicidios y agresiones que impactaron de manera desproporcionada a las mujeres y sus familias, exacerbando traumas transgeneracionales.

Ilustración 1. Aplicación de las entrevistas semiestructurada



Nota: Fotografías obtenidas con autorización de las familias

De manera complementaria, se evidenció de forma reiterada el desplazamiento forzado, acompañado de un sentimiento permanente de inseguridad. Así, una entrevistada relató: *“vivir el desplazamiento... mataron a muchos amigos”* (E10), mientras otra manifestó: *“vivo con temor cada vez que escucho que hay gente armada”* (E7). Dichos testimonios son coherentes con la evidencia global recopilada por Bendavid et al. (2021), quienes concluyen que el desplazamiento y la exposición continua al conflicto incrementan la mortalidad y deterioran múltiples dimensiones del bienestar en mujeres y comunidades rurales.

En conjunto, estos relatos ponen de manifiesto que el daño derivado del conflicto no es un evento aislado sino un proceso acumulativo que continúa moldeando las condiciones de vida, la seguridad y la salud de las mujeres entrevistadas.

Salud mental: ansiedad, tristeza y recuerdos intrusivos

En segundo lugar, las entrevistas evidencian síntomas significativos de afectación emocional, caracterizados por ansiedad, tristeza y miedo. Una mujer expresó: *“ansiosa... momentos de mucha tristeza, ansiedad o miedo”* (E3), mientras otra afirmó: *“me da mucha ansiedad y eso me hace vivir comiendo”* (E6). Estas manifestaciones coinciden con los estudios que muestran prevalencias altas de trastornos emocionales en víctimas del conflicto, como lo señalan Peralta-Jiménez y Urrego-Mendoza (2022) y Barchelot Aceros et al. (2023), quienes documentan afectaciones como TEPT, ansiedad y depresión en mujeres expuestas a violencia armada

Además, algunas entrevistadas reportaron recuerdos intrusivos y pesadillas, un indicador típico de trauma no resuelto: *“cuando mataron a mi papá”* (E3) y *“muchas veces recuerdo a mi padre tirado, lleno de sangre”* (E6). De acuerdo con la OMS (2025), estas respuestas emocionales forman parte de los efectos indirectos de la violencia y requieren abordajes sostenidos en salud mental con enfoque comunitario

Así, la dimensión emocional observada confirma la persistencia de cargas psicosociales intensas, exacerbadas por la ausencia de atención psicológica oportuna y por las brechas estructurales del sistema de salud rural.

Barreras de acceso al sistema de salud: distancias, costos y desconfianza institucional

En tercer lugar, las mujeres identificaron múltiples barreras estructurales para acceder a servicios de salud. Una de las limitaciones más recurrentes fue la distancia y el transporte, tal como se evidencia en expresiones como: *“distancia / transporte”* (E1) y *“toca ir a San Diego”* (E5). Esto se alinea con el Índice de Salud Rural 2024, que advierte que la dispersión geográfica y la deficiencia en infraestructura afectan de manera crítica a los municipios rurales, dificultando la continuidad de la atención.

Ilustración 1. Aplicación de las entrevistas semiestructurada



Nota: Fotografías obtenidas con autorización de las familias

De igual forma, se identificaron barreras económicas: “*costos*” (E1) y “*a veces no hay plata*” (E5). Estas limitaciones económicas han sido descritas por la CEPAL como uno de los principales factores que restringen la autonomía sanitaria de las mujeres rurales, especialmente aquellas que dependen de economías de subsistencia

Por otra parte, la disponibilidad insuficiente de citas médicas aparece como un obstáculo adicional, lo que se relaciona con los déficits de talento humano reportados en zonas rurales. Este problema se agrava por la desconfianza hacia instituciones de salud, manifiesta en afirmaciones como: “*no me gusta ir al médico*” (E4, E8, E19) y “*temor a los hospitales*” (E5). Investigaciones como las de Rocha-Buelvas et al. (2024) sustentan que la experiencia de violencia y maltrato institucional incrementa la evitación de los servicios y limita la adherencia al cuidado integral. En consecuencia, estas barreras multidimensionales impiden que las mujeres ejerzan su derecho a la salud en condiciones de acceso efectivo, oportunidad y calidad.

Prácticas de autocuidado: tensiones entre desinterés y estrategias tradicionales

En cuarto lugar, emergen tensiones importantes en torno al autocuidado. Por un lado, se observaron prácticas limitadas o insuficientes: “*yo soy así, casi no me cuido*” (E1) y “*no me dispongo*” (E4). La OPS (2023) ha señalado que estas dificultades pueden explicarse por una combinación de cargas de trabajo doméstico, pobreza y desgaste emocional acumulado, factores que restringen la agencia del autocuidado en mujeres rurales víctimas del conflicto. Sin embargo, otras entrevistadas refieren acciones positivas como “*comer bien, hago ejercicios*” (E3), “*me hago la citología*” (E3, E5) o “*llevo a mis hijos (al médico)*” (E4). Esta dualidad evidencia que, pese a las limitaciones, algunas mujeres mantienen prácticas preventivas.

Finalmente, destaca el uso extendido de remedios caseros, empleado como estrategia accesible y culturalmente arraigada ante las dificultades del sistema formal: “*cúrcuma*” (E1), “*toronjil, paja limón*” (E2, E3), “*caña agria, moringa*” (E11). Esto coincide con investigaciones comunitarias en salud rural que resaltan la importancia de los saberes tradicionales como recurso de afrontamiento y cuidado cotidiano (Guerra-Dangond et al, 2025).

Redes de apoyo y recursos comunitarios: familia, comunidad y activos locales

Finalmente, el análisis reveló que la principal fuente de apoyo para las mujeres entrevistadas es la familia, mencionada de forma unánime (E1–E21): “*familia*” (E1); “*mis amigas de la iglesia*” (E10). Estas redes cumplen un rol fundamental en la contención emocional, el acompañamiento y la supervivencia cotidiana.

De manera complementaria, emergen recursos comunitarios como la participación en encuentros de salud y la economía local: “*asisten a encuentros de salud*” (E3) y “*la gente vende de todo*” (E5). Desde el enfoque del desarrollo comunitario, Chambers (1994) sostiene que la identificación de estos activos constituye el primer paso para fortalecer procesos de autogestión y empoderamiento colectivo en territorios rurales

Los resultados del primer objetivo permiten concluir que las mujeres rurales víctimas del conflicto armado en San Diego enfrentan un entramado complejo de vulnerabilidades acumuladas,

donde confluyen afectaciones directas producto de la violencia como homicidios, masacres y desplazamientos forzados junto con consecuencias emocionales persistentes, entre ellas ansiedad, miedo y recuerdos intrusivos. Estas experiencias se corresponden con la evidencia nacional e internacional, la cual documenta que el conflicto armado genera impactos psicosociales de larga duración y altera de manera profunda las trayectorias vitales, las relaciones familiares y la percepción de seguridad cotidiana. De acuerdo con la Comisión de la Verdad (2022a, 2022b), estos patrones de daño se expresan con especial intensidad en mujeres rurales, quienes han debido afrontar pérdidas múltiples, rupturas comunitarias y condiciones estructurales que limitan su acceso a derechos fundamentales, incluida la salud

Asimismo, estudios como los de Bendavid et al. (2021) y Peralta-Jiménez & Urrego-Mendoza (2022) evidencian que las mujeres expuestas al conflicto presentan tasas más altas de trastornos emocionales y dificultades psicosociales, lo cual coincide con las afectaciones identificadas en este estudio.

De manera complementaria, el análisis muestra que estas afectaciones subjetivas se ven exacerbadas por barreras estructurales del sistema de salud rural, entre las que destacan la distancia geográfica, los costos indirectos, la baja disponibilidad de citas y la desconfianza institucional. Estas limitaciones están ampliamente documentadas en el Índice de Salud Rural 2024, que identifica deficiencias críticas en infraestructura, continuidad del cuidado y oferta de talento humano en territorios rurales dispersos, afectando desproporcionadamente a mujeres que además enfrentan cargas económicas y de cuidado doméstico no remunerado

No obstante, el diagnóstico participativo evidencia también la presencia de recursos comunitarios relevantes como redes familiares, vínculos religiosos, participación en encuentros de salud y saberes tradicionales que contribuyen al fortalecimiento de la salud con conocimientos abstractos que se complementan con la medicina occidental fortaleciendo la atención primaria en salud lo que constituyen activos locales para la construcción de estrategias de autogestión. Este reconocimiento coincide con los planteamientos de Chambers (1994) y de la Investigación-Acción Participativa propuesta por Fals Borda, quienes subrayan que los procesos de fortalecimiento comunitario deben partir tanto del análisis crítico de las desigualdades estructurales como del

aprovechamiento de las capacidades existentes en las propias comunidades rurales para promover transformaciones sostenibles.

