

doi: 10.15446/rcp.v25n1.49966

Afectaciones Psicológicas, Estrategias de Afrontamiento y Niveles de Resiliencia de Adultos Expuestos al Conflicto Armado en Colombia*

NOHELIA HEWITT RAMIREZ

Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia

FERNANDO JUÁREZ

Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

ARTURO JOSÉ PARADA BAÑOS

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

JEANNIE GUERRERO LUZARDO

YINETH MARCELA ROMERO CHÁVEZ

ANDREA MELISSA SALGADO CASTILLA

MARTHA VIANETH VARGAS AMAYA

Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia



Excepto que se establezca de otra forma, el contenido de esta revista cuenta con una licencia Creative Commons “reconocimiento, no comercial y sin obras derivadas” Colombia 2.5, que puede consultarse en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/co>

Cómo citar este artículo: Hewitt Ramírez, N., Juárez, F., Parada Baños, A. J., Guerrero Luzardo, J., Romero Chávez, Y. M., Salgado Castilla, A. M., & Vargas Amaya, M. V. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125-140. doi: 10.15446/rcp.v25n1.49966

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a la Dra. Nohelia Hewitt, e-mail: nhewitt@usbog.edu.co. Universidad de San Buenaventura, Cra 8H # 172-20, Bogotá, Colombia.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

RECIBIDO: 11 DE MARZO DEL 2015 – ACEPTADO: 11 DE NOVIEMBRE DEL 2015

* Investigación realizada en alianza entre la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura, Bogotá y la Corporación Impacto Vital, en el marco del desarrollo del programa “Bienestar”, que contó con el financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Agradecemos a los participantes y a la Alcaldía Municipal de Viotá, Cundinamarca, Colombia.

Resumen

Se determinaron las afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de 677 adultos expuestos al conflicto armado en un municipio colombiano. Los participantes del estudio fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio por afijación proporcional. Se aplicaron el cuestionario de síntomas, prueba de estrés postraumático y escalas de estrategias de afrontamiento y resiliencia. Las principales afectaciones psicológicas encontradas son el sentimiento de que alguien trata de hacerle daño, consumo de alcohol, alteraciones del estado de ánimo y síntomas de estrés postraumático. Las estrategias de afrontamiento más empleadas son la religión y esperar que las cosas se arreglen solas. El nivel de resiliencia es moderado. La percepción de salud es baja y la necesidad de atención es alta.

Palabras clave: adultos, violencia armada, salud mental, alcoholismo, estrés postraumático, depresión.

Psychological Symptoms, Coping Strategies and Resilience in Adults Exposed to the Colombian Armed Conflict

Abstract

The psychological symptoms, the coping strategies and the resilience levels of 677 adults exposed to armed conflict in a Colombian town were evaluated. The participants of the study were selected via random sampling by proportional allocation. A questionnaire of symptoms, a test of posttraumatic stress disorder, and several scales of coping strategies and resilience were applied. The main psychological symptoms found were the feeling that someone wanted to harm the participant, alcohol consumption, mood disorders, and symptoms of posttraumatic stress. The coping strategies most employed were religion and waiting until things straightened out by themselves. The level of resilience is moderate. The perception of health is low and the need for health care is high.

Keywords: adults, armed violence, mental health, alcoholism, posttraumatic stress, depression.

Afetações Psicológicas, Estratégias de Enfrentamento e Níveis de Resiliência de Adultos Expostos ao Conflito Armado na Colômbia

Resumo

Neste estudo, foram determinados as afetações psicológicas, as estratégias de enfrentamento e os níveis de resiliência em 677 adultos expostos ao conflito armado num município colombiano. Os integrantes do estudo foram selecionados mediante amostragem aleatória por alocação proporcional ao tamanho do estrato amostragem. Aplicaram-se o questionário de sintomas, o teste de estresse pós-traumático e as escalas de estratégias de enfrentamento e resiliência. As principais afetações psicológicas achadas são o sentimento de que alguém tenta fazer-lhe mal, consumo de álcool, alterações do estado de ânimo e sintomas de estresse pós-traumático. As estratégias de enfrentamento mais empregadas são a religião e esperar que as coisas sejam ajustadas sozinhas. O nível de resiliência é moderado. A percepção de saúde é baixa, e a necessidade de atenção, alta.

Palavras-chave: adultos, violência armada, saúde mental, alcoolismo, estresse pós-traumático, depressão.

EN EL desarrollo del conflicto armado hay personas expuestas a diversas formas de violencia que se identifican como víctimas directas o indirectas de distintos hechos victimizantes (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas [UARIV], 2012). Actualmente muchos países están expuestos a la guerra debido a factores internos o externos, y la población civil es la más afectada. Casi 2.7 millones de personas en todo el mundo son víctimas, gran parte de ellas, población adulta desplazada por los conflictos armados, en su mayoría por causa de intereses políticos (Husain et al., 2011). Los civiles en todo el mundo están expuestos a eventos traumáticos, como resultado de la violencia masiva, a menudo en el contexto de entornos afectados por conflictos (McDonald, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) define la violencia como:

el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga mucha probabilidad de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones. (p. 3)

En Colombia, el conflicto armado interno inició en la década de 1950 y sigue presente en muchas zonas, evidenciándose en los continuos enfrentamientos militares de grupos legales e ilegales que ocurren a lo largo del territorio nacional. Esta situación ha llevado a una continua y compleja dinámica social, política, familiar y personal de todos los habitantes (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013). Las cifras reportadas por la UARIV señalan que hay 5.845.002 víctimas identificadas hasta octubre del 2013. Las estadísticas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF, 2012), muestran que la mayoría de las víctimas y los autores de la violencia en el país están entre las edades de 15 a 35 años. Según la Ley 1448 de 2011, se consideran víctimas:

aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1 de enero de 1985, como consecuencia de

infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas Internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno. (p. 9)

Entre los hechos a los que han estado expuestos las víctimas en Colombia se encuentran los homicidios perpetrados contra comunidades a fin de causar su desplazamiento, los actos de tortura, tratos crueles, degradantes e inhumanos, el secuestro y los secuestros colectivos como tácticas de guerra, la desaparición forzada, las tomas armadas de diferentes poblaciones, las masacres indiscriminadas de civiles, el desplazamiento forzado masivo, los ataques, masacres y homicidios, los delitos contra la libertad, la integridad sexual y la violencia de género, las minas antipersonales, el reclutamiento forzado y de menores, y el abandono o despojo forzado de tierras (Ley 1448 de 2011; UARIV, 2012). Estos hechos victimizantes se clasifican como delitos contra la vida, la libertad y la integridad, lo que ha conllevado a la crisis humanitaria y de derechos humanos, en varias regiones del país. Los daños generados por la violencia se agrupan en daños emocionales y psicológicos, morales, políticos y socioculturales (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013).

