

ARTÍCULO ORIGINAL

Morbilidad sentida en el área sexual y reproductiva Población femenina en condición de desplazamiento asentada en Soacha, Cundinamarca.

Morbilidad measured in the sexual and reproductive area Feminine population in displacement condition allocated in Soacha, Cundinamarca.

LAZA C.

Enfermera. Especialista en Epidemiología General Universidad El Bosque.
Docente investigadora. Facultad de Enfermería / Centro de Investigación y Desarrollo. Fundación Universitaria del Área Andina
Email: habana22@hotmail.com – claza@areandina.edu.co

Recibido: Mayo 17 de 2006 - Aceptado: Noviembre 28 de 2006

RESUMEN

Este artículo presenta los resultados de un estudio cualitativo fenomenológico que tuvo como objetivos describir la percepción de enfermedad; del riesgo en el área sexual y reproductiva; comparar la percepción en las zonas de residencia antes y durante el desplazamiento forzado por la violencia. La población estuvo conformada por 17 mujeres en condición de DFV que pertenecían a la Asociación de desplazados “Revivir al futuro”; asentadas en Altos de Cazucá, municipio de Soacha Cundinamarca y habían sido desplazada hacia más de un año. Se aplicó una entrevista semi-estructurada a profundidad y los datos se analizaron mediante la reducción fenomenológica.

La percepción de la enfermedad y el riesgo en el área sexual y reproductiva reflejó las vivencias y experiencias que configuraron la percepción y el significado de la enfermedad en el área de estudio; estuvo permeada

por tres elementos particulares de esta población: la procedencia rural, el impacto negativo del DFV en sus vidas y los cambios que han asumido frente a las condiciones de vida durante el DFV. Previo al DFV, la primera causa percibida como enfermedad fueron las afecciones que se presentaban durante el embarazo, parto y puerperio; se percibieron como riegos, la vida sexual de sus compañeros y las condiciones ambientales y sociales de las zonas de residencias. Durante el DFV, las alteraciones de ciclo menstrual fue expresada como la primera causa de enfermedad percibida y durante el DFV y las consecuencias económicas, sociales, las alteraciones de orden público y la incertidumbre fueron los riesgos percibidos.

PALABRAS CLAVES: DFV, morbilidad sentida, percepción del riesgo, sexualidad, reproducción.

ABSTRACT

This article presents the results of a qualitative phenomenological study, that had as main objectives to describe the perception of the disease; the risk in the sexual and reproductive areas; to compare the perception diseases in the residence zones before and during the Forced Displacement by Violence. The population was made of 17 women in condition of FDV that belonged to the displaced people association “Revivir al

Futuro”, settled in Altos the Cazucá, municipality of Soacha, Cundinamarca. These people had been displaced for more than a year. A semi – structured interview was applied in depth and the data was analyzed through phenomenological reduction.

The perception of the diseases and the risk in the sexual and reproductive area illustrated the life and experi-

ences that configured the perception and the meaning of the disease in the study area; it was permeated by three particular elements of this population: the rural precedence, the negative impact of the FDV in their lives and the changes of the life conditions they have faced during the FDV. Before the FDV, the first causes perceived as disease were the affections present during the pregnancy, delivery and postpartum; the sexual life of their partners and the environmental and social

conditions of their residential zones were perceived as risk factors. During the FDV, the alterations of the menstrual cycle was expressed as the first cause of disease perceived during the FDV and the social and economic consequences, the alteration of the public order and the uncertainty were perceived as risks.

KEY WORDS: FDV, sensed morbidity, risk perception, sexuality, reproduction.

INTRODUCCIÓN

Salud de la Mujer

El interés por la salud de la mujer es relativamente reciente y ha sido el resultado de la preocupación del mundo por la problemática de la mujer que se ha relacionado con la desigualdad social, la vulnerabilidad diferencial entre ambos sexos, entre los diferentes grupos sociales. Todo lo anterior, repercutió directamente en problemas prioritarios de las mujeres, en la salud general y en la salud reproductiva en particular.