Construir en conjunto con las mujeres estrategias de autogestión en salud que integren las necesidades específicas de la población objeto de estudio.

El desarrollo del segundo objetivo se fundamentó en un proceso participativo orientado por los principios de la Investigación-Acción Participativa, lo que permitió que las mujeres fueran protagonistas en la construcción de estrategias de autogestión coherentes con sus necesidades y capacidades. En el taller de codiseño realizado durante la Semana 2, el grupo trabajó colectivamente sobre los problemas priorizados en la fase diagnóstica, traduciendo estas problemáticas en acciones factibles, sencillas y culturalmente pertinentes. Este ejercicio respondió a los postulados de Fals Borda (2004), quien sostiene que la generación de conocimiento y acción debe surgir desde los saberes y experiencias de la comunidad, y se articuló con el enfoque dialógico de Freire, centrado en el análisis crítico de la realidad como paso previo a la transformación social.

1. La construcción colectiva de estrategias permitió avanzar hacia formas más autónomas de gestión del bienestar, especialmente en un contexto rural donde las brechas estructurales dificultan la atención en salud.

En términos concretos, el proceso condujo a la formulación de cuatro líneas estratégicas:

- (1) micro rutinas de autocuidado, orientadas a promover prácticas diarias alcanzables
- (2) acuerdos de apoyo entre pares, destinados a fortalecer redes comunitarias que faciliten la identificación temprana de necesidades
- (3) señalización comunitaria de la ruta de atención en salud, con el fin de disminuir la desinformación y el temor institucional
- (4) una hoja de pasos para la activación de redes de ayuda, diseñada para orientar a las mujeres en situaciones de urgencia o vulnerabilidad.

Durante el abordaje a las mujeres se observa una conducta nula de autogestión en ocasiones propicias de los acontecimientos vividos y en otras es por negligencia, durante la aplicación de este instrumento se abordaron esquemas de visitas domiciliaria, talleres grupales, en los cuales se

brindó educación y canalización a los programas de PyMS ofertados por la entidad de salud, dentro de los temas pedagógicos encontramos , Cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, salud bucal, ruta de Pym, consulta psicológica, con el objeto de que las mujeres y su familia se encuentren cubiertos por los diferentes tamizajes propios de la edad, se articuló con la ESE para que los usuarios que se identificaron vulnerables a cualquier intervención fueran cubiertos y así garantizar la acción participación con los servicios de salud y promover la autogestión, además se brindó conocimientos sobre cuidados y signos de alarma que se deben tener en cuenta para identificar patologías prevalentes. Las mujeres fueron receptivas y mostraron agradecimiento al final por tenerlas en cuenta y ayudarlas a mirar desde una óptica diferente su salud. Estas estrategias se fundamentan en la comprensión de que la autogestión no depende únicamente de la acción individual, sino también de la capacidad colectiva para organizar recursos, acompañarse mutuamente y reducir barreras de acceso. Este enfoque coincide con la perspectiva de Chambers (1994), quien plantea que las comunidades rurales poseen recursos infravalorados que, cuando son visibilizados y utilizados en procesos participativos, fortalecen su autonomía y capacidad de decisión.

Un elemento relevante en esta etapa fue la alianza establecida con el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) del Hospital el Socorro, lo cual permitió potenciar la pertinencia y viabilidad de las estrategias diseñadas. La articulación con el PIC favoreció la integración de las acciones comunitarias con la oferta institucional existente, especialmente en áreas como promoción de la salud, tamizajes y acompañamiento psicosocial. Esta vinculación se alinea con los lineamientos del Ministerio de Salud y el Modelo de Acción Integral Territorial, que recomiendan coordinar intervenciones comunitarias con los programas públicos para reducir inequidades y mejorar la continuidad del cuidado en poblaciones rurales afectadas por la violencia. Gracias a esta articulación, las estrategias construidas no solo respondieron a las prioridades manifestadas por las mujeres, sino que obtuvieron un mayor potencial de sostenibilidad dentro de la red institucional del territorio.

Desde una perspectiva crítica, es importante señalar que el proceso de codiseño no eliminó las limitaciones estructurales detectadas en el diagnóstico, tales como las fallas en la infraestructura rural, la escasez de talento humano o la insuficiente disponibilidad de transporte. Sin embargo, permitió generar soluciones prácticas adaptadas al contexto y fortalecer la agencia

comunitaria, dos elementos que la literatura en salud pública reconoce como fundamentales para enfrentar desigualdades persistentes en zonas rurales. En particular, la OPS (2023) enfatiza que los modelos de atención deben incorporar la participación activa de la comunidad como una herramienta central para garantizar acceso equitativo, continuidad y pertinencia cultural 1. En coherencia con ello, las estrategias diseñadas en este estudio constituyen un paso significativo hacia la consolidación de procesos de autogestión que articulan conocimientos locales, redes comunitarias y estructuras institucionales.

Ilustración 3. Taller participativo para el co-diseño



Nota: Fotografías obtenidas con autorización de las familias

En suma, el Objetivo 2 permitió avanzar de la identificación participativa de necesidades hacia la formulación conjunta de estrategias de autocuidado y gestión comunitaria, integrando tanto los saberes de las mujeres como los recursos disponibles a nivel institucional. Esta etapa consolidó un proceso de corresponsabilidad entre comunidad y actores del sector salud, el cual resulta indispensable para enfrentar las inequidades históricas que caracterizan a los territorios rurales afectados por el conflicto armado. Si bien las brechas estructurales persisten, el ejercicio de codiseño demuestra que la participación activa y la articulación institucional pueden generar rutas viables para fortalecer la salud y el bienestar en contextos de alta vulnerabilidad.

Durante el proceso de abordaje comunitario se identificó que, de manera transversal, las mujeres presentan conductas nulas o insuficientes de autogestión en salud, cuyo origen responde tanto a las afectaciones acumuladas por el conflicto armado como a dinámicas de desatención derivadas del desgaste emocional y de la precariedad cotidiana. En algunos casos, la falta de autogestión se asocia a la exposición prolongada a eventos traumáticos, cuya secuela como lo han documentado estudios sobre mujeres sobrevivientes del conflicto incluye disminución de la motivación, bloqueo emocional y dificultades para sostener conductas preventivas estables.

En otros casos, la ausencia de autocuidado responde a patrones normalizados de resignación y abandono personal, los cuales se relacionan con contextos de pobreza estructural, sobrecarga doméstica y barreras persistentes del sistema de salud rural, como advierten la OPS (2023) y el Índice de Salud Rural 2024 al señalar que las desigualdades territoriales restringen la capacidad de las mujeres para ejercer control sobre su propia salud

En consecuencia, la limitada autogestión observada no puede interpretarse como un fenómeno individual aislado, sino como el resultado de condiciones estructurales y psicosociales que condicionan las posibilidades de cuidado, legitimando la necesidad de estrategias comunitarias y alianzas institucionales que fortalezcan progresivamente la agencia sanitaria de las mujeres rurales.

Tabla 1. Diseño de la intervención de autogestión en salud con mujeres rurales víctimas del conflicto armado – San Diego, Cesar

Componentes de la intervención	Descripción
Nombre de la intervención	Fortalecimiento participativo de prácticas de autogestión en salud en mujeres rurales víctimas del conflicto armado del municipio de San Diego, Cesar.
Enfoque metodológico	Investigación-Acción Participativa (IAP) con pedagogía dialógica, centrada en el “aprender haciendo” y el codiseño de estrategias comunitarias.
Duración total de la intervención	2 semanas: <ul style="list-style-type: none"> • Semana 1: diagnóstico participativo y priorización de necesidades. • Semana 2: taller de codiseño y construcción de estrategias de autogestión.