La investigación ha señalado que los hombres son las primeras víctimas de diversas formas de violencia como homicidios, desaparición forzada, masacres y minas antipersonales, mientras que las mujeres son las principales sobrevivientes, no solo como viudas o huérfanas del conflicto, sino como víctimas de violencia de género de carácter físico, psicológico y violencia sexual, física y moral. Estos crímenes cuentan con los índices más altos de impunidad, donde la violencia sexual constituye un arma que usan los actores del conflicto armado de manera sistemática y generalizada (García, 2011; Tortosa, 2010; Vinck & Pham, 2013; Wilches, 2010).

Es conocido, que las consecuencias en la salud mental de las personas víctimas tienen un impacto de largo alcance en varios ámbitos de la vida y de la comunidad (Lira, 2010;

McDonald, 2010). El conflicto armado genera afectaciones físicas, emocionales y afectivas en las personas involucradas, altera la salud mental tanto individual como colectiva no solo de forma inmediata, sino también a largo plazo (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013; Lira, 2010; McDonald, 2010).

Los impactos del conflicto armado interno son complejos, de diverso orden, magnitud y naturaleza. Estos impactos dependen de las características de los eventos violentos sufridos, el tipo de victimario, las modalidades de violencia, las particularidades y los perfiles de las víctimas, su edad, género, pertenencia étnica, condición de discapacidad, experiencia organizativa, adscripciones políticas y religiosas, el tipo de apoyo recibido, las respuestas sociales frente a los hechos y las víctimas y las acciones u omisiones del Estado (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013; Taylor, 2011).

Los estudios muestran que las afectaciones más significativas están relacionadas con estrés postraumático, ansiedad y depresión (Bell, Méndez, Martínez, Palma, & Bosch, 2012; Defensoría del Pueblo, 2012), ideación suicida, ataques de pánico, consumo de sustancias psicoactivas (Alejo, Rueda, Ortega, & Orozco, 2007). Adicionalmente, se identifica la disminución de los niveles de calidad de vida, la ruptura de las redes sociales y afectivas, la modificación de los roles familiares y el desarraigo cultural (Alejo et al., 2007; Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013).

Los estudios internacionales, que han revisado las afectaciones en salud mental de las personas víctimas del conflicto armado, evidencian que las prevalencias de vida de los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT), ansiedad y depresión son 7.0%, 32.6% y 22.2%, respectivamente, y señalan que esta prevalencia se asocia con la exposición al trauma subyacente (Husain et al., 2011). Revisiones sistemáticas de estudios realizados en los que participaron personas expuestas al conflicto armado y desplazamiento en 40 países, observaron prevalencias del 30.6% de TEPT y del 30.8% de trastorno depresivo mayor (Steel et al., 2009).

El conocimiento sobre la prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales entre las víctimas del conflicto armado colombiano es escaso (Bell et al., 2012; Campo-Arias, Oviedo, & Herazo, 2014). Los estudios representativos en Colombia con población adulta víctima del conflicto armado, reportan comorbilidad entre TEPT, ansiedad y depresión (Bell et al., 2012). Además, una prevalencia de síntomas de ansiedad entre el 25.7% al 32.5%, de trastorno de somatización entre 61% y 73.8%, abuso de alcohol (23.8% a 38.1%) y trastornos de la alimentación entre 4.7% y 11.9% (Londoño, Romero, & Casas, 2012). También, se ha confirmado que un año después de la exposición a los hechos victimizantes, las afectaciones psicológicas más presentadas son el TEPT (37%), el trastorno de ansiedad generalizada (43%), la depresión mayor (38%) y el riesgo de suicidio (45%; Londoño et al., 2005).

En este campo de estudio, hay que considerar que las personas generan estrategias de afrontamiento ante situaciones de amenaza, abordadas desde el campo de la salud mental y de la psicopatología en relación con el estrés, las emociones y la solución de problemas. Las estrategias de afrontamiento se definen como el conjunto de recursos y esfuerzos comportamentales y cognitivos orientados a resolver la situación amenazante o adversa, a reducir la respuesta emocional o a modificar la evaluación que se hace de dicha situación (Lazarus & Folkman, 1984, 1986). El uso de cualquier tipo de estrategia de afrontamiento está relacionado con la evaluación cognitiva, el control percibido y las emociones (Vinaccia, Tobón, Sandín, & Martínez, 2001).

Un aspecto importante del ser humano en el afrontamiento de situaciones críticas para el proceso de recuperación, es la resiliencia, que se define como la capacidad que tienen las personas para hacer frente al dolor, a experiencias difíciles o traumáticas (Wilches, 2010). Es la capacidad de superar los eventos adversos y ser capaz de tener un desarrollo exitoso a pesar de circunstancias muy adversas (muerte de los padres, guerras,

graves traumas, entre otros; Becoña, 2006). No es una capacidad innata, sino que está asociada al temperamento, las características internas, el locus de control (Becoña, 2006), las relaciones sociales, afectivas y familiares y requiere también que la persona quiera comprender su sufrimiento y actuar (Wilches, 2010). Se conoce que la capacidad de resiliencia depende también del número, intensidad y duración de las circunstancias adversas por las que se ha pasado (Becoña, 2006).

Lo mencionado corrobora que el conflicto armado tiene un efecto negativo en la salud mental de las víctimas. La mayoría de esta evidencia proviene de estudios retrospectivos que informan una clara asociación entre la violencia de masas y los resultados psicológicos a largo plazo. Estos estudios proporcionan evidencias relacionadas con la salud mental en situaciones de post-conflicto (Bell et al., 2012). Sin embargo, son pocos los estudios que además de describir las afectaciones psicológicas producto del conflicto armado evalúen los recursos psicológicos que caracterizan a las personas expuestas a dichas situaciones, como son las estrategias de afrontamiento y los niveles de resiliencia que permitan diseñar y desarrollar programas de atención psicosocial ajustados a las necesidades particulares de las víctimas directas e indirectas del conflicto armado.

Con base en lo anterior se plantea este estudio, que pretende determinar las afectaciones psicológicas, las estrategias de afrontamiento, los niveles de resiliencia, la percepción y necesidad de atención en salud mental y los factores de riesgo en la población adulta que estuvo expuesta al conflicto armado en un municipio de Colombia.