Frente a esta situación, es necesario examinar la salud sexual y reproductiva bajo la perspectiva de género la cual nos permitiría replantearla como un concepto amplio como el citado por Koblinnsky, Campbell y Harlow (1998) "Todos los procesos relacionados con la reproducción, en un sentido amplio pero se agregan también los problemas propios de la mujer en las etapas del ciclo vital previa y posteriores a la edad reproductiva, y los asociados con el contexto social, el trabajo y para extenderse a los problemas durante todas las etapas de la vida." (Koblinnsky, Campbell y Harlow, 1998 citado por Najera, 1998)

Reafirmando la anterior definición, al asumir el proceso salud-enfermedad para el análisis desde una perspectiva de género; con la carga social e histórica que esta tiene, es necesario hacerlo desde una conceptualización del proceso como la enunciada por Noamar de Almeida Filho (1992), que para esta investigadora "Pasa a ser considerado un proceso social concreto y que la naturalización de los eventos ligados a la salud son rechazados, acentuándose la historicidad de tales fenómenos y el carácter económico y político de sus determinantes causales. Este carácter histórico y social de las enfermedades se expresa por la imposibilidad de la distribución homogénea o perfectamente aleatoria de las patologías en las poblaciones". En este sentido, la comprensión del proceso salud-enfermedad se podrá entender desde las condiciones sociales, políticas y económicas que finalmente configuran la percepción de la salud y la enfermedad de los individuos, en el cual tiene gran peso sus condiciones materiales.

Por esta razón, el conocimiento de la percepción de la enfermedad es otra condición necesaria para la comprensión del proceso salud-enfermedad en las poblaciones. La morbilidad sentida, según María del Pilar Díaz (2002), es "La percepción de hechos, acciones o estados que afectan negativamente el organismo y/o las actividades habituales de los miembros de una comunidad. Cuyas manifestaciones pueden percibirse a nivel orgánico, social o psicológico, en igual o diferente proporción, dependiendo de las características del fenómeno socioculturalmente clasificado como mórbido" (Díaz, 2002).

Íntimamente relacionado con este instrumento se encuentra la percepción del riesgo, el cual se refiere a los "Juicios y evaluaciones que la gente hace a los peligros a que ella (sus cosas o el ambiente) está, o podría estar, expuestas. Esos juicios y evaluaciones son interpretaciones del mundo, basados en la experiencias y/o creencias" (María del Pilar Díaz, 2002).

Desplazamiento Forzado por la violencia (DFV) en Colombia

En Colombia el DFV se ha configurado como una de las crisis humanitarias más dramáticas en los últimos años de la historia del país y como una de las consecuencias directas del conflicto social y armado que se desarrolla hace más de 40 años en nuestra nación.

Dentro de las consecuencias del DFV se citan las económicas, políticas y psicosociales. En cuanto a la última, el DFV genera un proceso colectivo de desarraigo con graves repercusiones en la vida personal y colectiva. El deterioro y desintegración de los grupos familiares así como de sus redes de apoyo social son resultado de las estrategias empleadas por los grupos armados para intimidar a la población mediante asesinatos, amenazas, masacres y destrucción de poblaciones. Todo esto con el consecuente impacto emocional y social, que se ve agravado por el éxodo de la población y con la escasa respuesta del Estado ante la gravedad de esta situación del conflicto. Además incide en el impacto emocional, las pérdidas que tienen los

desplazados; reales como los familiares asesinados y desaparecidos, la vivienda, enseres, fincas; y simbólicas como la pérdida de referentes culturales y sociales con los que contaba. (Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2001)

Según la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES, 2004), el acumulado desde 1.985 al 2.002, año en que se comenzó a registrar el evento, fue de aproximadamente de 2 millones 900.000. personas desplazadas.

El municipio de Soacha ha sido tradicionalmente un lugar importante de asentamiento de población desplazada. En el año 2003 ocupó el primer lugar en

el departamento de Cundinamarca como municipio receptor de población desplazada con un total de 1.904 hogares incluidos en el Registro Único de población desplazada por la violencia. (Presidencia de la República-Red de Solidaridad Social, 2003).