Tiempo por sesión	Sesiones de 90–120 minutos, desarrolladas mediante talleres participativos e individuales desarrollando actividades pedagógicas prácticas.
Número de sesiones	3 sesiones más acciones individuales de implementación de estrategias de autogestión y canalización a servicios de salud.
Población participante	20 mujeres rurales víctimas del conflicto armado, residentes en veredas priorizadas del municipio de San Diego (Cesar).
Responsables	Equipo investigador del proyecto; profesionales del ESE local; equipo del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC); acompañamiento del componente de PyMS.
Objetivo de la intervención	Construir estrategias de autogestión en salud que integren necesidades específicas identificadas participativamente (salud física, mental y acceso a servicios) y fortalezcan la capacidad comunitaria para la toma de decisiones en salud.
Contenidos pedagógicos desarrollados	Educación en: <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de cuello uterino. • Cáncer de mama. • Salud bucal. • Ruta de PyMS. • Acceso a consulta psicológica. • Signos de alarma de patologías prevalentes. • Prácticas de autocuidado y fortalecimiento de la agencia sanitaria.
Acciones de articulación institucional	Alianza con la ESE y el PIC para asegurar: <ul style="list-style-type: none"> • Canalización a tamizajes según edad y riesgo. • Ingreso y seguimiento en programas de PyMS. • Acompañamiento a mujeres en situación de vulnerabilidad. • Garantía de continuidad y participación efectiva en los servicios.
Líneas estratégicas	<ul style="list-style-type: none"> • Microrrutinas de autocuidado. • Acuerdos de apoyo entre pares. • Señalización comunitaria de la ruta local de atención. • Hoja de pasos para activar redes de ayuda.

Implementar estrategias encaminadas a las necesidades identificadas en las mujeres víctimas del conflicto de la zona rural del Municipio de San Diego- Cesar.

La implementación de las estrategias diseñadas participativamente se orientó a responder de manera directa a las necesidades priorizadas por las mujeres, integrando acciones educativas, seguimiento individual y articulación institucional. Durante esta etapa se constató que muchas participantes presentaban conductas nulas o insuficientes de autogestión en salud, relacionadas

tanto con las secuelas emocionales del conflicto que limitan la motivación y la capacidad de agencia como con patrones normalizados de descuido personal propios de contextos de pobreza estructural y vulnerabilidad prolongada. Esta combinación de factores se corresponde con lo expuesto por la OPS (2023), que advierte que las desigualdades territoriales, la exposición a violencia y la falta de servicios oportunos generan una marcada reducción de la capacidad de autocuidado en mujeres rurales. En consecuencia, la fase de implementación no solo buscó introducir nuevas prácticas de salud, sino también reconstruir gradualmente las capacidades de agencia y responsabilidad individual, elementos indispensables en los procesos de autogestión.

Para ello, la intervención incluyó tres sesiones grupales y acciones individuales de acompañamiento, entre ellas visitas domiciliarias y seguimiento personalizado. Estas actividades permitieron abordar contenidos educativos esenciales como cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, salud bucal, ruta de PyMS, acceso a consulta psicológica y reconocimiento de signos de alarma de patologías prevalentes. El énfasis en prevención y promoción se fundamenta en recomendaciones de la OMS y la OPS, que insisten en la necesidad de ampliar coberturas de tamizaje y fortalecer las competencias individuales para la detección temprana de riesgos en población vulnerable.

Ilustración 4. Sesiones individualizadas



Nota: Fotografías obtenidas con autorización de las familias

Esta estrategia educativa se desarrolló mediante dinámicas propias de la pedagogía dialógica y del “aprender haciendo”, coherentes con la IAP, que postula que la apropiación del conocimiento solo es posible cuando los sujetos participan activamente en la interpretación de su propia realidad (Fals Borda, 2004; Freire, 1970/2005).

Un aspecto central de la implementación fue la activación permanente de la ruta PAPSIVI, disponible en todo momento para canalizar a aquellas mujeres que, durante las sesiones o visitas domiciliarias, manifestaron síntomas emocionales críticos, recuerdos intrusivos o indicadores de malestar psicológico severo. Esta decisión se fundamenta en las directrices del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, que establece la necesidad de garantizar rutas claras, seguras y oportunas para la atención emocional de mujeres afectadas por el conflicto armado. La articulación con PAPSIVI permitió gestionar la derivación inmediata hacia atención psicológica cuando fue necesario, fortaleciendo la contención emocional y evitando procesos de revictimización, en coherencia con las orientaciones sectoriales del Ministerio de Salud

Asimismo, la intervención consolidó una articulación operativa con la ESE municipal y con el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Esta alianza facilitó la canalización de las mujeres hacia los programas de PyMS, asegurando su inclusión en tamizajes según ciclo vital y su seguimiento en consultas de promoción y prevención. Este tipo de coordinación interinstitucional responde al enfoque del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), el cual subraya la importancia de integrar acciones comunitarias con los servicios institucionales para mejorar el acceso, reducir inequidades y garantizar continuidad del cuidado en zonas rurales afectadas por el conflicto. La participación del PIC como actor clave en promoción de la salud permitió ampliar la cobertura de actividades preventivas y fortalecer la presencia institucional en el territorio, un aspecto históricamente débil en contextos rurales dispersos.

Ilustración 4. Articulación con el PIC



Nota: Fotografías obtenidas con autorización de las familias

De manera complementaria, durante las sesiones y visitas domiciliarias se generaron espacios de retroalimentación y diálogo, en los cuales las mujeres pudieron expresar dudas, revisar sus avances, discutir barreras y proponer ajustes a las estrategias. Estos espacios constituyen un componente fundamental del enfoque IAP, dado que la construcción colectiva del conocimiento implica ciclos continuos de reflexión–acción–reflexión. La literatura señala que tales procesos dialógicos incrementan la pertinencia cultural de las intervenciones y favorecen la sostenibilidad de los cambios en salud comunitaria (Chambers, 1994; Freire, 1970/2005)

Finalmente, la respuesta de las participantes fue positiva y se caracterizó por una actitud receptiva hacia las actividades propuestas. Aunque persistieron limitaciones estructurales y hábitos arraigados, se observó una disposición creciente hacia la adopción de prácticas de autocuidado y hacia la utilización de los servicios de salud. Este resultado coincide con los planteamientos que destacan cómo los procesos de empoderamiento comunitario cuando se desarrollan en entornos seguros, dialógicos y culturalmente pertinentes pueden generar transformaciones progresivas en la manera en que las mujeres conciben y gestionan su salud, incluso en contextos de adversidad prolongada.

Tabla 2. Actividades desarrolladas en la fase de implementación

Actividad	Descripción y metodología	Materiales empleados	Población objetivo	Impacto esperado
1. Socialización inicial, activación de ruta PAPSIVI y retroalimentación	Presentación del objetivo de la sesión, explicación del proceso de codiseño, apertura de diálogo y retroalimentación colectiva. Activación permanente de la ruta PAPSIVI para canalizar a las mujeres que lo requirieran por afectaciones emocionales o situaciones de riesgo.	Cartelera de bienvenida, guía de ruta PAPSIVI.	Mujeres participantes en cada vereda.	Generar confianza, contención inicial, reconocimiento de necesidades y asegurar que ninguna mujer quede sin ruta de atención psicosocial.
2. Taller educativo en promoción y prevención (PyMS)	Sesiones participativas sobre cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, salud bucal, tamizajes del PyMS y acceso a consulta psicológica. Incluyó espacios de diálogo para aclaración de dudas y resignificación del autocuidado.	Cartelera, guías visuales, folletos PyMS, material educativo de la ESE y PIC.	Mujeres adultas y cuidadoras del hogar.	Sensibilizar conocimientos en salud preventiva, promover la participación en tamizajes y fortalecer la autogestión en salud.

3. Canalización a servicios y articulación con la ESE y el PIC	Identificación de necesidades individuales y remisión a programas de PyMS, control odontológico, psicología y otros servicios. Coordinación con la ESE y el PIC para garantizar acceso, seguimiento y continuidad del cuidado.	Formatos de remisión, directorio institucional, fichas de riesgo.	de Mujeres clasificadas como vulnerables y sus familias.	Garantizar acceso efectivo y oportuno a servicios, contribuir a reducir las brechas de atención rural y promover continuidad del cuidado.
4. Taller de autocuidado y signos de alarma	Educación sobre prácticas básicas de autocuidado, identificación de signos de alarma y elaboración de microrutinas de salud. Enfoque dialógico y “aprender haciendo”.	Láminas educativas, rotafolios, tarjetas de microrutinas.	Mujeres y usuarias con baja autogestión.	Mejorar la capacidad para identificar riesgos y activar precozmente las rutas institucionales.
5. Construcción y validación comunitaria de estrategias de autogestión	Codiseño de acuerdos de apoyo entre pares, mapa local de la ruta de atención y hoja de pasos para activar redes de ayuda. Sesiones centradas en reflexión crítica y diálogo grupal.	Marcadores, formatos de acuerdos, mapa comunitario.	Grupo completo de participantes.	Potenciar la participación comunitaria y fortalecer la agencia en decisiones de salud.
6. Visitas domiciliarias y	Abordaje personalizado	Material educativo.	Mujeres previamente	Acompañamiento continuo,

seguimiento individual	para reforzar contenidos, identificar barreras, acompañar en la activación de servicios y observar prácticas de autocuidado.	identificadas con baja adherencia o riesgo.	aumento de adherencia a tamizajes y fortalecimiento del vínculo con el sistema de salud.
7. Cierre, diálogo y retroalimentación colectiva	Espacio final de reflexión crítica sobre aprendizajes, dificultades y logros. Evaluación participativa de la experiencia y proyección de acciones futuras.	Registro de aportes, guía de retroalimentación.	Todas las participantes del proceso. Consolidación del aprendizaje, apropiación de prácticas de autogestión y fortalecimiento de la confianza institucional.