Método

Participantes

La población de estudio fue seleccionada de una zona de Colombia, ubicada a 82 kilómetros de la capital, conformada por 13 barrios y 56 veredas. Tiene una población aproximada de 15 mil habitantes, de los cuales 5 mil viven en

el casco urbano. Allí nació el ala fuerte de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) y es considerada la cuna del comunismo en Colombia. Esta zona es uno de los municipios de mayor pobreza por la situación de violencia ejercida por grupos guerrilleros y paramilitares durante 50 años. Es de destacar que esta región fue sitiada por la guerrilla de las FARC durante cuatro años continuos, periodo en el que se vivieron hechos victimizantes como tomas armadas de las diferentes veredas, homicidios perpetrados contra la comunidad, secuestros, violencia sexual, masacres indiscriminadas y desplazamiento forzado de las veredas al casco urbano. Desde el 2013, se declaró a esta zona como el primer municipio colombiano en posconflicto.

La muestra estuvo constituida por 677 adultos que habían estado expuestos al conflicto armado, con una edad promedio de 43 años ($DE=33.429$), 65% mujeres y el 34% hombres. El 54% de la población vive en pareja, un 30.9% son solteros y el 14% son separados o viudos. El 9.8% tienen un nivel educativo universitario, el 42.5% son bachilleres y un 39.6% tienen un nivel educativo de primaria. Solo un 6.8% no tienen educación formal. El 60% de la población vive en el casco urbano y un 40% en el rural. El 46.7% no trabaja y el 34.9% son empleados. El 65.1% viven con más de un familiar (cuatro en promedio). Este grupo poblacional vive en el municipio hace 26 años. Con respecto a los eventos asociados al conflicto, la población reporta en promedio un evento, ya sea ocurrido, presenciado u ocurrido a alguien cercano, así, el 40% reporta haber sido víctima directa de hechos relacionados con violaciones a la vida, la integridad y la libertad; el 23% señala que ha sido testigo, el 27% informa que le ha ocurrido a algún familiar y un 10% menciona no haber estado expuesto de forma directa a hechos victimizantes relacionados con el conflicto armado. Sin embargo, como ya se mencionó y por el tiempo de residencia en la zona, esta población ha estado expuesta a las situaciones de violencia relacionadas con el conflicto armado. El periodo de tiempo que ha transcurrido desde

la exposición a los últimos hechos victimizantes de 8 años, razón por la que se cataloga como población en postconflicto.

Los participantes se seleccionaron mediante un muestreo polietápico, propositivo aleatorio, que implicó una muestra intencional de la población más expuesta a las situaciones de conflicto y un muestreo aleatorio por afijación proporcional por edad y localización de vivienda (urbana o rural). Se incluyó a todas las personas mayores de 18 años, que expresaron su deseo voluntario de participar, que llevaban como mínimo 20 años viviendo en el municipio seleccionado. Participaron personas que sabían y que no sabían leer y escribir.

Instrumentos

Encuesta de características sociodemográficas, evaluación de la percepción y necesidad de atención en salud mental y de las situaciones traumáticas relacionadas con el conflicto armado. Se diseñó y aplicó una encuesta para obtener la información referida a datos sociodemográficos de los participantes, sitio de vivienda, tiempo viviendo en la zona de conflicto y régimen de salud.

Además de obtener información sobre los datos sociodemográficos, la encuesta contiene: (a) una pregunta referida a si ha recibido atención en salud mental, en qué lugar, cuál profesional lo atendió; (b) seis preguntas que evalúan la percepción de la atención en salud mental, cinco de ellas con opciones de respuestas de *sí/no* y la última tiene las opciones *excelente, buena, regular y mala* (“¿Recibió la atención que necesitaba para su situación personal?”, “¿La atención que recibió fue suficiente para dar solución a su caso?”, “¿El horario de atención es adecuado?”, “¿Cree que la opinión que tienen otros usuarios de la atención en salud mental es buena?”, “¿Considera que la atención cubrió sus necesidades?”, “¿En general considera que la atención en salud mental fue...?”); y (c) tres preguntas sobre la necesidad de atención en salud mental, también con opciones de respuestas de *sí/no* (“¿Considera que en este

municipio se requiere de un servicio de atención en salud?”, “¿Considera que usted necesita atención por un profesional de salud mental?”, “¿Usted asistiría a consulta con un profesional de salud mental?”). Adicionalmente, abarca tres preguntas con opciones de respuesta *sí/no*, referidas a si ha vivido, ha sido testigo o si la familia ha vivido algún evento traumático en algún momento de su vida, y si el evento ha estado relacionado con el conflicto armado. Si es así se pide mencionar el tipo de evento.

Cuestionario de síntomas (SRQ; World Health Organization [WHO], 1994). Este instrumento fue diseñado con el propósito de identificar enfermedades mentales en el nivel de atención primaria. El cuestionario es auto-aplicado y consta de 30 preguntas que se contestan como sí o no. Las primeras 20 preguntas evalúan los síntomas psiquiátricos más frecuentes, depresión y ansiedad. Las cuatro preguntas siguientes están relacionadas con trastornos psicóticos (21 a la 24), la pregunta 25 con las crisis convulsivas y las cinco preguntas adicionales con el consumo de alcohol (de la 26 a la 30). Cada pregunta va acompañada por un dibujo que describe la condición clínica que se evalúa, lo que facilita la comprensión de la misma. Se considera que la persona está en riesgo de sufrir una enfermedad mental cuando: (a) responde afirmativamente a 11 o más de las primeras 20 preguntas; (b) responde afirmativamente por lo menos a una de las preguntas 21 a la 30. El instrumento tiene una confiabilidad interna de Alfa de Cronbach de .87 (WHO, 1994).

Prueba de Estrés Postraumático (TEPT; Castrillón, 2003). Es una escala tipo Likert, donde 1 es *nunca*, 2 es *rara vez*, 3 es *pocas veces*, 4 es *con frecuencia* y 5 es *habitualmente*. Es una escala auto-aplicada, compuesta por 24 preguntas que corresponden a los factores: exposición a un evento traumático (preguntas 1 a la 7), estado disociativo (preguntas 8 a la 13), estado anímico (preguntas 14 a la 17), indefensión (preguntas 18

a la 20), miedo (preguntas 21 a la 22) y situación de amenaza a la vida (preguntas 23 y 24). El instrumento se elaboró con base en los criterios del Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales (DSM-IV) para el trastorno de ansiedad de estrés postraumático. Además, se tomaron en cuenta los contenidos cognitivos, las secuelas emocionales y los comportamientos de este trastorno de ansiedad en cada pregunta. Para su calificación se suman las respuestas de las preguntas que pertenecen a cada factor, y se busca el número obtenido en la tabla de percentiles. Si es superior a 75%, hay indicadores clínicos; si es superior a 85%, es un síntoma claro. Para sacar el total se suman todas las respuestas, se extrae el número total y se ubica el percentil en la columna. Si está por encima de 75%, tiene indicadores clínicos, lo cual hace sospechar que existe un deterioro en relación con el TEPT. Si el percentil está por encima de 85% hay sospecha de la presencia del trastorno. La confiabilidad de Alfa de Cronbach para cada factor está entre .86 y .95 y la confiabilidad total de la prueba es de .88 (Castrillón, 2003).

