

**SALUD MENTAL EN PERSONAS VÍCTIMAS DEL DESPLAZAMIENTO
FORZADO EN EL MUNICIPIO DE YARUMAL**

Linda Katherinne Pérez Cervantes

Robinson Darío Ortiz Sánchez

Asesor

**PREGRADO PSICOLOGIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA**

2016

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	6
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	7
2. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo General.....	16
2.2 Objetivos específicos	16
3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	17
4. MARCO TEÓRICO	25
4.1.1 Desplazamiento.....	25
4.1.2 Tipos de Desplazamiento.....	27
4.1.3 Desplazamiento Forzado.....	28
4.2 Salud mental	31
4.2.1 Cognición.....	34
4.2.2 Emoción.....	36
4.2.3 Conducta	37
5. METODOLOGIA.....	40
5.1 Tipo de investigación.....	40
5.2 Diseño de investigación	40
5.3 Población y muestra.....	40
5.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	40
5.5 Variables de estudio.....	41
5.6 Instrumentos de recolección de información	41
5.6.1 Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.).....	42

5.6.2 Entrevistas Semiestructurada.....	43
5.6.3 Escala de mecanismos de afrontamiento.	43
5.6.4 Cuestionario de Contenidos Esquemáticos de los Trastornos de la Personalidad (CCETP).	45
5.7 Procedimiento de recolección de la información.....	46
5.8 Plan de análisis	46
5.9 Consideraciones éticas.....	47
6. RESULTADOS	48
6.1 Resultados de análisis de confiabilidad de las pruebas.....	48
6.2 Resultados descriptivos.....	48
6.2.1 Frecuencias de edad y sexo.....	49
6.2.2 Resultados esquemas predominantes en la población víctima de desplazamiento forzado (CCETP).	50
6.2.3 Resultados de los trastornos psicológicos predominantes en la población víctima de desplazamiento forzado (MINI).....	53
6.2.4 Resultados de los mecanismos de afrontamiento en población víctima de desplazamiento forzado (EEC-M).	56
6.3 Resultados obtenidos en los instrumentos al comparar las puntuaciones entre hombres y mujeres.....	57
6.3.1 Resultados de los esquemas predominantes en la población víctima de desplazamiento forzado según el género (CCETP).	57
6.3.2 Resultados de los trastornos psicológicos en población víctima de desplazamiento forzado según el género.	58
6.3.3 Resultados de los mecanismos de afrontamiento en población víctima de desplazamiento forzado según el género.	59

7. DISCUSION	61
8. CONCLUSIONES	67
9. RECOMENDACIONES	69
10. BIBLIOGRAFIA	71
ANEXOS	76
Anexo 1. Consentimiento informado.....	76
Anexo 2. Instrumento MINI (Entrevista Neuropsiquiatrica Internacional).....	79
Anexo 3. Escalas de estrategias y afrontamiento.....	81
Anexo 4. Cuestionario de contenidos esquematicos.....	87

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Análisis de confiabilidad de las pruebas.....	48
Tabla 2. Frecuencias de edad y sexo.....	49
Tabla 3. Puntuación Media y Desviación estándar de la Edad en meses.....	50
Tabla 4. Puntuaciones medias obtenidas en cuestionario de contenidos esquemáticos de los trastornos de personalidad.....	51
Tabla 5. Frecuencias de contenidos esquemáticos de los trastornos de la personalidad en población víctima de desplazamiento forzado.....	52
Tabla 6. Puntuaciones medias obtenidas en entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI).....	53
Tabla 7. Trastornos psicológicos presentes en la población víctima de desplazamiento forzado	54
Tabla 8. Puntuaciones medias obtenidas en la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M).....	56
Tabla 9. Diferencias de los esquemas entre hombres y mujeres.....	57
Tabla 10. Diferencias de los trastornos psicológicos entre hombres y mujeres.....	58
Tabla 11. Diferencias de mecanismos de afrontamiento entre hombres y mujeres	60