Tabla 3. Indicador de cumplimiento de participación

Indicador	Descripción	Método de verificación	Meta propuesta	Resultado obtenido	Interpretación
Participación efectiva en las actividades de la intervención	Número de mujeres asistentes a las sesiones grupales, visitas domiciliarias y espacios de retroalimentación, según listas de asistencia diligenciadas en campo.	Listas de asistencia firmadas durante talleres, sesiones educativas, codiseños, visitas domiciliarias y actividades	20 participantes registradas en al menos una de las actividades programadas.	20 participantes cumplidas según registros consolidados o presencia en sesiones, talleres y visitas.	La meta se cumplió en su totalidad, lo cual evidencia una adherencia y aceptación del proceso. La participación constante favoreció la implementación de estrategias de

de canalización. n.	autogestión, fortaleció el vínculo con la ESE y el PIC, y permitió activar la ruta PAPSIVI cuando fue necesario, garantizando acompañamiento
---------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En términos globales, los resultados obtenidos a lo largo del proceso evidencian un conjunto de necesidades estructurales, emocionales y sanitarias que afectan de manera directa la capacidad de autogestión en salud de las mujeres rurales víctimas del conflicto armado en San Diego, Cesar. El diagnóstico participativo permitió identificar que estas mujeres enfrentan barreras multidimensionales relacionadas con el impacto acumulado del conflicto, la persistencia de limitaciones en el acceso a los servicios de salud, la débil infraestructura rural y la prevalencia de prácticas de autocuidado insuficientes. Estas condiciones se corresponden con lo reportado por la literatura nacional e internacional, que destaca que las mujeres sobrevivientes en contextos rurales experimentan afectaciones intensificadas por las desigualdades territoriales y las deficiencias del sistema de salud, lo que coincide con los análisis realizados por la OPS (2023), el Índice de Salud Rural 2024 y la Comisión de la Verdad respecto a la acumulación de daños y la persistencia de brechas sanitarias en escenarios de vulnerabilidad prolongada.

A partir de este diagnóstico, la implementación de las acciones de codiseño y las estrategias construidas colectivamente permitió avanzar hacia respuestas concretas frente a las necesidades identificadas. La intervención, que incluyó talleres grupales, visitas domiciliarias, actividades pedagógicas y espacios permanentes de diálogo y retroalimentación, demostró que los procesos participativos favorecen la apropiación progresiva de prácticas de autocuidado y la activación de rutas institucionales. La integración permanente de la ruta PAPSIVI como mecanismo de atención psicosocial garantizó acompañamiento a las mujeres que presentaban afectaciones emocionales significativas, en coherencia con los lineamientos del Ministerio de Salud para la atención a víctimas. Asimismo, la articulación con la ESE municipal y el Plan de Intervenciones Colectivas

(PIC) fortaleció la canalización hacia programas de PyMS y facilitó la continuidad del cuidado, alineándose con el enfoque territorial del MAITE que promueve la integración entre actores comunitarios e institucionales para reducir inequidades en salud rural

Por otra parte, la respuesta positiva y la adherencia de las participantes evidenciada en la asistencia completa de las 20 mujeres proyectadas reflejan la pertinencia de una intervención centrada en el diálogo, la participación activa y el reconocimiento del contexto. Esta receptividad coincide con lo planteado por Fals Borda y Freire, quienes sostienen que la transformación social y sanitaria solo es posible cuando las comunidades se involucran de manera activa en la comprensión y la toma de decisiones sobre sus propias condiciones de vida. En este sentido, los resultados no solo muestran mejoras en conocimiento y acceso a servicios, sino también el fortalecimiento de capacidades locales que pueden sostenerse más allá de la intervención, especialmente cuando existe una alianza sólida con actores institucionales como la ESE, el PIC y PAPSIVI.

Finalmente, puede afirmarse que el conjunto de acciones implementadas permitió avanzar de la identificación participativa de necesidades hacia el establecimiento de estrategias de autogestión culturalmente pertinentes, institucionalmente articuladas y metodológicamente sólidas. Aunque persisten desafíos estructurales propios del contexto rural entre ellos, dificultades de movilidad, limitaciones en infraestructura sanitaria y patrones arraigados de baja autogestión, el proceso desarrollado demuestra que la combinación entre educación comunitaria, acompañamiento psicosocial, articulación interinstitucional y construcción colectiva constituye una vía efectiva para fortalecer la salud de las mujeres rurales víctimas del conflicto. Estos resultados sientan las bases para la consolidación de procesos sostenidos de autocuidado y participación comunitaria, en coherencia con las recomendaciones actuales en salud pública y con los principios de la IAP, que reconocen a las comunidades no como receptoras pasivas, sino como protagonistas en la transformación de sus propias condiciones de bienestar.

Conclusiones

Los resultados de esta intervención permiten concluir que, aunque se trató de un ejercicio de alcance inicial y metodológicamente sencillo, constituyó un paso fundamental para abrir procesos participativos orientados al fortalecimiento de la autogestión en salud en mujeres rurales víctimas del conflicto armado en el municipio de San Diego, Cesar. El diagnóstico participativo evidenció necesidades complejas derivadas tanto de la experiencia prolongada de violencia con secuelas emocionales, sociales y sanitarias como de las barreras estructurales del sistema de salud rural. Estas condiciones se corresponden con los hallazgos ampliamente documentados por la Comisión de la Verdad, la OPS y el Índice de Salud Rural 2024, los cuales muestran que la violencia armada, la desigualdad territorial y la precariedad de los servicios profundizan las brechas de acceso y deterioran de manera persistente la salud integral de las mujeres en contextos rurales del país.

Asimismo, la intervención permitió demostrar que las acciones participativas en su estructura favorecen la apropiación de prácticas básicas de autocuidado, generan una comprensión más crítica del propio estado de salud y contribuyen a reconstruir capacidades debilitadas por el conflicto. La implementación de talleres educativos, visitas domiciliarias y espacios de retroalimentación facilitó la traducción de las necesidades identificadas en estrategias concretas, basadas en el diálogo y la corresponsabilidad. Este enfoque resulta coherente con los principios de la Investigación-Acción Participativa de Fals Borda y con la pedagogía dialógica de Freire, que plantean que el aprendizaje significativo y la transformación social solo emergen cuando las comunidades participan activamente en la interpretación de su realidad y en la construcción de alternativas colectivas.

Del mismo modo, la alianza con la ESE municipal, el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y la activación permanente de la ruta PAPSIVI constituyeron elementos clave para garantizar la pertinencia, oportunidad y continuidad del acompañamiento. Estas articulaciones fortalecieron el acceso a los programas de PyMS, facilitaron la canalización de mujeres con mayor vulnerabilidad y permitieron que la intervención se integrara de forma efectiva con la red institucional del territorio. Esta articulación responde a los lineamientos sectoriales que recomiendan vincular las acciones comunitarias con los servicios existentes para reducir inequidades, especialmente en zonas afectadas por el conflicto y la ruralidad dispersa.

Aunque la intervención no resolvió las barreras estructurales identificadas como la distancia geográfica, las limitaciones económicas o la insuficiente oferta de servicios especializados, sí permitió activar procesos de autogestión y reconocer que las mujeres poseen recursos, conocimientos y redes que pueden fortalecerse progresivamente. Por tanto, este trabajo confirma que los procesos de coconstrucción no requieren acciones complejas para generar impacto inicial; por el contrario, incluso intervenciones sencillas, bien orientadas y metodológicamente cuidadosas pueden abrir caminos hacia transformaciones más profundas y sostenidas.

Finalmente, se concluye que este proceso representa un punto de partida para continuar desarrollando estrategias participativas con mayor alcance y sostenibilidad, en las cuales se priorice la participación de las mujeres como agentes activas de su bienestar, se consoliden las alianzas institucionales y se profundice en la construcción colectiva de soluciones que respondan a las particularidades del territorio. De este modo, la intervención sienta bases sólidas para avanzar hacia modelos de salud comunitaria coherentes con los principios de equidad, corresponsabilidad y justicia social.