Escala de Estrategias de Afrontamiento Modificada (EEC-M; Londoño et al., 2006). Fue desarrollada originalmente por Chorot y Sandín en 1993 y validada para Colombia por Londoño et al. (2006). La escala validada para Colombia es auto-aplicada y está compuesta por 69 ítems con opciones de respuesta tipo Likert en un rango de frecuencia de 1 a 6 desde *nunca* hasta *siempre*. Adicionalmente, abarca 12 factores o componentes. Los factores son: (a) solución de problemas, (b) apoyo social; (c) esperar; (d) religión; (e) evitación emocional; (f) apoyo profesional; (g) reacción agresiva; (h) evitación cognitiva; (i) reevaluación positiva; (j) expresión de la dificultad de afrontamiento; (k) negación, y (l) autonomía. El Alfa de Cronbach total del cuestionario es de .847. Para la calificación de la escala se obtiene la sumatoria de los puntajes de los ítems de cada factor y se compara con los datos normativos establecidos para la muestra colombiana (Londoño et al., 2006).

Escala de Resiliencia de Adultos (ER; Wagnild & Young, 1993). Es una escala conformada por dos factores, que reflejan la definición teórica de resiliencia. El primer factor es el de competencia personal, abarca 17 ítems que indican auto-confianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio, y perseverancia. El segundo, aceptación de uno mismo y de la vida, con ocho ítems, representa adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable a pesar de la adversidad.

La escala es tipo Likert, se puede administrar en forma individual o colectiva, es auto-aplicada y sin tiempo límite para completarla. Consta de 25 ítems, que oscilan desde 1 *totalmente en desacuerdo* hasta 5 *totalmente de acuerdo*. Los ítems están escritos en forma positiva a fin de reflejar con exactitud las respuestas de los participantes. Se obtienen puntajes globales que ubican el nivel de resiliencia de las personas como alto, moderado o escaso. El puntaje total se obtiene sumando los puntajes de la escala y los valores van desde 25 hasta 175. Los valores mayores a 147 indican mayor capacidad de resiliencia; entre 121 a 146, resiliencia moderada y los valores menores a 121, resiliencia escasa. Entre mayor sea el puntaje, existe mayor resiliencia. Los ítems reflejan cinco aspectos de la resiliencia que son perseverancia, confianza en sí mismo, sentido de la vida, filosofía de la vida y ecuanimidad. El Alfa de Cronbach es de .94 para toda la escala. Para la escala de competencia personal el Alfa de Cronbach es de .91 y para la de aceptación de sí mismo el Alfa de Cronbach es de .81. Esta escala ha mostrado alta correlación con escalas que miden satisfacción con la vida, moralidad y depresión (Wagnild & Young, 1993).

Procedimiento

El procedimiento realizado implicó cuatro fases claramente definidas la primera, referida a la caracterización del municipio, que permitió identificar la distribución de la población, según barrios y veredas para poder llevar a cabo

la selección de los participantes expuestos al conflicto armado. La segunda fase de entrenamiento al equipo y prueba piloto de aplicación de los instrumentos, implicó capacitar a un grupo de cuatro psicólogos y de 50 estudiantes de psicología de últimos semestres de formación, en el manejo de los instrumentos definidos. Para esto, se organizó el protocolo de aplicación de los instrumentos de tal forma que se empezaba con la ficha de caracterización sociodemográfica, percepción y necesidad de atención en salud e identificación de las situaciones traumáticas vividas relacionadas con el conflicto armado. Se continuaba con el cuestionario de síntomas SRQ, la prueba de estrés postraumático y se terminaba con las escalas de estrategias de afrontamiento y de resiliencia. Se hizo una prueba piloto de la aplicación de dichos instrumentos en la que se determinó el tiempo de duración requerido, la comprensión de las instrucciones y preguntas, así como la forma de aplicación.

La tercera fase de aplicación de instrumentos, implicó la realización de una convocatoria puerta a puerta, en la que se explicaban los objetivos de la investigación y se invitaba a participar. Manifestada la voluntad de participar, los participantes se citaron a uno de los centros educativos de la zona, donde se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos en grupos simultáneos de 20 a 25 integrantes, una vez recibieron las instrucciones para responder los cuestionarios y firmaron el consentimiento. La sesión tuvo una duración de 2 horas. Los coordinadores de cada grupo verificaban que todos los cuestionarios fueran diligenciados en su totalidad. Con aquellas personas que no sabían leer y escribir, los psicólogos heteroaplicaron los instrumentos. Se ofreció valoración, consulta y manejo gratuito por psicología tanto en el casco urbano como en las veredas durante el desarrollo de la investigación a todos los participantes. En la cuarta fase, análisis de resultados, se codificaron los instrumentos aplicados, se elaboró la base de datos y se analizaron los resultados a través del programa estadístico SPSS versión 20.0.

Análisis Estadístico

Se hicieron análisis descriptivos para identificar las afectaciones psicológicas y los niveles de resiliencia de este grupo en particular, se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de cada uno de las afectaciones psicológicas y de los niveles de resiliencia evaluados y se utilizó el estadístico chi cuadrado (χ^2), para identificar las diferencias entre las categorías de afectación medidas y los niveles de resiliencia. Los valores inferiores a $p < .05$ se consideraron significativos. Para el análisis de las habilidades de afrontamiento, se obtuvieron las medias y desviación estándar. El análisis de la percepción y la necesidad de atención en salud, implicó obtener medidas de tendencia central y los intervalos de confianza al 95%. Para el análisis de los factores de riesgo asociados a las afectaciones psicológicas, se calculó el estadístico *odd ratio* (OR) o razón de ventajas (rv), con su intervalo de confianza al 95%.

Resultados

El análisis de los resultados implicó: (a) el análisis descriptivo de la afectación psicológica de la población participante; (b) el análisis por niveles de afectación en el que se revisan los niveles de afectación normal y clínico; normal, indicador clínico y síntoma; (c) el análisis de la percepción y la necesidad de atención en salud, y (d) el análisis de los factores de riesgo relacionados con las problemáticas psicológicas.

Análisis Descriptivo de las Características Psicológicas de la Población y Niveles de Afectación

Este análisis muestra las afectaciones psicológicas de la población de acuerdo con los niveles normal y clínico. En el cuestionario de síntomas SRQ se observa que el 84.6% de la población presenta síntomas de psicoticismo, específicamente el sentimiento de que alguien trata de herirlo o hacerle daño de alguna manera, lo que está relacionado con la vivencia real de las situaciones violentas a causa del conflicto armado, y el 34% presenta el comportamiento de consumo de alcohol (Tabla 1).