RESUMEN

El desplazamiento forzado según la corte constitucional representa alrededor de un 10% de los colombianos y ocasiona gran impacto en la salud mental de las víctimas. La presente investigación pretende caracterizar el estado de Salud Mental de Personas Víctimas del Desplazamiento Forzado en población Yarumaleña, mediante la aplicación de tres pruebas objetivas: la entrevista estructurada M.I.N.I., cuestionario de autoesquemas, entrevistas semiestructurada y la escala de mecanismos de afrontamiento (Estrategias de Coping-Modificada). Esta investigación es de enfoque cuantitativo, tiene un alcance descriptivo/comparativo y su diseño es de corte transversal. Los resultados indican que de los trastornos psicológicos evaluados por los instrumentos, los más relevantes en la población víctima de desplazamiento son: Riesgo de suicidio (34,4%), Episodio Depresivo Mayor (28,1%), Trastorno de Estrés Postraumático (15,6%) y Trastorno de Ansiedad generalizada (15,6%); además, en el cuestionario de contenidos esquemáticos se encontró que los más frecuentes en la población son: Esquema Obsesivo Compulsivo, Esquema Obsesivo Exigente, Esquema Narcisista, Esquema Esquizoide; y finalmente en cuanto a los mecanismos de afrontamiento se encontraron como las más utilizados en la población: la religión, ($M = 33,03$), seguido de Refrenar el Afrontamiento ($M = 29,06$) y por último la Búsqueda de Alternativa ($M = 28,72$). Debido a esto, se puede concluir que el desplazamiento forzado trae consigo repercusiones en la salud mental en la población víctima de desplazamiento forzado en Yarumal.

Palabras clave: Salud Mental, Conflicto Armado, Psicología Cognitiva, Trastornos, Trauma Psicológico, Desplazamiento Forzado.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

En Colombia, el desplazamiento forzado es propiciado por el conflicto armado interno, que tiene su origen en la disputa para ejercer poder territorial, económico, social y político, entre los grupos al margen de la ley y el Estado Colombiano, este fenómeno afecta de manera directa la población rural como evidencia el siguiente enunciado: “*Se calcula que en Colombia, cada hora, cuatro familias son desarraigadas, de manera individual o colectiva, de su casa, de su tierra, de sus bienes*” (Sandoval, 1998, Pág.34)

Es de resaltar que, el interés que tienen estos actores del conflicto, por ejercer el dominio económico y territorial sobre las comunidades; podrían ser las razones por las cuáles la confrontación armada haya sido de gran proporción durante largo tiempo, el nombre de los actores ha cambiado en el transcurso de los años pero la situación es la misma (desplazamiento, muertes, masacres, torturas) (Sandoval, 1998). Algunos de estos grupos son las guerrillas de las FARC y el ELN, como también los de ultraderecha o paramilitares que se han convertido en las BACRIM; todos ellos están directamente relacionados con el narcotráfico y el microtráfico de estupefacientes que auspicia el terrorismo.

La lucha por el poder ha sido nefasta para la población civil, que además de sufrir el desplazamiento forzado, ha tenido que padecer durante décadas la violación sistemática de sus derechos desconociendo de esta manera los protocolos internacionales de guerra, así como el Derecho Internacional Humanitario y todo lo consagrado en la Constitución Política de Colombia (CPC) de 1991, donde se tutelan principios y derechos fundamentales como son el derecho a la vida, a la paz, al trabajo, a la dignidad humana y la honra; el derecho a la

libertad, a no ser desplazado ni sometido a desaparición forzosa, entre otros (artículos 11, 12 y 13 de la Constitución Política de Colombia).

Es larga la lista de condiciones sociales que se han visto vulneradas con el desplazamiento forzado de personas y comunidades enteras por causa de un conflicto armado. Esta realidad se ve reflejada en un panorama difícil desde todos los ámbitos del desarrollo humano y es así como se ha marcado en la memoria de las víctimas una vida de tragedia convertida en una problemática de salud pública y de ausencia del Estado de derecho, como también en un caos social y económico en el nuevo contexto del desplazado; sin contar todo lo que comprende el desarraigo forzado en el desarrollo de la familia y de la persona como tal. En este sentido, se afirma que: *“la adecuada comprensión de la pervivencia y agudización del desplazamiento forzado requiere, para lo que aquí nos atañe inscribir este fenómeno en un muy particular contexto caracterizado por tres factores fundamentales: una perdurable y palpable iniquidad, un Estado débil e incompleto y un conflicto degradado”* (Bedoya, 2013, Pág.171)

La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), en el Informe Nacional de Desplazamiento Forzado en Colombia registró que, entre 1985 a 2012 de acuerdo con el Registro Único de Víctimas (RUV), fueron desplazados de su territorio 4.790.317 personas de 1.117 municipios (UARIV, 2013), es decir, que la población desplazada proviene de casi la totalidad del territorio rural colombiano, declarada víctima de desplazamiento forzado, como lo afirma el siguiente párrafo:

En esta década la expansión e intensificación del conflicto armado interno y de otras violencias paralelas al mismo, ha implicado la expulsión de población del 87% de los municipios del país, y que el 71% de los municipios hayan recibido población desplazada.