El presente estudio tuvo como objetivos:

- Describir la percepción de enfermedad en el área sexual y reproductiva.
- Describir la percepción de riesgo para la salud sexual y reproductiva.
- Comparar la percepción de la enfermedad y del riesgo en el área sexual y reproductiva en las zonas de residencia antes y durante el desplazamiento forzado por la violencia.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. La población se constituyó por 17 mujeres de diferentes edades (entre los 15 y 60 años) con los siguientes criterios de inclusión: encontrarse mínimo un año en condición de DFV, que residieran en la Comuna 4 de Altos de Cazucá en el municipio de Soacha, Cundinamarca y que fueran parte de la "Asociación de desplazados Revivir al futuro". Este grupo de mujeres se encontraban inmersas en un proceso de formación y consolidación de una asociación de personas en condición de DFV, cuya actividad ha estado orientada al fortalecimiento de las dimensiones humana, familiar, comunitaria, social y política. Otro objetivo de este proceso es el de jugar un papel importante en la lucha por el respeto y garantía de sus derechos en el marco legal existente además de la denuncia a la opinión pública y a las autoridades sobre la problemática que ellos presentaban (Arias, 2003). El muestreo se realizó por saturación de la información.

Se utilizó una entrevista semi estructurada a profundidad para la recolección de la información (Patton, 1980) y el análisis de la información se realizó mediante la reducción fenomenológica que incluyó dos

pasos: la síntesis de la información y la teorización para la comprensión del fenómeno de estudio.

En cuanto a los aspectos éticos que se tuvieron en cuenta al realizar este estudio fueron: la aprobación del anteproyecto de investigación por la Institución, autorización por parte de la Asociación y de las mujeres que participaron en el estudio previo conocimiento del anteproyecto de investigación. La participación fue libre y espontánea. Aprobación por parte del presidente de la organización y de la ONG FEDES de la aplicación del instrumento de recolección de datos. Se mantuvo el carácter confidencial del contenido de las entrevistas, que fueron identificadas con un número de orden, fecha y hora y nombre del entrevistador y no por el nombre de las participantes. Las grabaciones fueron destruidas una vez concluido el estudio. Las entrevistas no contenían preguntas que revelaran la identidad, localización ni orientación ideológica de las entrevistadas ni de la organización a la que pertenecían. La información recolectada sólo se usó para los fines de este estudio y los resultados se socializaron con las mujeres que participaron en el estudio una vez terminado éste.

RESULTADOS

Las características socio demográficas de la población evidenció la heterogeneidad del grupo de mujeres estudiadas, heterogeneidad que coincide con la de la población desplazada violentamente en Colombia. Así, el 29.4% de las mujeres se encontraban en edades comprendidas entre los 15 y 20 años, seguido por los grupos entre 21 y 30 y 41 y 50 años (23.5%) respectivamente. El 64.7% de ellas eran menores de 40 años. El 47% procedían del Tolima, el 23.5% del

departamento de Antioquia y el 11.7% de los departamentos del Huila y Cundinamarca. El 70% de las mujeres procedían de áreas rurales. El tiempo de haber sido desplazadas forzosamente en el 76.4% era de 1 y 2 años, una de ellas la habían desplazado hacía mas de 5 años. Ninguna de las mujeres había completado los estudios de bachillerato. Sólo el 23.5% de estas habían iniciado este nivel de estudio. Un 35% eran solteras, un porcentaje similar convivían en unión

libre y el 23.5% de las mujeres se habían separado de su pareja. El 88% de las entrevistadas se dedicaban al trabajo del hogar y además refirieron que realizaban actividades remuneradas de forma ocasional, básicamente trabajo doméstico en casas de familia.

Morbilidad sentida en el área reproductiva

La caracterización de la morbilidad sentida en el área sexual y reproductiva de este grupo de mujeres en condición de DFV estuvo marcado por tres elementos que pudieran diferenciar la percepción de la enfermedad entre este grupo particular de mujeres y otros grupos. Las experiencias y las vivencias en las vidas de este grupo de mujeres ha sido permeado por las condiciones, cultura y normas sociales del ámbito rural en el cual vivieron la mayor parte de sus vidas; el impacto negativo del DFV en la vida personal y familiar y los cambios que han tenido que asumir frente a las hostiles condiciones de vida producto del DFV.

Teniendo como referencia los tres elementos anteriores, la percepción de la enfermedad en el área sexual y reproductiva; , en las zonas de residencia, se caracterizó por las enfermedades durante el embarazo, parto y puerperio (aborto provocado, alteraciones del útero, parto pre término y retiro del período); las enfermedades en los senos (mastitis y dolor en las mamas) y las enfermedades en los genitales y la vagina (infección de vías urinaria y enfermedades de transmisión sexual) en este orden de prioridades percibidas. En comparación con lo anterior, durante el DFV, la percepción de la morbilidad en esta área estuvo marcada, en primer lugar por las alteraciones del período menstrual (desorden en la presentación del período menstrual y no presentación del período menstrual), seguido por las alteraciones durante el embarazo, el parto y el puerperio (flujo vaginal, alteraciones en el útero, problemas durante el parto); en tercer lugar, las alteraciones en los senos (mastitis y dolor en los senos) y finalmente, las enfermedades en los genitales y la vagina (infección de vías urinarias, enfermedades de transmisión sexual y infección de heridas en el post parto).