Tabla 1
Afectaciones psicológicas y niveles de afectación de la población participante

Afectaciones psicológicas	Nivel de afectación	F	%	χ^2	gl	p
SRQ ansiedad depresión	Normal	566	83.6	305.79	1	<.001
	Clínico	111	16.4			
SRQ psicoticismo	Normal	104	15.4	324.90	1	<.001
	Clínico	573	84.6			
SRQ conversión	Normal	594	87.7	385.70	1	<.001
	Clínico	83	12.3			
SRQ alcoholismo	Normal	450	66.5	73.45	1	<.001
	Clínico	227	33.5			

Los resultados arrojados por la prueba de estrés postraumático TEPT, evidencian el porcentaje de la población que se ubica en las categorías normal, indicador clínico (en riesgo, deterioro en su comportamiento) y síntoma que implica la presencia del trastorno o problema. De esta forma, el 18.2% de la población presenta un síntoma claro de TEPT, mientras que un 6.8% está en riesgo de presentarlo pues está ubicado en la categoría de indicador clínico. El mayor porcentaje de la población en la categoría de síntoma se ubica en el factor de estado disociativo, con un 22.5%, lo

que se relaciona con alteraciones en la atención y en la memoria. Adicionalmente, se observa que un 18.5% de la población se ubica en la categoría de síntoma en el factor de estado anímico, lo que indica que hay desesperanza y falta de motivación. Se observa también un 14.9% de la población en la categoría de síntoma en el factor de experimentación del evento traumático que indica que este grupo de población está presentando *flashback* y re-experimentación del evento traumático. Así mismo, el 17.1% de la población percibe situaciones de amenazas a la vida (Tabla 2).

Tabla 2
Distribución de frecuencias y comparación de las categorías según el diagnóstico del TEPT

Factor	Categoría	F	%	χ^2	gl	p
Experimentación del evento traumático	Normal	534	78.9	639.63	2	<.001
	Indicador clínico	42	6.2			
	Síntoma	101	14.9			
Estado disociativo	Normal	453	66.9	357.69	2	<.001
	Indicador clínico	72	10.6			
	Síntoma	152	22.5			
Estado anímico	Normal	487	71.9	461.93	2	<.001
	Indicador clínico	65	9.6			
	Síntoma	125	18.5			
Indefensión	Normal	583	86.1	850.23	2	<.001
	Indicador clínico	34	5.0			
	Síntoma	60	8.9			
Miedo	Normal	569	84.0	790.98	2	<.001
	Indicador clínico	25	3.7			
	Síntoma	83	12.3			
Percepción de amenazas a la vida	Normal	522	77.1	596.83	2	<.001
	Indicador clínico	39	5.8			
	Síntoma	116	17.1			
Total estrés postraumático	Normal	508	75.0	542.98	2	<.001
	Indicador clínico	46	6.8			
	Síntoma	123	18.2			

La escala de estrategias de afrontamiento señala que este grupo poblacional se encuentra ubicado por encima de la media de la población colombiana en el uso de las estrategias de afrontamiento de esperar que las cosas se arreglen solas ($M=28$ vs. $M=22.5$); en el uso de la religión ($M=29$ vs. $M=20.7$). En las otras estrategias medidas, se encuentran en el promedio de la población colombiana. En la Tabla 3 se presentan las medidas de tendencia central obtenidas y los valores mínimo y máximo de los puntajes obtenidos por este grupo en particular (Tabla 3).

Con respecto a los resultados de la escala de resiliencia, como se observa en la Tabla 4, el 61% de la población tiene un nivel moderado, mientras que un 32% presenta un nivel alto de resiliencia.

Análisis de la Percepción y Necesidad de Atención en Salud en la Población

La evaluación de la percepción de atención en salud se hizo a través de las siete preguntas

mencionadas en la presentación de los instrumentos con posibilidad de respuestas de sí/no. El rango de la escala va de 0 a 9. En el caso de la necesidad de atención en salud se evaluó a través de las tres preguntas que también se mencionaron en los instrumentos, con posibilidad de respuestas sí/no. En este caso el rango de la escala va de 0 a 3. El análisis de los resultados muestra que, en este grupo poblacional, existe una percepción baja de la atención en salud (1.64/2.56, donde 1.64 es la percepción en atención en salud obtenida por el grupo poblacional y 2.56 es el puntaje de percepción en atención en salud esperado), mientras que hay una alta necesidad de atención en salud y de que esta mejore (2.35/3.85, donde 2.35 es la percepción de necesidad de atención en salud de esta población y 3.85 es el puntaje de percepción en necesidad de atención en salud esperado; Tabla 5).

Tabla 3
Estrategias de afrontamiento

Estrategia de afrontamiento	Media	DE	Mínimo	Máximo	ICLI^a	ICLS^b
Solución de problemas	35.39	10.03	9.00	54.00	34.63	36.15
Búsqueda de apoyo social	23.63	8.96	7.00	42.00	22.95	24.30
Espera	28.39	10.03	9.00	54.00	27.64	29.15
Religión	29.39	8.70	7.00	42.00	28.73	30.05
Evitación emocional	26.46	8.6	8.00	48.00	25.80	27.11
Búsqueda de apoyo profesional	12.39	7.09	5.00	30.00	11.86	12.93
Reacción agresiva	12.21	5.37	5.00	30.00	11.81	12.62
Evitación cognitiva	18.69	6.02	5.00	30.00	18.23	19.14
Reevaluación positiva	18.11	5.63	5.00	30.00	17.68	18.53
Dificultades de afrontamiento	12.44	3.92	4.00	24.00	12.14	12.74
Negación	8.93	3.93	3.00	18.00	8.63	9.23
Autonomía	5.90	2.72	2.00	12.00	5.70	6.11

Noña: ^a Intervalo de confianza límite inferior; ^b Intervalo de confianza límite superior.

Tabla 4
Datos descriptivos de los niveles de resiliencia

Nivel de resiliencia	F	%	χ^2	g^l	p
Resiliencia escasa	50	7.4	287.64	2	<.001
Resiliencia moderada	410	60.6			
Resiliencia alta	217	32.1			

Tabla 5
Percepción en salud y necesidad de la misma

	Media	DE	Mínimo	Máximo	ICLI ^a	ICLS ^b
Percepción atención en salud	1.64	3.09	0.00	9.00	1.41	1.87
Necesidad de atención en salud	2.35	0.77	0.00	3.00	2.29	2.41

Nota: ^a Intervalo de confianza límite inferior; ^b Intervalo de confianza límite superior.