Recomendaciones

En primer lugar, se recomienda dar continuidad al proceso de construcción comunitaria, ampliando las sesiones participativas más allá del alcance inicial de esta intervención. La evidencia demuestra que las metodologías basadas en la Investigación-Acción Participativa (IAP) solo logran impactos sostenidos cuando se mantienen ciclos reiterativos de diálogo, reflexión y acción, tal como lo plantean Fals Borda y Freire, para quienes la transformación social depende de la consolidación progresiva de capacidades críticas y prácticas comunitarias estables 1. Por tanto, es fundamental continuar generando espacios periódicos de encuentro que profundicen en los aprendizajes alcanzados, evalúen comportamientos emergentes de autogestión y fortalezcan el liderazgo local de las mujeres en temas de salud.

En segundo lugar, fortalecer la articulación interinstitucional, en particular entre la ESE, el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), el Programa de PyMS y la ruta PAPSIVI. Los hallazgos indican que la canalización oportuna y el acompañamiento continuo constituyen factores clave para superar barreras estructurales de acceso en zonas rurales dispersas, en coherencia con las orientaciones sectoriales del Ministerio de Salud y con el enfoque territorial del MAITE, que promueven una mayor integración entre las acciones comunitarias y los servicios institucionales para reducir inequidades en salud rural 1. Consolidar esta articulación permitirá garantizar la continuidad del cuidado, mejorar las tasas de tamizaje y facilitar la atención psicosocial integral en mujeres afectadas por el conflicto armado.

En tercer lugar, se sugiere profundizar los procesos de educación en salud, abordando de manera más sistemática los temas priorizados por las mujeres, como los tamizajes de cáncer, la salud bucal, la salud mental y los signos de alarma de patologías prevalentes. Estos contenidos deben ser reforzados mediante materiales pedagógicos culturalmente pertinentes y estrategias didácticas basadas en el “aprender haciendo”, tal como recomienda la OPS para intervenciones en comunidades rurales donde persisten brechas de alfabetización en salud y limitaciones de acceso a información confiable 1. Asimismo, es pertinente capacitar a las mujeres para la toma de decisiones informadas que favorezcan la continuidad del cuidado más allá de la intervención.

En cuarto lugar, fortalecer las visitas domiciliarias y el seguimiento individual, dado que estas acciones demostraron ser efectivas para identificar barreras específicas, orientar a las mujeres

en la activación de rutas institucionales y promover la adherencia a las prácticas de autocuidado. La literatura indica que los modelos de atención comunitaria con acompañamiento cercano resultan especialmente útiles en contextos rurales afectados por violencia, donde la confianza interpersonal y el vínculo con los equipos de salud son determinantes para la permanencia en los servicios.

Finalmente, garantizar la sostenibilidad del proceso, institucionalizando la intervención dentro de los planes anuales del PIC y fortaleciendo la capacidad de las mujeres para asumir roles comunitarios en promoción de la salud. Esto implica avanzar hacia la formación de liderazgos locales, la creación de micro-redes de apoyo entre pares y la integración de prácticas de autogestión dentro de los hábitos cotidianos de las participantes. Cabe sugerir que la institución por medio de los programas de salud y formación de profesionales continúe en este enfoque en los distintos municipios del departamento que presenten este tipo de situaciones similares. Aunque la intervención realizada fue de alcance limitado, los resultados demuestran que es posible desarrollar bases sólidas para procesos futuros de mayor escala, manteniendo la perspectiva participativa, crítica y centrada en las realidades del territorio que garanticen la sostenibilidad del modelo.

Referencias Bibliográficas

- Acuerdo Municipal N° 010 del 2024 Plan de Desarrollo Municipal 2024-2027 San Diego. (s. f.).
- Así Vamos en Salud. (2025, 17 de febrero). Índice de Salud Rural 2024: 4 de 10 hospitales públicos rurales están en riesgo financiero. <https://www.asivamosensalud.org/actualidad/indice-de-salud-rural-2024>
- Barchelot Aceros, L. J, Pabón Poches, D. K, Mieles Toloza, I. L, & Galván Patrignani, G. D. (2023). TEPT en sobrevivientes de violencia o abuso sexual en el conflicto armado colombiano. *Psicoperspectivas*, 22(3). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol22-issue3-fulltext-2967>
- Bendavid, E, Boerma, T, Akseer, N, Langer, A, Malembaka, E. B, Okiro, E. A, Wise, P. H, Heft-Neal, S, Black, R. E, & Bhutta, Z. A. (2021). The effects of armed conflict on the health of women and children. *The Lancet*, 397(10273), 522–532. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00131-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00131-8)
- Bendavid, E, et al. (2021). The effects of armed conflict on the health of women and children. *The Lancet*, 397(10273), 522–532.
- Calderón, J, & López Cardona, D. (2014). Orlando Fals Borda y la investigación acción participativa: Aportes en el proceso de formación para la transformación. En I Encuentro hacia una Pedagogía Emancipatoria en Nuestra América. Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini. <https://pedagogiaemancipatoria.wordpress.com/>
- Chambers, R. (1994). The origins and practice of Participatory Rural Appraisal. *World Development*, 22(7), 953–969.
- Comisión de la Verdad. (2022a). Mi cuerpo es la verdad. Experiencias de mujeres y personas LGBTIQ+ en el conflicto armado. https://www.comisiondelaverdad.co/sites/default/files/2022-08/CEV_MI%20CUERPO%20ES%20LA%20VERDAD_DIGITAL_2022.pdf
- Comisión de la Verdad. (2022a). Mi cuerpo es la verdad. <https://www.comisiondelaverdad.co>
- Comisión de la Verdad. (2022a). Mi cuerpo es la verdad. https://www.comisiondelaverdad.co/sites/default/files/2022-08/CEV_MI%20CUERPO%20ES%20LA%20VERDAD_DIGITAL_2022.pdf
- Comisión de la Verdad. (2022b). Hay futuro si hay verdad. Informe final (sitio de consulta). <https://www.comisiondelaverdad.co/hay-futuro-si-hay-verdad>
- Consultorsalud. (2025). Radiografía de la salud rural en Colombia. <https://consultorsalud.com/salud-rural-col-hospitales-publicos-financiero/>

- DANE. (2025, 24 de abril). Condiciones de vida en Colombia en 2024: hogares más pequeños, más conectividad y mayor jefatura femenina (Comunicado de prensa). <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/ECV/cp-ECV-2024.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (2025). Panorama de las violencias de género en Colombia: enero a mayo de 2025. <https://www.defensoria.gov.co/-/panorama-de-las-violencias-de-genero-en-colombia-enero-a-mayo-de-2025>
- Edición Médica. (2026, 19 de febrero). Crecen las brechas en acceso a servicios y atención en zonas rurales de Colombia, revela Índice de Salud Rural 2024. <https://www.edicionmedica.com.co/secciones/salud-publica/crecen-las-brechas-en-acceso-a-servicios-y-atencion-en-zonas-rurales-de-colombia-revela-indice-de-salud-rural-2024-5877>
- Fals Borda, O. (2000/2004). Orígenes universales y retos actuales de la IAP. Centro de Documentación en Psicosocial. <https://centrodocumentacion.psicosocial.net/>
- Fals Borda, O. (2004). Orígenes universales y retos actuales de la Investigación-Acción-Participativa. Centro de Documentación Psicosocial. <https://centrodocumentacion.psicosocial.net/wp-content/uploads/2004/01/Fals-Borda-Reflexiones-y-Conferencias-sobre-presente-y-futuro-de-la-IAP.pdf>
- Fernández-Ruiz, M, Lambis-Anaya, L, Durán-Acero, K, López-Sampayo, N, Lozada-Martínez, I. D, & Suárez-Causado, A. (2023). Condiciones de vida, violencia sexual y sintomatología psiquiátrica de mujeres afrocolombianas víctimas del conflicto armado. Revista Médica de Risaralda, 29(1). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672023000100040
- Freire, P. (2005). Pedagogía del oprimido (2.ª ed.; obra original publicada en 1970). Siglo XXI Editores. https://archive.org/download/freire-pedagogia-del-oprimido/freire-pedagogia-del-oprimido_text.pdf
- Guerra Dangond, I. L, Fuentes Ramírez, A, Durán de Villalobos, M. M, & Guerra Dangond, I. L. (2025). Co-construcción de una intervención de enfermería basada en el empoderamiento comunitario con mujeres víctimas del conflicto armado en zonas rurales de San Diego (Cesar). Universidad de La Sabana. <https://pure.unisabana.edu.co/>
- IDMC. (2021). Global Report on Internal Displacement (GRID 2021). <https://www.internal-displacement.org/global-report/grid2021/>
- Kapoor, I. (2002). The devil's in the theory: A critical assessment of Robert Chambers' work on participatory development. Third World Quarterly, 23(1), 101–117. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01436590220108199>