La primera causa de morbilidad percibida, fue definida como *“La imposibilidad de tener hijos y tener familia grande”*. La mujer se constituye en la encargada de la gestación y la crianza de los hijos; y el hombre sólo tiene la función de fecundar. Las afecciones durante la etapa del embarazo, parto y puerperio fueron referidas como no estar sanas y por tanto no ser saludables reproductivamente, ya que tener salud reproductiva es sinónimo de poder quedar embarazada y tener hijos *“No poder tener hijos o no quedar embarazadas enferma psicológicamente a las mujeres y no les da ganas de vivir”*.

A pesar de que el grupo de mujeres no tenía una claridad sobre que eran las enfermedades en los senos, se fueron descritas como un problema delicado, grave y que es anormal en el cuerpo de la mujer. Las alteraciones que se presentaban en los genitales y la vagina, se relacionaban directamente con la responsabilidad del compañero o esposo por tener relaciones sexuales con otras mujeres ya que son definidas como las que se transmitían por las relaciones sexuales y afectan sólo a los genitales. *“Son enfermedades que los hombres cogen por allá y se las prenden a uno”*. En ambos casos, estas enfermedades fueron percibidas como muy peligrosas para su salud pero sobre todo estas significaban un problema que afectaba de forma importante la posibilidad de tener hijos y familia. Esto se evidenció al hacer relación de las enfermedades y como estas afectaban su salud reproductiva. *“Cuando uno esta amamantando y se tapan o se secan y se inflaman los senos”, “la venéreas pueden afectar los embarazos y también traen problemas en la matriz y la mujer no queda embarazada. Al hombre también lo puede dejar con problemas para embarazar a la mujer”*.

La percepción de los riesgos para la salud reproductiva en las zonas de residencia previo a ser desplazadas estuvo relacionada con la vida sexual de sus compañeros, por las condiciones ambientales y sociales de las regiones donde habitaban y la situación de violencia que existía en estas. En cuanto a esto último, la ausencia de médicos y de servicios de salud sumado a las alteraciones de orden públicos de las zonas de residencias eran dos factores que se conjugaban en forma permanente durante los relatos.

Las alteraciones en el período menstrual, expresado como primera causa de morbilidad durante el DFV, fueron relacionadas con las preocupaciones, la intranquilidad y el miedo por la situación de inseguridad y de orden público en las zonas de asentamiento. Además, a lo anterior le agregaban las difíciles condiciones de vida a las que han tenido que someterse durante el DFV y la incertidumbre frente por el futuro. Para estas mujeres, el evento del DFV y sus consecuencias como los problemas económicos, de seguridad personal y la disminución en el nivel y calidad de vida habían afectado de forma importante su período menstrual y por tanto, no sólo la salud reproductiva sino la salud en general. *“Se me ha atrasado el período, no sé si sería por los nervios, preocupación por la situación pues ya no es como antes”, “Si, pues a veces no me llega debido a que por el desplazamiento uno vive estresado, todo nervioso pues debido a eso uno también, digo yo, uno tiene cambios en el organismo. Ahora que nos quedó un hijo por allá yo mantengo muy aburrida. Yo creo que todas esas preocupaciones influyen en que la menstruación no venga regularmente como antes. Por ejemplo, en el campo*

cuando estábamos viviendo, vivíamos tranquilos, nadie nos perturbaba”.

En relación con las alteraciones durante el embarazo, parto y puerperio, durante el DFV, las mujeres también las relacionaron con la difícil situación, que en todos los ordenes, atravesaban. Así, expresaron que no haber podido *“tener los hijos de forma normal o natural y sin ayudas”*, por la realización de parto mediante cesárea y el uso de drogas como la oxitócina durante el trabajo de parto, lo percibieron como una alteración y como una expresión de no estar sanas.