Esto quiere decir que la totalidad de los departamentos son escenario de expulsión, tránsito y/o recepción de personas forzadas a migrar. (2006, pág. 142)

El artículo 3° de la Ley 1448 (Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, 2011) caracteriza a las víctimas como aquellas personas que:

(...) hayan sufrido un daño como consecuencia de violaciones de los derechos humanos, ocurridas a partir del 1° de enero de 1985 en el marco del conflicto armado, (homicidio, desaparición forzada, desplazamiento, violaciones sexuales y otros delitos contra la identidad sexual, secuestro, despojo de tierras, minas antipersona y otros métodos de guerra ilícitos, ataque contra la población civil).

En este sentido, el reconocimiento de las víctimas estipula que los daños no sólo son físicos y materiales, son también psicológicos. El hecho de ser una víctima directa, implica la trascendencia al plano psicológico con ocasión del hecho victimizante, dados los eventos traumáticos de esta índole. Esto se traduce en consecuencias que alteran el orden habitual de estas personas, considerándose que puedan incluso aparecer trastornos psicológicos. Por tal motivo se requiere un adecuado funcionamiento de la salud mental, ya que es fundamental para alcanzar un equilibrio emocional que le permita vivir una realidad social funcional (Castro y Mina, 2008).

Se encuentra que la población más afectada por el desplazamiento, es la campesina. Según Rodríguez, De la Torre, y Miranda (2002), esta población rural, al encontrarse ubicada en sitios que son considerados puntos estratégicos por grupos ilegales para el desarrollo de sus actividades ilícitas, se convierte en objetivo de violencia y desplazamiento, generando de esta forma problemas psicosociales.

En términos geográficos, entre los municipios que han padecido un mayor impacto de desplazamiento masivo en 2012 en el departamento de Antioquia se encuentran Yarumal, Remedios y Segovia, ya que fueron escenarios de disputas entre bandas criminales como los Paisas, Rastrojos y principalmente los Urabeños (UARIV, 2013). Particularmente, *“en Yarumal hubo un hecho de desplazamiento masivo (...) En el 2012 hubo un desplazamiento masivo de la vereda Aguacatal. Pero en su totalidad esas familias ya regresaron a su lugar de origen”* (Betancourt, 2015)¹.

Yarumal ha sido y es, para el norte antioqueño, uno de los municipios epicentro para el desplazamiento forzado, como escenario receptor para las regiones como: Bajo Cauca, Córdoba y del sur de Bolívar. En un censo realizado por la Agencia Presidencia para la Acción Social y la Cooperación Internacional de la Presidencia de la República, en 1997 y 2005, fueron desplazados 740 personas (Restrepo, 2010), a raíz de estos acontecimientos el pueblo urge con más fuerza la presencia de programas estatales para el apoyo psicosocial con personal idóneo y suficiente en reclamo por los derechos fundamentales de la CPC, generando así individualmente mecanismos de afrontamiento psíquicos.

Yarumal cuenta con la acogida de la Política Pública para la atención y reparación integral a las víctimas, establecida en la ley 1448 de 2011. Para su implementación, esta ley crea el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV) dentro del cual, las entidades del orden nacional y territorial tendrán la responsabilidad de formular, implementar y monitorear la política (Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, 2011), que ofrece de manera integral una atención que abarca todos los aspectos psicosociales. No obstante, en este aspecto el programa es muy frágil a nivel regional, ya

¹ Entrevista semiestructurada a personero municipal de Yarumal.

que aunque tiene un componente de atención psicológica, el acompañamiento ofrecido no cuenta con profesionales en psicología de manera constante en la región que se encargue del desarrollo de este tipo de intervenciones. La personería municipal de Yarumal, manifestó que el programa de atención psicosocial para población desplazada por la violencia se reglamenta directamente desde la ley 1448, a través del PAPSIVI, es por esto que esta atención se está prestando desde la secretaría seccional de salud Antioquia, con el agravante de que la atención ha sido intermitente lo cual le ha restado solides a los procesos pero se pretende que al cierre del año 2015, los procesos individuales y colectivos estén concluidos (Betancourt, 2015).