Ley 1448 de 2011. Ley de Víctimas y Restitución de Tierras. Congreso de la República de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Análisis de Situación de Salud. Colombia 2024. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2024.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). ASIS Colombia 2024. <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI). <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Victimas/Paginas/papsivi.aspx>

Mohan, G. (2002). Participatory development. The Open University. <https://oro.open.ac.uk/4159/1/DEVCOMP2.pdf>

Noticias 625. (2025, 29 de abril). Gobernadora Elvia Milena Sanjuan entregó más dotación a las Mesas de Víctimas del Cesar. <https://noticias625.com/2025/04/29/gobernadora-elvia-milena-sanjuan-entrego-mas-dotacion-a-las-mesas-de-victimas-del-cesar/>

OMS. (2025, 8 de octubre). Salud mental: Nota descriptiva. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

OPS. (2023). A New Agenda for Mental Health in the Americas. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57508>

OPS. (2023, 9 de junio). Sobre la salud mental. Ficha informativa de la Comisión de Alto Nivel en Salud Mental y COVID-19. <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-06/fact-sheet-salud-mental-es-final.pdf>

PAHO. (2022). Health in the Americas 2022: Overview of the Region of the Americas in the Context of the COVID-19 Pandemic. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56472>

Penagos Concha, A. M, & Ospina, C. (2024). Revisión de las brechas en la inclusión productiva y social de las mujeres y los jóvenes rurales en Colombia. CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/04c10a22-0811-487b-9ba3-afb89c92f5ed/content>

Peralta-Jiménez, J. A, & Urrego-Mendoza, Z. C. (2022). Salud sexual y reproductiva de mujeres afrocolombianas víctimas del conflicto armado en Bojayá, Chocó. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 73(1). <https://doi.org/10.18597/rcog.3763>

Plan de Desarrollo Municipal 2024–2027 (San Diego de Oportunidades). (2025). <https://www.studocu.com/co/document/universidad-popular-del-cesar/museologia-y->

[turismo-cultural/plan-de-desarrollo-municipal-2024-2027-san-diego-de-oportunidades/124572427](https://www.portafolio.co/economia/crecimiento/pobreza-en-colombia-cae-en-2024-pero-persisten-brechas-para-mujeres-y-zonas-rurales-informe-de-anif-636711)

Portafolio/ANIF. (2025, 1 de agosto). Pobreza en Colombia cae en 2024, pero persisten brechas para mujeres y zonas rurales. <https://www.portafolio.co/economia/crecimiento/pobreza-en-colombia-cae-en-2024-pero-persisten-brechas-para-mujeres-y-zonas-rurales-informe-de-anif-636711>

Primera Línea. (2025, 31 de julio). Director de la Unidad para las Víctimas visita Cesar y entrega más de 500 cartas de indemnización. <https://primeralinea.com.co/director-de-la-unidad-para-las-victimas-visita-cesar-y-entrega-mas-de-500-cartas-de-indemnizacion-por-mas-de-4-mil-millones-de-pesos/>

Rocha-Buelvas, A, Corchuelo-Ojeda, J, & Mogollón, A. P. (2024). Efectos de la violencia en la salud de víctimas del conflicto armado en Tumaco: Revisión narrativa. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 42. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e355086>

SAC—Sociedad de Agricultores de Colombia. (2025, 2 de julio). Mujeres y jóvenes rurales: las brechas que persisten en el campo colombiano (con base en CEPAL). <https://sac.org.co/mujeres-y-jovenes-rurales-las-brechas-que-persisten-en-el-campo-colombiano/>

SecurityWomen. (2024). Colombia | National Action Plan (2024–2034) – Women, Peace and Security. <https://www.securitywomen.org/unscr-1325-and-national-action-plans-nap/colombia>

Semana. (2025, 17 de febrero). Informe expone preocupantes cifras de los servicios de salud rural. <https://www.semana.com/politica/articulo/informe-expone-preocupantes-cifras-de-los-servicios-de-salud-rural-4-de-cada-10-hospitales-publicos-estan-en-riesgo-financiero/202559/>

Unidad para las Víctimas. (2025, 22 de abril). Unidad entrega 899 cartas de indemnización en el Cesar. <https://www.unidadvictimas.gov.co/unidad-entrega-899-cartas-indemnizacion-en-cesar/>

Unidad para las Víctimas. (s. f.). Cifras del RUV. <https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Cifras/>

Unidad para las Víctimas. (s. f.). Registro Único de Víctimas (RUV). <https://www.unidadvictimas.gov.co/registro-unico-de-victimas-ruv/>

Wise, P. H, Shiel, A, Southard, N, Bendavid, E, Welsh, J, et al. (2021). The political and security dimensions of the humanitarian health response to violent conflict. The Lancet, 397(10273), 511–521. <https://www.proquest.com/docview/2486438013>

Zapata Serna, G. E. (2021). Un análisis del rol de las mujeres víctimas del conflicto armado en la constitución del derecho de reparación desde el pluralismo jurídico y el enfoque de género. *Reflexión Política*, 23(48), 56–68.
<https://www.redalyc.org/journal/110/11070639005/html/>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR
FACULTAD DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, luego haber leído y entendido la información relacionada con el estudio "Construcción Participativa de Acciones de Autogestión en Salud con Mujeres Rurales Víctimas del Conflicto - San Diego, Cesar" acepto voluntaria participar en la investigación.

Soy consciente que me explicaron en qué consiste la investigación, el objetivo, mis derechos, que no recibiré beneficio económico y sé que no seré sometido a ningún riesgo para mi integridad personal. Sé que la decisión de participar en este estudio es mía y que tengo derecho a cambiar de idea en cualquier momento durante el mismo. Antes de tomar la decisión de participar en la investigación he tenido la oportunidad de hacer preguntas las cuales fueron respondidas de forma satisfactoria. Autorizo expresamente a los investigadores del estudio a divulgar los resultados derivados de mi participación, conservando la confidencialidad de mi información personal. Sé que el diligenciamiento de los cuestionarios implica mi consentimiento y autorización para el uso estricto con fines investigativos.

He leído (o me han leído) esta información. He tenido oportunidad de hacer preguntas. Entiendo que participar es voluntario y que puedo retirarme cuando quiera.

ACEPTO participar en este estudio: SÍ NO

ACEPTO que me graben en audio: SÍ NO

ACEPTO participar en entrevista individual: SÍ NO Tal vez

Firma/Huella de la participante: _____

Fecha: _____

Firma investigadora que leyó el consentimiento: _____

Fecha: _____

Testigo (si aplica): _____

Relación con participante: _____

Anexo 2. Entrevista Semiestructurada

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR ESPECIALIDAD DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO ESTRUCTURA DE LA ENTREVISTA

Duración estimada: 60-90 minutos (flexible según participante)

Modalidad: Individual, en lugar elegido por la participante

Registro: Audio (con autorización) más notas escritas

SECCIÓN 1: ENCUADRE Y CONSTRUCCIÓN DE CONFIANZA (10-15 min)

Antes de iniciar:

1.1. Presentación del entrevistador/a

- Nombre, formación, institución
- Propósito personal de realizar este estudio
- Compromiso de confidencialidad y respeto

1.2. Explicación del estudio (lenguaje sencillo) *"Este estudio busca conocer las necesidades de salud de mujeres como usted que han vivido situaciones difíciles por el conflicto. Queremos construir JUNTAS estrategias que les ayuden a cuidar mejor su salud y la de su familia. Usted no es solo una entrevistada, es co-constructora de este conocimiento. Sus experiencias y saberes son valiosos."*

1.3. Lectura y firma del consentimiento informado

- Leer en voz alta todo el documento
- Verificar comprensión: *"¿Tiene alguna duda sobre lo que firmó?"*
- Entregar copia a la participante
- Explicar derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias

1.4. Establecimiento de límites seguros *"Vamos a conversar sobre su vida, su salud y sus experiencias. Usted NO está obligada a responder nada que la incomode. Si en algún momento se siente mal, podemos pausar o detener. También podemos cambiar de tema. Usted tiene el control. ¿Le parece bien?"*

1.5. Acuerdo de señales de malestar *"Si en algún momento se siente muy mal o quiere parar, puede decirme 'necesito un momento' o simplemente hacer una señal con la mano así [mostrar]. ¿De acuerdo?"*

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA BÁSICA (5 min)

"Voy a hacerle unas preguntas generales para conocerla un poco mejor:"

1. Edad: _____
2. Lugar de nacimiento: _____
3. Corregimiento/vereda actual: _____
4. Tiempo de residencia en San Diego: _____
5. Estado civil: _____

6. Número de hijos/as: _____ Edades: _____
7. Nivel educativo: _____
8. Ocupación actual: _____
9. ¿Pertenece a alguna organización comunitaria? Sí No ¿Cuál? _____

SECCIÓN 3: APERTURA - EXPERIENCIA DE VIDA Y TERRITORIO (10-15 min)

Objetivo: Generar confianza con preguntas no invasivas sobre su relación con el territorio

- 3.1. "Cuénteme un poco sobre usted. ¿Cómo es su día a día aquí en [nombre del corregimiento]?"
- 3.2. "¿Qué es lo que más le gusta de vivir aquí? ¿Y lo más difícil?"
- 3.3. "¿Hace cuánto tiempo vive en esta comunidad? [Si no es de ahí] ¿Qué la trajo a este lugar?"
 - Nota: Aquí puede surgir mención al desplazamiento. NO profundizar aún. Solo escuchar activamente.
- 3.4. "¿Cómo describiría las relaciones entre vecinos aquí? ¿Se apoyan entre ustedes?"
- 3.5. "¿Qué costumbres o tradiciones de esta comunidad son importantes para usted?"