Sobre los riesgos percibidos, además del DFV y las condiciones de vida que este evento ha conllevado, también se refirió los cambios en la actitud del compañero en referencia al aumento del número de compañeras sexuales de estos, lo cual no sólo lo relacionaron con el aumento del riesgo para la presentación de enfermedades de transmisión sexual, sino también, con problemas durante la gestación y en las relaciones de pareja. *“Aquí uno tiene más riesgos por la situación actual, yo no sé si mi esposo tenga otra mujer, yo me quedo acá en la casa y el sale todo el día”.*

Morbilidad sentida en el área sexual

La sexualidad fue percibida como las relaciones sexuales cuyo fin es *“Quedar embarazada para tener familia”*. Así, la sexualidad fue considerada como un medio para la reproducción y no como un evento en la vida de las parejas con otros fines como son el placer y que es importante para la unión de las parejas.

Previo a ser desplazadas, el grupo de mujeres expresó que la primera causa de morbilidad percibida en las zonas de antigua residencia fueron las violaciones por parte de algún miembro de la familia e inclusive de parte de los actores que los desplazaron. Sin embargo, la percepción expresada en esta área durante el DFV se refiere a la disminución del deseo sexual y por tanto, de las relaciones sexuales con su pareja. La causalidad percibida para lo anterior se relaciona directamente con la situación y las consecuencias del DFV. *“Ha disminuido el deseo sexual, ya no es lo mismo, el cuerpo ya no lo exige”, “No hay privacidad, duermo en una pieza con mis hijos, mi madrina y mi esposo”.* Esto es referido como negativo en la relación y la estabilidad de la pareja.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La morbilidad sentida en el área sexual y reproductiva en ambos momentos, previo y durante el DFV, reflejó las vivencias y las experiencias que configuraron la percepción de la enfermedad en esta área de las mujeres de procedencia rural en Colombia. Así se reafirma que, a pesar del abandono del medio campesino, los significados de “ser mujer” y su papel como procreadora biológica, familiar y social no modificó la percepción de la salud y la enfermedad en el área sexual y reproductiva.

La perspectiva de género y el análisis desde una de las variables de esta, la procedencia rural, nos acerca a la comprensión de que la primera causa de morbilidad sentida en el área reproductiva previo a ser desplazadas fueran las enfermedades que se suceden durante el embarazo, parto y puerperio. Pero también nos ayuda a entender porque las otras entidades y los riesgos percibidos influyen directa y negativamente sobre el proceso reproductivo.

La percepción de la enfermedad es una experiencia que se encuentra muy marcada por las relaciones de género como una construcción asimétrica entre hombres y mujeres (Meertens, 2000). La perspectiva de género en salud (Viveros, 1995) señala que las imágenes sociales de hombres y mujeres condicionan las concepciones y prácticas que se tiene en torno al cuerpo, la sexualidad, la construcción de la afectividad y la identidad, las formas de pensar y sentir en las

distintas fases del ciclo vital; y la organización de la cotidianidad.

La salud de la mujer esta estrechamente relacionada con la construcción social de lo femenino como un “ser para otros” y el cuerpo de la mujer como “un cuerpo para otros”. Lo anterior tiene importantes implicaciones para la autoestima, la valoración social y la capacidad de las mujeres en la toma de decisiones y en las actitudes en pro de su propio beneficio del cuidado de su cuerpo, su salud y su bienestar. Por todo esto, se plantea la existencia de dos percepciones diferentes del hombre y la mujer sobre las propias experiencias de la enfermedad: mientras el hombre se reconoce enfermo sólo en la medida en que se encuentra laboralmente incapacitado, la mujer, con gran frecuencia, remite todas sus enfermedades a la experiencia de la maternidad, el parto y el postparto. (Viveros, 1995)

El DFV fue percibido como un evento devastador y como un agente causal y productor de enfermedad; que ha sido capaz de penetrar en lo más íntimo de la mujer: su sexualidad y su capacidad de procrear. La ruptura del tejido social y comunitario que causó el DFV se ha reflejado y se percibe en la pérdida de la tranquilidad que le proporcionaba ser parte y sentirse reconocida en su comunidad; en cuyo contexto se desentrevolvía la cotidianidad y en el cual se aceptaba e imponía el rol fundamental de ser madre y esposa.