Factores de Riesgo Relacionados con las Problemáticas Psicológicas

El análisis de factores de riesgo se hizo a través de la obtención de la razón de ventajas (*rv*) u *odd ratio* (*OR*) para las variables sexo, nivel educativo y estado civil, síntomas psicológicos y estrategias de afrontamiento en relación con las afectaciones psicológicas evaluadas con el SRQ. Se encontró que las variables sociodemográficas sexo, específicamente ser hombre ($rv=3.90$; $IC95\%=2.78-5.47$) y el estado civil soltero, viudo o separado ($rv=1.56$; $IC95\%=1.13-2.15$) son factores de riesgo para el consumo de alcohol. El nivel educativo bajo es un factor de riesgo para la ansiedad-depresión ($rv=2.37$; $IC95\%=1.55-3.63$).

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, se identifica que el uso de la reacción agresiva es un factor de riesgo para el consumo de alcohol, mientras que el uso de la religión es un factor protector. La evitación emocional, la reacción agresiva y la negación, incrementan la presencia del sentimiento de que alguien quiere herirle o hacerle daño, mientras que la evitación cognitiva y la autonomía reduce la probabilidad de presentación de dicho sentimiento. El uso de habilidades de afrontamiento como la religión, la evitación emocional, la agresión, la negación y la falta de autonomía incrementan la presentación de ansiedad-depresión mientras que el uso de las habilidades de afrontamiento de reevaluación positiva y solución de problemas la disminuye.

Discusión

El objetivo del presente artículo fue determinar las afectaciones psicológicas, las estrategias de afrontamiento, los niveles de resiliencia, la

percepción y la necesidad de atención en salud mental y los factores de riesgo asociados a las afectaciones psicológicas en la población adulta que había estado expuesta al conflicto armado en un municipio de Colombia.

Con respecto a las afectaciones psicológicas, los resultados revelan que el 85% de la población manifiesta el sentimiento de que alguien pretende herirle o hacerle daño, lo que según el SRQ se relaciona con síntomas clínicos de psicoticismo. Sin embargo, se debe considerar que el comportamiento manifiesto en este grupo particular de estudio es una respuesta propia de las personas que han estado expuestas a situaciones traumáticas por lo que no se puede catalogar como psicóticas. En referencia al consumo de alcohol se encuentra que el 34% de la población consume alcohol, porcentaje elevado y que probablemente se evidencia como una conducta de evitación que están empleando las víctimas para afrontar el recobro de las situaciones traumáticas vividas. La investigación ha encontrado que las personas que se sienten incapaces de resolver las situaciones problema, procuran no hacer frente a lo sucedido, y se desinhiben mediante el uso de bebidas alcohólicas (Vasconcelles, 2005).

De otro lado, cuando se comparan los resultados obtenidos en esta investigación con los encontrados en el estudio descriptivo realizado en 18 departamentos de Colombia con 11.596 personas desplazadas, víctimas del conflicto armado (92% mujeres y 8% hombres), en el que se utilizó también el instrumento SRQ (Self Report Questionnaire), se observa un menor porcentaje de síntomas clínicos de psicoticismo en dicho estudio (29.3% vs. 85%) y de consumo de alcohol

(10.3% vs. 34%). Lo anterior, se puede explicar en parte a que el 92% de la población en este último estudio eran mujeres y estas problemáticas se presentan más en hombres (Torres de Galvis, Mejía, & Yajaira, 2010). Adicionalmente, porque a pesar que el grupo poblacional de este estudio estuvo expuesto a los últimos eventos traumáticos producto del conflicto armado hace 8 años, no han tenido la oportunidad de recibir una intervención psicológica indicada, que facilite la resolución de la situación traumática vivida, según el reporte de los participantes obtenido a través de las preguntas que evaluaron la percepción y necesidad de atención en salud mental.

Adicionalmente, se observó que el 16.4% de la población presenta ansiedad/depresión en un nivel de afectación clínico, el 28% alteración en el estado de ánimo, el 24% diagnóstico de TEPT, el 22% estado disociativo y el 23% sentimiento de amenazas a la vida. Estos porcentajes son inferiores a los encontrados en el estudio de Londoño et al. (2008), debido a las diferencias en el tipo de hecho victimizante y al tiempo transcurrido desde la exposición al mismo. En el presente estudio, han pasado 8 años desde la exposición al evento traumático mientras que en el de Londoño et al. (2006), apenas había transcurrido un año. Esto lleva a considerar que, si ha transcurrido más tiempo desde el momento de la exposición, la afectación psicológica puede disminuir; sin embargo, no desaparece lo que puede estar relacionado con el proceso de habituación.

Además, el tipo de hecho victimizante en esta investigación se relaciona con la toma de la zona por la guerrilla durante cuatro años continuos, periodo en el que la población estuvo expuesta a masacres, violencia sexual, desplazamiento del área rural a la urbana y a los homicidios perpetrados contra comunidades, como ya se mencionó. Por el contrario, en el estudio de Londoño et al. (2006), la población estuvo expuesta en un solo día a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático. Estos resultados confirman que el impacto psicológico del conflicto armado en los

adultos depende de las características de los eventos violentos sufridos, el tipo de victimario, las modalidades de violencia, la duración de exposición al hecho victimizante y del tiempo transcurrido desde la exposición al mismo (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013; Taylor, 2011).

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, consideradas como conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o modificar la evaluación inicial de la situación (Lazarus & Folkman, 1986), se observa que la población de víctimas participante en este estudio utiliza en mayor medida, que la población colombiana en general, las estrategias de afrontamiento de esperar que las cosas se arreglen solas y la religión. Esto es similar a estudios realizados con población víctima del desplazamiento en los que se ha evidenciado que las personas expuestas a situaciones violentas, buscan apoyo en el uso de la religión (Di-Colloredo, Aparicio, & Moreno, 2007; Londoño et al., 2008; Vasconcelles, 2005). Esto muestra la pasividad en la solución de problemas. Los resultados con respecto a los niveles de resiliencia en esta población arrojan niveles moderados (61%) y altos (32%) lo que indica que, aunque este grupo en particular ha estado expuesto a hechos victimizantes traumáticos, los niveles de resiliencia que los caracterizan les han permitido tomar conciencia, reestructurar la forma de vida, sobrellevar la situación y adaptarse progresivamente (Shemyakina & Plagnol, 2013).

De otro lado, los resultados señalan que en general en este grupo poblacional, existe una percepción baja de la atención en salud, mientras que la necesidad de atención en salud y de que mejore es alta. Esto indica que una tarea del Estado es garantizar la prestación de servicios de primera ayuda psicológica, de intervención psicológica en crisis y de atención psicológica especializada, con los protocolos y recursos adecuados para que las víctimas puedan superar las afectaciones emocionales, comportamentales y afectivas producto de

la exposición a los hechos traumáticos que han vivido (Martínez, 2013).