Según se ha expuesto, la intermitencia en la prestación de los servicios que se ha expresado en una falta de continuidad en los procesos a 3 años de su implementación, genera la duda sobre si el talento humano que presta la atención está designado exclusivamente para la región norte. Además cabe mencionar que según los actores gubernamentales consultados, estas interrupciones se deben a “cuestiones administrativas”. A lo que también se le suma lo dicho por la presidenta de la Asociación Mujeres de Familia y Empresarias del Norte de Antioquia, quien hace referencia a los profesionales encargados de la atención psicosocial y nombra que:

“Para el perfil de atención psicosocial se necesita de un psicólogo, pero en la organización no hay ningún profesional psicólogo permanente y dependiendo del trabajo vienen dos psicólogas de la gobernación. Por qué decimos que no hay acompañamiento psicosocial, porque fueron personas que se desplazaron hace 20,25 años y que nunca tuvieron ese acompañamiento” (Calle, 2015)²

² La entrevista fue hecha a la presidenta de la Asociación -Entidad social sin ánimo de lucro-

El Secretariado Nacional de Pastoral Social y Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, reconoce que uno de los factores del problema es que *“Las ayudas del Estado a los desplazados parecieran restringirse cada vez más por no contar con los recursos suficientes, o no tener la claridad necesaria, porque la figura del desplazado se va mezclando con una multiplicidad de pseudodesplazados”* (CODHES, 2006).

En este punto, se puede poner en evidencia, por un lado, la falta de calidad en los servicios asistenciales de psicología prestados a la población víctima de desplazamiento forzado (Rodríguez, De La Torre, y Miranda, 2002), y por el otro, la falta de estudios de diagnósticos que aporten un panorama general sobre las condiciones de salud mental de las víctimas del conflicto armado, teniendo en cuenta que si bien hay una atención que brinda el Estado para las víctimas, ésta se limita a lo inmediato orientándose la intervención a la solución de necesidades normativas sólo en la superficie de necesidades básicas (que también son necesarias), pero se hace necesario volver a tener estabilidad psíquica que permita a las víctimas adaptarse y desenvolverse ante los nuevos cambios sufridos.

El desplazamiento forzado puede traer consigo, no sólo el trauma del desarraigo de bienes materiales, sino el duelo que acarrea la pérdida del sentido de pertenencia territorial e identitaria; la necesidad de amar y sentirse amado; de la familia, congéneres, amigos, vecinos, la tierra y demás. Las personas en esta condición pueden enfrentar diferentes tipos de duelo que en ocasiones no son superados y otros parcialmente (Montoya, 2008). La víctima directa de desplazamiento, tiene mayor riesgo de desarrollar graves problemas mentales y sufren el duelo de dejar físicamente a lo que estaban sujetos, exponiéndose a la migración hacia un nuevo contexto, enfrentándose a diversidad de peligros de toda índole y empobrecidos de manera inmediata (Alejo, 2005). En este sentido, *“son esos momentos en*

los que en la vida pone entre algo tan doloroso que rebasa a la persona; y la rebasa porque no puede cambiar lo que le está sucediendo.” (Medina, Martínez, y Ruiz, 2011, Pág.6). Es ahí donde afloran sentimientos que perturban, tales como; frustración, tristeza, depresión, angustia, desesperanza, venganza, amargura, pensamientos suicidas, entre otros. Esto trae como consecuencias alteraciones psicopatológicas latentes a nivel, social, antropológico y psicológico. Entre los síntomas que más sobresalen según un estudio publicado por la Revista Colombiana de Psiquiatría se encuentran; Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Fobia Social (FS), Pensamiento Suicida y Adicciones (Alejo, 2005).

Cada individuo utiliza diferentes formas de afrontamiento a las adversidades de la vida, por lo que es importante reflexionar en la sociedad que se encuentra circunscrita cada persona pues comparten espacios, valores, una identidad general, un sistema que posibilita el orden social, como el estado, el territorio, la consanguinidad, creencias ideológicas etc.; sin embargo, estas personas son individuos con cosmovisiones particulares entre sí, lo que ocasiona inevitablemente tensiones, roces, colisiones y formas de interacción. No obstante la susceptibilidad psíquica es diferente en cada persona.