Esto, según lo expresado por ellas, significaba un escudo protector frente a otras problemáticas como la violencia, las carencias y limitaciones económicas, el déficit o ausencia de los servicios básicos, el sometimiento por parte del género masculino entre otros.

A la ruptura del tejido social se adiciona la inserción forzada y abrupta en un medio hostil como el de la ciudad de Bogotá; en el cual los parámetros y condiciones de vida son diferentes a los del medio rural. Esto ha implicado en las mujeres una modificación, o más bien, una negación de lo aprehendido culturalmente durante toda su vida en las zonas rurales. La utilización de métodos anticonceptivos, inclusive los métodos definitivos, se ha convertido en una contradicción en las vidas de estas mujeres a las cuales siempre se les reafirmó su rol prioritario de ser esposas y madres. La forma brusca o aguda e impositiva de esta nueva realidad ha sido contraproducente si pensamos la educación sexual y reproductiva como un proceso de libre elección mediante el cual la mujer logre asimilar y aceptar la necesidad de un cambio en la forma de vivir y aceptar su sexualidad y

reproducción. Así, el DFV se configura como evento devastador en otra esfera de la vida de la población que ha sido desplazada violentamente en Colombia.

Además de la mirada desde la perspectiva de género para acercarnos a la comprensión de la percepción de la morbilidad en el área sexual y reproductiva, es necesario tener en cuenta que en la salud “Lo social es un elemento esencial en el proceso salud enfermedad, porque hace referencia a las condiciones de vida materiales y espirituales donde cobran existencia las manifestaciones de enfermedades propias de cada grupo o clase social. Es decir, tiene que ver con las formas de vida de los colectivos humanos, con los patrones de trabajo y consumo que hacen parte de su diario vivir, con sus prácticas cotidianas, con sus formas de participación y con sus representaciones y significados de la salud y la enfermedad” (Duque, 1999). Asumir la salud con su carga social e histórica es asumir que las condiciones materiales son componentes determinantes, no sólo desde lo “ethic”, sino también como estas condiciones materiales influyen y configuran la percepción y vivencia de la salud y la enfermedad, o sea, desde lo “emic”.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mis agradecimientos a la Organización no gubernamental “Federación para la Educación y el Desarrollo” (FEDES) y a la “Asociación de desplazados

Revivir al futuro” por el valioso apoyo para la realización de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arias, A. (2003). Familias en situación de desplazamiento en altos de Cazucá. Bogotá, FEDES, Pp. 72.

Bonilla, E; Rodríguez, S. (1997). Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales. Bogotá, Uniandes, Pp. 95-96.

Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. (2004) Boletín CODHES informa Nº 47. Abril de 2004. Disponible en Internet: www.codhes.org.co

Díaz, M. (2002) El riesgo en salud: entre la visión del lego y el experto. Bogotá, Unibiblios, Pp. 39-40.

Duque, S. (1999) Dimensión del cuidado de Enfermería a los colectivos: un espacio para la conformación de la salud y la producción de conocimiento. Revista Investigación y Educación en Enfermería. 17:70-89.

Filho, N.A. (1992) Epidemiología sin números. Washington DC: PALTEX OPS/OMS, Pp.16.

Meertens, D. (2000) Víctimas y sobrevivientes de la guerra: tres miradas de género. Revista colombiana de antropología. Disponibles en Internet: http://www.icanh.gov.co/secciones/publicaciones/rca_36_00.htm

Najera. A. C. (1998) Maternidad, sexualidad y comportamiento reproductivo: apuntes sobre la identidad de las mujeres. Disponible en Internet: <http://www.hsph.harvard.edu/organizations/healthnel/spanish/course/sesion2/maternidad.htm>

Patton. (1980). En: Bonilla, E; Rodríguez, S. (1997). Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales. Bogotá, Uniandes, Pp. 95-96.

Presidencia de la República, Ley 387 de 1997, “Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia”.

Presidencia de la República. Red de Solidaridad Social. Unidad Territorial de Cundinamarca. Tendencias del desplazamiento forzado en el municipio de Soacha. Bogotá: 2003.

Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2001)

Compilación sobre desplazamiento forzado. Normas, doctrina y jurisprudencia nacional e internacional. Bogotá, OACNUDH, 2001. Pp. 348-361.

Viveros, M. (1995) Saberes y dolores secretos. Mujeres, salud e identidad de género. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino. Bogotá, UNIANDES, Pp. 161-165.