En referencia a los factores de riesgo, se corrobora que ser hombre, tener bajo nivel educativo y vivir solo es un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, específicamente de alcohol, como lo ha señalado la investigación (Bello, Rodríguez, Trujillo, & Serrano, 2014; Ministerio de Salud y de la Protección Social, Colciencias, & Pontificia Universidad Javeriana, 2015). De igual forma, el bajo nivel educativo es un factor de riesgo para la presencia de ansiedad y de depresión, debido a que esta población presenta menor capacidad para llevar a cabo la reevaluación de las situaciones de vida, las cuales se caracterizan por manejar distorsiones cognitivas catastróficas y de minusvalía y culpa, y son personas más sensibles a pensamientos míticos (Riso, 2006).

Con respecto a las estrategias de afrontamiento se encuentra que el uso de la reacción agresiva es un factor de riesgo para el consumo de alcohol. Se conoce que dicha estrategia de afrontamiento se relaciona con la expresión impulsiva que lleva a disminuir la carga emocional presentada por la persona en un momento determinado (Londoño et al., 2006). Esta respuesta impulsiva es la que favorece el consumo de alcohol. Es conocido que la persona que consume alcohol actúa de forma impulsiva cuando elige la consecuencia a corto plazo (Gantiva, Rodríguez, González, & Vera, 2011). Por el contrario, el uso de la religión reduce dicho consumo, dado que se considera que esta estrategia es incompatible con el consumo e influye en la dirección e intensidad del problema (Londoño et al., 2006).

La evitación emocional, la reacción agresiva y la negación incrementan la presencia del sentimiento de que alguien quiere herirle o hacerle daño, esto está dado porque son estrategias de afrontamiento referidas a evitar, ocultar o inhibir las emociones (Fernández, 1997), negar la presencia del problema, comportarse como si el problema no existiera (Fernández, 1997) y expresar de forma impulsiva la emoción de la ira para disminuir la

carga emocional en un momento determinado (Lazarus & Folkman, 1986). Este tipo de estrategias de afrontamiento son poco adaptativas. Por el contrario, la evitación cognitiva y la autonomía reduce la probabilidad de presentación de dicho sentimiento, ya que la evitación cognitiva busca neutralizar los pensamientos negativos o perturbadores por medio de la distracción o la actividad (Fernández, 1997).

El uso de estrategias de afrontamiento como la religión, la evitación emocional, la agresión, la negación y la falta de autonomía incrementan la presentación de ansiedad-depresión. Estas estrategias de afrontamiento están fundamentadas en respuestas de evitación que permiten la disminución de la reacción emocional momentánea (Gantiva, Luna, Dávila, & Salgado, 2010), pero mantienen la respuesta de ansiedad. Adicionalmente, se ha encontrado que las personas que tienen creencias espirituales, aunque no necesariamente ligadas a una religión, tienen 50% más de riesgo de presentar un trastorno de ansiedad-depresión (King et al., 2013). De igual forma, las personas que utilizan la religión como estrategia de afrontamiento tienden a extremos religiosos e idealistas que fomentan la presencia de la ansiedad-depresión (McGregor, Nash, & Mike Prentice, 2010).

De otro lado, el uso de las estrategias de afrontamiento de reevaluación positiva y solución de problemas disminuye la presencia de ansiedad-depresión, debido a que son estrategias a través de las cuales se busca aprender de las dificultades identificando los aspectos positivos del problema, son estrategias de afrontamiento activas que se enfocan en buscar un nuevo significado de la situación problemática. Estas estrategias implican procesos analíticos y racionales para solucionar el problema (Fernández, 1997). Finalmente, la prolongación de la violencia por años o décadas, genera habituación, lo que lleva a que sus consecuencias se vuelvan invisibles y, por lo tanto, el trauma y el sufrimiento se convierta en un asunto privado de las víctimas, situación que genera que la alteración

en la salud mental de la población sea ignorada y no reciba la atención indicada como ha sucedido con la población participante en este estudio.

El interés actual en las secuelas del trauma a causa de la violencia puede proporcionar un marco para promover la recuperación psicosocial y la rehabilitación de las poblaciones afectadas por el conflicto, de ahí la importancia de las actividades de prevención terciaria orientadas a la reparación emocional de las víctimas. Estas actividades pueden aportar a la promoción de sentimientos de seguridad y empoderamiento individual de las víctimas, cada uno de los cuales es fundamental para la recuperación del trauma (McDonald, 2010).

En conclusión, hay que tener en cuenta que el trauma individual relacionado con el conflicto armado interno tiene un efecto negativo estadísticamente significativo de hasta ocho años después del final del conflicto armado, lo que se percibe en los resultados de esta investigación. Esto sugiere que la atención psicológica de primera ayuda, la intervención en crisis y la atención terapéutica especializada son útiles para las víctimas (Shemyakina & Plagnol, 2013). Por esta razón, la identificación de las afectaciones psicológicas en la población expuesta al conflicto armado, de los niveles de resiliencia y de las estrategias de afrontamiento, así como de los factores de riesgo asociados, tiene un objetivo primordial y es la caracterización de las víctimas para establecer los procesos de atención y reparación acordes a las necesidades individuales, familiares y comunitarias. La presencia de la afectación psicológica, evidenciada en los adultos participantes en el presente estudio, apoya el hecho de que las víctimas del conflicto armado reciban atención terapéutica especializada que les permita la reelaboración del evento y la superación del sufrimiento, a pesar de que hayan transcurrido varios años desde la última exposición a hechos traumáticos (Shemyakina & Plagnol, 2013).

La investigación futura debe orientarse a diseñar, implementar y evaluar los efectos en la salud mental de programas de intervención

psicosocial que fomenten el uso de estrategias de afrontamiento basadas en la reevaluación positiva y la solución de problemas, y que potencialicen los niveles de resiliencia de la población expuesta al conflicto armado interno. Realizar investigaciones longitudinales que comparen los efectos de los programas favorece el bienestar y calidad de vida de esta población.