Es fundamental reactivar la dimensión productiva de los sujetos, como una alternativa a la posición de fragilidad social en la que cae, en tanto esta permite una rápida adaptación a la nueva realidad en la cual debe solucionar sus necesidades de supervivencia (alimentación, salud, vivienda entre otros), esta posición contribuye, en la víctima, a sentirse útil y actor principal en su rehabilitación social, en la reconfiguración de su psiquismo y a la adaptación al nuevo contexto al que se enfrenta producto de, en primer lugar, el desarraigo y la vulneración de derechos por parte de actores armados y en segundo lugar como

consecuencia de una atención estatal de corte paternalista manifestada en políticas, estrategias y programas de corte subsidiario a la que se ve sometido, las cuales no reafirman su condición de ciudadano que debe exigir sus derechos, sino que por el contrario transforman la mentalidad de la víctima en mendigo.

Igualmente importante es fomentar el ejercicio de ciudadanía de la víctima, ya que el daño al tejido social es tan profundo que, ese hecho traumático (desarraigo, violaciones y homicidios entre otros), fractura la dimensión de sujetos de derecho y lesiona gravemente, ocasionando un empobrecimiento político del sujeto, contra lo cual no se evidencia de manera clara un trabajo que permita visualizar el reforzamiento de la confianza de las personas en el estado y sus instituciones, así como tampoco un componente de pedagogía ciudadana, situaciones todas que se deben reconstruir en la dimensión psíquica, emocional y cognitiva del sujeto.

Como se ha observado, el desplazamiento forzado altera la salud mental de las personas que lo padecen, por lo tanto es importante preguntar sobre ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento psicológicos más utilizados por las víctimas de desplazamiento forzado en Yarumal?, ¿Cuál es la representación más común de esquemas maladaptativos en esta población? ¿Existen o no trastornos psicológicos y cuáles son?, y finalmente ¿Cuál es el estado de salud mental de las personas víctimas del desplazamiento forzado en el municipio de Yarumal?

Estas preguntas direccionan la investigación, en el sentido de que se busca conocer el estado de salud mental de las víctimas de desplazamiento forzado de Yarumal a través de una caracterización de patrones psicológicos que reúna aspectos sentimentales, emocionales,

conductuales, cognitivas y sociales. Esto permite determinar la condición general psicológica de la población víctima, con el fin de que pueda ser usado como referente de consulta en nuestro territorio.

Esta investigación pretende aportar a las víctimas y las instituciones, a partir de la aplicación de herramientas de medición, la caracterización de la población objeto, la descripción del impacto del trauma, su cuantificación y clasificación, que se constituya en un referente de consulta académica y de las instituciones del orden territorial.

Adicionalmente busca generar información socialmente pertinente que permita orientar la intervención de las entidades locales contribuyendo de esta manera a la reconstrucción del tejido social en beneficio de las personas víctimas de desplazamiento forzado.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Caracterizar el estado de salud mental de las personas víctimas del desplazamiento forzado en el municipio de Yarumal.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar los trastornos psicológicos existentes de la población víctima de desplazamiento forzado.
- Establecer esquemas maladaptativos predominantes en la población víctima de desplazamiento forzado.
- Describir los mecanismos de afrontamientos cognitivo-conductuales más usados por las víctimas de desplazamiento forzado.
- Discriminar los esquemas, los trastornos psicológicos y los mecanismos de afrontamiento según el género.

3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

El tema de salud mental en personas víctimas del conflicto armado, hace parte de una serie de problemáticas que se vienen estudiando con ocasión de evaluar los impactos generados por este fenómeno en la población de este país, cabe decir que se ha suscitado un interés académico por desentrañar el comportamiento de este evento a nivel emocional, cognitivo y psicológico en aquellos individuos que se han visto afectados directamente por este fenómeno ya que se deduce la generación de problemas secundarios derivados de una falta de atención asertiva que permita la elaboración de duelos y la reconfiguración de todas las dimensiones que hacen parte de la salud mental en los sujetos.