SECCIÓN 4: EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON EL CONFLICTO (15-20 min)

TRANSICIÓN SENSIBLE: "Sé que muchas mujeres en esta región han vivido situaciones muy difíciles por la violencia. Si usted se siente cómoda, me gustaría que me contara un poco sobre su experiencia. Recuerde que puede decirme si prefiere no hablar de algo."

OBSERVAR: Lenguaje corporal, tono de voz, señales de malestar. Pausar si es necesario.

- 4.1. "¿Qué cambios ha vivido usted y su familia por el conflicto armado en esta región?"
 - Dejar que ella dirija la narrativa
 - NO hacer preguntas específicas sobre hechos violentos
 - Escucha activa, validación de emociones
- 4.2. "¿Cómo ha afectado su vida diaria? [Permitir que mencione libremente]"
 - Económicamente
 - En su familia
 - En su salud
 - En su comunidad
- 4.3. "¿Qué ha sido lo más difícil de afrontar después de esas experiencias?"
- 4.4. "¿Ha recibido algún tipo de apoyo? [Del Estado, organizaciones, comunidad]"
 - ¿Qué tipo de apoyo?
 - ¿Le ha sido útil?
 - ¿Qué ha hecho falta?
- 4.5. "¿Hay cosas de las que le cuesta hablar, incluso con su familia o amigos cercanos?"

SI LA PERSONA MUESTRA MALESTAR INTENSO:

- Pausar inmediatamente
- "Veo que este tema le duele mucho. ¿Quiere que hagamos una pausa?"
- Ofrecer agua, cambio de ambiente
- Aplicar protocolo de contención (respiración, grounding)

- Evaluar si continuar o reprogramar

SECCIÓN 5: SALUD FÍSICA Y MENTAL (15-20 min)

"Ahora me gustaría que hablemos sobre su salud y cómo se ha sentido..."

5.1. Estado de salud general *"¿Cómo describiría su salud en general? ¿Buena, regular, mala?"*

5.2. Problemas de salud físicos *"¿Tiene algún problema de salud que la afecte regularmente?"*

- Dolores crónicos (¿Dónde? _____)
- Problemas digestivos
- Problemas de sueño
- Dolores de cabeza frecuentes
- Enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, etc.)
- Otros: _____

5.3. Salud mental y emocional (preguntar con sensibilidad) *"Las situaciones difíciles que ha vivido pueden afectar también cómo nos sentimos emocionalmente..."*

- *"¿Cómo se ha sentido emocionalmente en los últimos meses?"*
- *"¿Ha tenido momentos de mucha tristeza, ansiedad o miedo?"*
- *"¿Hay cosas que le cueste hacer por cómo se siente emocionalmente?"*
- *"¿Ha tenido pesadillas o recuerdos que la perturban?"*

5.4. Acceso a servicios de salud

- *"¿A dónde acude cuando usted o su familia se enferman?"*
- *"¿Qué tan fácil o difícil es para usted llegar al centro de salud?"*
- *"¿Qué dificultades ha encontrado al buscar atención?"*
 - Distancia / Transporte
 - Costos
 - Disponibilidad de citas
 - Trato del personal
 - Desconfianza
 - Miedo / vergüenza
 - Otras: _____

5.5. Atención psicosocial (PAPSIVI u otros)

- *"¿Ha recibido atención psicológica o psicosocial?"* Sí No
- Si sí: *"¿Cómo ha sido esa experiencia?"*
- Si no: *"¿Le gustaría recibirla? ¿Qué se lo ha impedido?"*

SECCIÓN 6: PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y AUTOGESTIÓN EN SALUD (10-15 min)

"Ahora quiero conocer qué hace usted para cuidar su salud y la de su familia..."

6.1. Conocimientos y prácticas de autocuidado

- *"¿Qué hace usted para cuidar su salud en el día a día?"*

- *"¿Usa algún remedio casero o medicina tradicional?" ¿Cuáles?*
- *"¿Qué aprendió de su mamá, abuela o mujeres de su familia sobre cuidar la salud?"*

6.2. Redes de apoyo

- *"Cuando usted o alguien de su familia se enferma, ¿a quién acude primero?"*
 - Familia
 - Vecinas
 - Promotora de salud
 - Partera/curandera
 - Centro de salud
 - Otra: _____

6.3. Barreras para el autocuidado

- *"¿Qué le dificulta cuidar mejor su salud?"*
- *"¿Siente que tiene tiempo para cuidarse a usted misma?"*
- *"¿Qué necesitaría para poder cuidarse mejor?"*

SECCIÓN 7: NECESIDADES Y EXPECTATIVAS (IAP - CO-CONSTRUCCIÓN) (10-15 min)

"Esta parte es muy importante porque quiero que USTED me ayude a entender qué necesita y cómo podemos trabajar juntas..."

7.1. Identificación de necesidades prioritarias *"Si pudiéramos mejorar algo relacionado con su salud y bienestar, ¿qué sería lo más importante para usted?"*

- Listar en orden de prioridad según ella mencione

7.2. Recursos y fortalezas existentes

- *"¿Qué cosas buenas o recursos tiene su comunidad que podrían ayudar?"*
- *"¿Qué sabe hacer usted que podría ayudar a otras mujeres?"*
- *"¿Hay otras mujeres con las que usted habla de estos temas?"*

7.3. Interés en participación activa (clave IAP)

- *"¿Le gustaría participar en la creación de estrategias para mejorar la salud de las mujeres de aquí?"* Sí No
- *"¿Qué tipo de actividades le gustaría hacer?"*
 - Talleres grupales
 - Grupos de apoyo entre mujeres
 - Capacitación para ser promotora de salud
 - Actividades comunitarias
 - Otras: _____

7.4. Expectativas del proyecto

- *"¿Qué espera usted de este proyecto?"*
- *"¿Qué cree que podría cambiar en su vida si trabajamos juntas en esto?"*

7.5. Propuestas desde su experiencia

- *"Desde su experiencia, ¿qué cree que necesitan las mujeres de aquí para estar mejor?"*

- *"Si usted pudiera diseñar un programa de salud, ¿qué incluiría?"*

SECCIÓN 8: CIERRE Y CONTENCIÓN (5-10 min)

8.1. Validación y agradecimiento *"Quiero agradecerle mucho por compartir su historia conmigo. Sé que no fue fácil hablar de algunas cosas. Su experiencia y sus ideas son muy valiosas y van a ayudar a otras mujeres también."*

8.2. Verificación de estado emocional

- *"¿Cómo se siente ahora después de esta conversación?"*
- *"¿Hay algo que necesite en este momento?"*

8.3. Información sobre próximos pasos

- *"Vamos a analizar toda esta información junto con otras mujeres que también participan."*
- *"La vamos a invitar a un taller donde vamos a construir juntas las estrategias."*
- *"¿Le parece bien que la contactemos para invitarla?"*

8.4. Recursos de apoyo *"Le voy a dejar estos números de contacto por si necesita hablar con alguien:"*

- Centro de salud: _____
- Línea PAPSIVI: _____
- Comisaría de familia: _____
- Número del equipo investigador: _____

8.5. Pregunta abierta final *"¿Hay algo más que quiera contarme o preguntarme?"*

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR
ESPECIALIDAD DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO
PROTOCOLO DE EMERGENCIA EMOCIONAL

SI LA PARTICIPANTE ENTRA EN CRISIS DURANTE LA ENTREVISTA:

1. DETENER inmediatamente la entrevista
2. Técnica de grounding: *"Mire a su alrededor. Dígame 5 cosas que puede ver, 4 que puede tocar, 3 que puede escuchar..."*
3. Respiración: *"Vamos a respirar juntas. Inhale profundo... 1, 2, 3, 4... Exhale... 1, 2, 3, 4..."*
4. Contacto con el presente: *"Está aquí conmigo, en [lugar]. Está segura. Ya pasó. Ahora está aquí."*
5. Ofrecer agua, cambio de posición/ambiente
6. NO dejar sola hasta que se estabilice
7. Contactar a profesional de apoyo psicológico de guardia
8. Derivar a atención psicológica urgente si es necesario
9. Seguimiento al día siguiente (llamada telefónica)

SEÑALES DE ALERTA QUE REQUIEREN DERIVACIÓN URGENTE:

- Ideas de hacerse daño
- Desesperanza extrema
- Flashbacks severos
- Disociación
- Pánico incontrolable

NOTAS PARA EL ANÁLISIS (registrar después de cada entrevista)

Observaciones del entrevistador:

1. Lenguaje corporal predominante: _____
2. Emociones expresadas: _____
3. Temas que generaron mayor malestar: _____
4. Fortalezas identificadas: _____
5. Necesidades prioritarias expresadas: _____
6. Nivel de interés en participación activa: Alto Medio Bajo
7. Observaciones sobre contexto de seguridad: _____
8. Requiere seguimiento especial: Sí No ¿Por qué? _____


CONSIDERACIONES FINALES

- Esta guía es semiestructurada: permite flexibilidad según el ritmo de cada mujer
- NO es un interrogatorio: es una conversación horizontal
- La participante es experta de su propia vida
- Respetar silencios: a veces el silencio comunica más que las palabras
- Validar emociones: *"Es normal que sienta..."*, *"Tiene todo el derecho a sentirse así..."*
- No minimizar: Evitar frases como *"ya pasó"*, *"hay que ser fuerte"*

- Autocuidado del entrevistador: Procesar emociones después, supervisión, apoyo entre pares

Elaborado para: Proyecto "Construcción Participativa de Acciones de Autogestión en Salud con Mujeres Rurales Víctimas del Conflicto - San Diego, Cesar"

Anexo 3. Acta de articulación con PIC del Hospital El Socorro

	COMUNICACIÓN EXTERNA		CÓDIGO	GER-R03
			VERSIÓN	03
	FECHA	03 ENE/2024	DOCUMENTO CONTROLADO	
	Página 1 de 1			

Acta 001/2025

San Diego Cesar, 01 de octubre del 2025

Asunto: Articulación de actividades con el plan de intervenciones colectivas (PIC) de la ESE Hospital El Socorro Del Municipio De San Diego Cesar.

Cordial saludo,

El día miércoles 01 de octubre de la vigencia actual se reúnen en las instalaciones de la ESE las estudiantes **XIMENA MONTERO, NINA MORALES** con la licenciada **IZABELLA ARZUAGA BECERRA ENFERMERA DE LA ESE** quien se desempeña como referente de la ESE en el plan de intervenciones colectivas el objetivo de la reunión es presentarse y lograr así articular actividades educativas en el marco del desarrollo de la IAP.

Luego de la presentación hablamos sobre la oferta académica a la cual pertenecemos en La universidad popular del cesar-posgrados la especialización en **SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**, explicamos el objetivo el cual es Formar especialistas competentes para la intervención al individuo, la familia, en las diferentes etapas del ciclo de vida, y la comunidad mediante acciones de promoción, prevención, basado en el enfoque diferencial y de riesgo, desde una perspectiva bio-psico-social, espiritual, cultural y ambiental, es por ello que los participantes en esta especialización requieren realizar una IAP que permita la interacción activa con los diferentes actores en salud, y los estudiantes **XIMENA MONTERO, NINA MORALES**, están realizando la misma en este municipio con población rural mujeres víctimas del conflicto, cuya IAP se denomina **CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA DE ACCIONES DE AUTOGESTIÓN EN SALUD CON MUJERES RURALES VÍCTIMAS DEL CONFLICTO MEDIANTE IAP EN SAN DIEGO, CESAR** es por ello que requerimos de su colaboración para articular acciones de información educación y comunicación en los diferentes zonas rurales del municipio donde usted interviene a través del plan de intervenciones colectivas; la licenciada **IZABELLA ARZUAGA** muestra gran interés en la participación y expresa que podemos articular con ellos durante en la ejecución de talleres educativos en la zona rural.

Ximena Montero

XIMENA MONTERO CAÑATE
C.C 1082397050
Estudiante Esp. Salud familiar y Comunitaria

Nina Morales

NINA MARIA MORALES GONZALEZ
C.C 1143432077
Estudiante Esp. Salud familiar y Comunitaria

Izabella Arzuaga

IZABELLA ARZUAGA BECERRA
C.C 1002995376
ENFERMERA PIC ESE

CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015 - 27 AGOSTO 2023
SERVICIO DE CONSULTA MEDICINA GENERAL, NUTRICIÓN, PSICOLOGÍA, TOMA DE MUESTRA DE
LABORATORIO CLÍNICO Y VACUNACIÓN INTRAMURAL

Calle 4 N° 2-36. TEL: 57980095798139
E-mail: gerencia@esehospitalelsocorro.gov.co
San Diego – Cesar – Colombia



Anexo 4. Matriz de categorización

Categoría	Subcategoría	Definición operacional	Códigos abiertos (in vivo)	Ejemplos textuales (evidencias)
Experiencias de conflicto	Homicidios/Masacres	Relatos de pérdidas por violencia armada	“masacre”, “mataron”, “asesinaron”, “muerte de mi padre/mamá”	“cuando la masacre fue muy difícil, mis amiguitos los mataron” (E2); “la muerte de mi padre (y guarda silencio)” (E3)
	Desplazamiento/temor	Cambios forzados de residencia, miedo a actores armados	“desplazamiento”, “temor”, “gente armada”	“vivir el desplazamiento... mataron a muchos amigos” (E10); “vivo con temor cada vez que escucho que hay gente armada” (E7)
Salud mental	Ansiedad/Tristeza/Miedo	Síntomas emocionales referidos	“ansiedad”, “tristeza”, “miedo”, “desespero”, “estrés”	“ansiosa... momentos de mucha tristeza, ansiedad o miedo” (E3); “me da mucha ansiedad y eso me hace vivir comiendo” (E6)
	Recuerdos intrusivos/pesadillas	Rememoraciones perturbadoras relacionadas con hechos violentos	“pesadillas”, “recuerdos que la perturban”	“cuando mataron a mi papá” (E3); “muchas veces recuerdo a mi padre tirado, lleno de sangre” (E6)
Barreras de acceso a salud	Distancia/Transporte	Dificultad física/geográfica para llegar a servicios	“Distancia/Transporte”, “toca ir a San Diego”	“Distancia/Transporte” (E2); “toca ir a san diego” (E6)
	Costos	Gastos directos/indirectos que impiden consulta	“costos”, “a veces no hay plata”	“Costos” (E2); “a veces no hay plata” (E5)
	Disponibilidad de citas	Demora/falta de citas oportunas	“disponibilidad de citas”	“Disponibilidad de citas” marcada como dificultad (varias E6)
	Trato/Desconfianza/Miedo	Evitación por temor/desconfianza	“no me gusta ir al médico/hospita	“no me gusta ir al médico” (E4); “temor a los hospitales” (E5)

		anza o maltrato percibido	l”, “temor a los hospitales”
	No me cuido/Desinterés	Declaraciones de baja agencia autocuidante	“no me cuido”, “no me dispongo”, “pereza”
			“yo soy así, casi no me cuido” (e2); “dejar la pereza” (E4)
Prácticas de autocuidado	Autocuidado activo	Prácticas positivas declaradas	“comer bien”, “hago ejercicios”, “me hago la citología”, “voy al médico”, “llevo a mis hijos”
			“comer bien, voy al médico, hago ejercicios” (E3); “me hago la citología” (E5)
	Remedios caseros	Uso de plantas/infusiones	“orégano”, “toronjil”, “paja limón”, “caña agria”, “moringa”, “cúrcuma”
			“toronjil, paja limón” (E3); “orégano, caña agria” (E8); “cúrcuma” (E2)
Redes de apoyo	Familia/Comunidad/Fe	Soportes cotidianos activados	“familia”, “amigas de la iglesia”, “usuarios”, “jornadas de salud”
			“familia” como primer apoyo (varias E#); “mis amigas de la iglesia” (E10)
Recursos disponibles	Activos locales	Bienes/activos percibidos	“asisten a encuentros de salud”, “la gente colabora/vende de todo”
			“asisten a los encuentros de salud” (E3); “la gente vende de todo” (E5)