Referencias

- Alejo, E. G., Rueda, G., Ortega, M., & Orozco, L. C. (2007). Estudio epidemiológico del TEPT en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Universitas Psychologica*, 6, 623-635.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146.
- Bell, V., Méndez, F., Martínez, C., Palma, P. P., & Bosch, M. (2012). Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Journal Conflict and Health*, 6(1), 1-8. doi: 10.1186/1752-1505-6-10
- Bello, L. M., Rodríguez, N., Trujillo, S., & Serrano, J. (2014). Consumo de alcohol en Canarias: tendencia y factores sociodemográficos asociados más importantes (1997-2009). *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 20(2), 57-66. doi: 10.7400/RENC.2014.01.2.5012
- Campo-Arias, A., Oviedo, H., & Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 177-185. doi: 10.1016/j.rcp.2014.07.003
- Castrillón, D. (2003). Validación de una prueba para evaluar el trastorno por estrés postraumático en adultos de 18 a 60 años del área metropolitana de Medellín. En A. Ferrer, Y. Gómez, & D. Castrillón (Eds.), *Investigaciones de psicología clínica cognitiva comportamental en la ciudad de Medellín* (pp. 133-154). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013). *¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad*. Bogotá: Imprenta Nacional. Recuperado de <http://>

- www.centrodememoriahistorica.gov.co/micrositios/informeGeneral/descargas.html
- Defensoría del Pueblo. (2012). *Protocolo de orientación y atención a víctimas de tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes en el marco del conflicto armado interno, por la delegada para la orientación y asesoría a las víctimas del conflicto armado interno*. Recuperado de http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/04/pt_tortura
- Di-Collaredo, C., Aparicio, D., & Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psicología. Avances de la Disciplina*, 2(1), 125-156.
- Fernández Abascal, E. G. (1997). *Estilos y estrategias de afrontamiento. Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.
- Ferrer, A., Gómez, Y., Castrillón, D., González, A., Agudelo, D., & Ramírez, D. (2003). *Investigaciones de psicología clínica, cognitiva-comportamental en la ciudad de Medellín*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Gantiva, C., Luna, A., Dávila, A., & Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psicología. Avances de la disciplina*, 4(1), 63-72.
- Gantiva, A., Rodríguez, M., González, M., & Vera, A. (2011). Perfil de personalidad en consumidores moderados y excesivos de sustancias psicoactivas. *Revista Psicología del Caribe*, 28, 24-38.
- García, C. (2011). *Resúmenes del 4º Congreso Mundial sobre Salud Mental de la Mujer*. Ginebra: OMS.
- Husain, F., Mark, A., López, B., Becknell, K., Blanton, C., Araki, D., & Kottogoda, E. (2011). Prevalence of war-related mental health conditions and association with displacement status in postwar Jaffna district, Sri Lanka, American Medical Association. *Journal of the American Medical Association*, 306(5), 522-525. doi: 10.1001/jama.2011.1052
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2012). *Forensis, datos para la vida*. Bogotá: INMLCF.
- King, M., Marston, L., McManus, S., Brugha, T., Meltzer, H., & Bebbington, P. (2013). Religion, spirituality and mental health: Results from a national study of English households. *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 68-73. doi: 10.1192/bjp.bp.112.112003
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Ways of Coping Scale. Stress, appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 150-170.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ley 1448. (2011). *Ley de víctimas y restitución de tierras*. Bogotá: Ministerio de Justicia y del Derecho.
- Lira, E. (2010). Trauma, duelo, reparación y memoria: atención psicosocial del sufrimiento en el conflicto armado. Lecciones aprendidas. *Revista Universidad de Los Andes*, 36, 14-28.
- Londoño, N. H., Henao, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D., & Aguirre, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5, 327-349.
- Londoño, N. H., Muñiz, O., Correa, J. E., Patiño, C., Jaramillo, G., Raigoza, J., ... Rojas, C. (2005). Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 493-505.
- Londoño, N., Patiño, C., Restrepo, D., Correa, J., Raigoza, J., Toro, L., ... Rojas, C. (2008). Perfil cognitivo asociado al trastorno por estrés postraumático en víctimas de violencia armada. *Informes Psicológicos*, 10, 11-27.
- Londoño, A., Romero, P., & Casas, G. (2012). The association between armed conflict, violence, and mental health: A cross sectional study comparing two populations in Cundinamarca department, Colombia. *Journal of Conflict and Health*, 6(12), 1-6.
- Martínez, J. (2013). *Las heridas menos visibles: Salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia*. Bogotá: Misión Colombia-Médicos Sin Fronteras. Recuperado de <https://www.msf.es/sites/default/files/publicacion/Informe-Colombia>.
- McDonald, L. (2010). Psychosocial rehabilitation of civilians in conflict-affected settings. En E. Mertz (Ed.), *Trauma rehabilitation after war and conflict, community and individual perspectives* (pp. 215-245). USA: Springer.

- McGregor, I., Nash, K., & Mike Prentice, M. (2010). Reactive Approach Motivation (RAM) for religion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(1), 148-161. doi: 10.1037/a0019702
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias & Pontificia Universidad Javeriana. (2015). *Encuesta nacional de salud mental 2015*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias & Pontificia Universidad Javeriana.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *World report on violence and health: Summary*. Washington, D.C.: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma.
- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2011). *Resultado del tamizaje en salud mental en el Departamento de Antioquia 2009-2010*. Recuperado de http://www.dssa.gov.co/__media___/dssa/dssa.gov.co/documentos/Tamizaje%20Salud%20Mental
- Shemyakina, O. & Plagnol, A. (2013). Ethnicity, subjective well-being and armed conflict: Evidence from Bosnia-Herzegovina. *Social Indicators Research*, 113, 1129-1152.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 302, 537-549.
- Taylor, L. (2011). Relaciones entre la violencia, salud mental, participación ciudadana, y actitudes hacia la justicia transicional en la Costa Caribe de Colombia. *Palobra*, 12, 166-183.
- Torres de Galvis, Y., Mejía, B., & Yajaira, B. (2010). Indicadores de situación de riesgo de salud mental en población desplazada de Colombia. *Salud Mental*, 1(1), 5-10.
- Tortosa, J. (2010). La construcción de paz en el contexto internacional: limitaciones y posibilidades. En Caritas Española Editores-Cooperación Internacional (Eds.), *Construcción de la paz, protección de los derechos de las víctimas en Colombia* (pp. 13-32). Madrid: Caritas Española.
- Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (2012). *Índice de riesgo de victimización*. Bogotá: UARIV.
- Vasconcelles, E. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461-480. doi: 10.1002/jclp.20049
- Vinaccia, S., Tobón, S., Sandín, B., & Martínez, E. (2001). Estrés psicosocial y úlcera péptica duodenal: una perspectiva bio-social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33(2), 117-130.
- Vinck, P. & Pham, P. N. (2013). Association of exposure to intimate-partner physical violence and potentially traumatic war-related events with mental health. *Social Science and Medicine*, 77, 41-49. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.10.026
- Wagnild, G. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nurse Measures*, 1(2), 165-177. doi: 10.1007/978-1-4614-4939-3_11
- Wilches, I. (2010). Lo que hemos aprendido sobre la atención a mujeres víctimas de violencia sexual en el conflicto armado colombiano. *Revista Universidad de Los Andes*, 36, 86-94. doi: 10.7440/res36.2010.08
- World Health Organization [WHO]. (1994). *A user's guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ)*. Ginebra: World Health Organization.

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.