Para tener un acercamiento con el objeto de estudio y conocer un poco más afondo el tema que se convoca en este trabajo de investigación, la salud mental de las personas que han sido víctimas del desplazamiento forzado, un evento traumático que ha permeado de forma tan decisiva la realidad Colombiana, del departamento y la región. Se realizó una revisión bibliográfica que incluyó una búsqueda exhaustiva en; revistas científicas, periódicos, dominios web, foros académicos, editoriales universitarias, libros, entre otros documentos investigativos, relacionados al tema del Estado de salud Mental en las Víctimas del Conflicto Armado. Las palabras claves para la búsqueda en estos artículos, son: salud mental, conflicto armado, psicología cognitiva, trastornos, trauma psicológico, desplazamiento forzado.

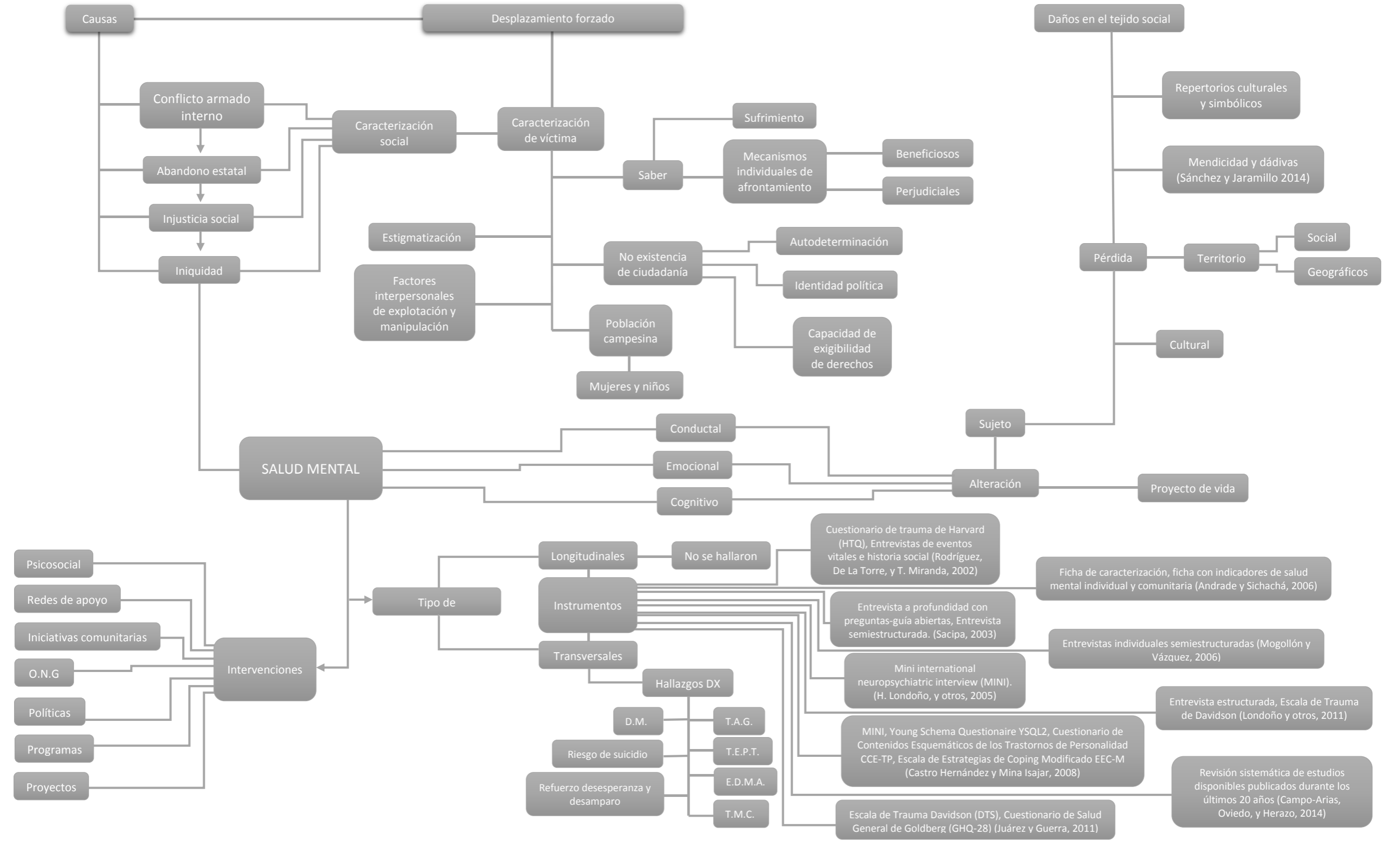
Inicialmente, de manera gráfica, se encontrará un mapa conceptual desarrollado a partir de los conceptos más llamativos que hacen parte del entramado enunciativo que surge dentro

del dominio teórico y explicativo de la realidad mental de la población que ha sido afectada de manera directa por este evento traumático, donde intenta explicar cómo surgen esos conceptos, de qué manera están entrelazados y conectados, cual es la posible conceptualización para quienes sufren este flagelo y su correlación con la mirada desde una postura más académica e incluso, si se quiere, clínica, para el desplazamiento forzado y el impacto que genera en la salud mental de las personas víctimas del conflicto armado.

Seguidamente, se hace una descripción narrativa donde se explicara el mapa conceptual, que esta soportado con referencias bibliográficas de investigaciones realizadas sobre este tema, de manera que especifique la población con la cual se trabajó, su distribución demográfica, perspectiva de género y grupo poblacional, además se mencionan los instrumentos más utilizados que se constituyeron en herramientas fundamentales para dar claridad a aquellas categorías que se encontraban subsumidas en esta compleja realidad, los mismos que también permitieron dar forma a los objetos que posteriormente fueron descritos y que hacen parte de los hallazgos realizados, algunos ya descritos y otros que hacen parte del conocimiento nuevo aportado por estos trabajos, también están los diagnósticos psicológicos que terminan por construirse producto de la combinación del saber del participante, la aplicación de los instrumentos y la combinación de análisis racionales propios de la agudeza del investigador.

Y finalmente se soportan con autores, algunas recomendaciones surgidas de las conclusiones y propuestas para la intervención de las personas víctimas a nivel individual y colectivo, actividades que no solo deben hacer parte de la formulación de políticas, programas y proyectos desde lo gubernamental, sino insumos para el abordaje poblacional por parte de entidades no gubernamentales, que permitan la realización de acciones más

asertivas y aportes más contundentes a la hora de dar respuesta a las necesidades sentidas y aquellas necesidades que no son tan evidentes en este grupo poblacional.



El desplazamiento forzado es un fenómeno de un impacto social muy fuerte y cuyas causas se deben principalmente al conflicto armado interno que ha perdurado durante mucho tiempo “Desde los años 1990, se ha incrementado el número de personas desplazadas en su propio país por conflictos armados.” (citado por Juárez y Guerra, 2011, pág.511), sufriendo diferentes mutaciones y permeando todos los estratos sociales, que surge como consecuencia del abandono estatal y la falta de fortalecimiento de las instituciones “existen municipios antioqueños que “perdieron” más del 50% de su población, debido, principalmente, a la emigración involuntaria y violenta de sus habitantes por causa del conflicto interno” (Caicedo Restrepo, 2010), esta falta de operación efectiva de las instituciones en procura de solucionar las necesidades de la población, entraña una injusticia social que se ve mayormente reflejado en la población más vulnerable y cuya expresión más notoria es la iniquidad social “Muchos desplazados residen en condiciones de hacinamiento, en viviendas expuestas a problemas medioambientales y en situaciones de importantes déficit en los servicios públicos” (Mogollón y Vázquez, 2006).

En este sentido, lo anterior caracteriza un estrato social de la población que se empieza a catalogar y a representar como víctima, la caracterización de ese estrato social se convierte en un rotulo que se asigna y que deriva en una estigmatización de la población víctima “el desplazado se ve enfrentado a la exclusión, señalamiento y estigmatización social en las ciudades receptoras frente a su situación.” (Citado por Londoño Calle, Sicachá Espinosa y Gonzales Sánchez, 2011, pág. 173), producto de desconfianzas surgidas por su origen y sus nexos sociales; cabe resaltar que esta población en su mayoría es población campesina con predominancia del género femenino e infantil. El fenómeno del desplazamiento es devastador, asociado a la violencia a través de la historia, con iniquidad de género y violación de los derechos humanos en Colombia, “estimativos indican que más de la mitad de los 5 millones de desplazados en el país son mujeres y de ellas, 4 de cada 10, han sido desplazadas por el conflicto armado” (Citado por Andrade y Sicachá, 2012, pág,62), este agravante (el hecho de que sean mujeres y niños) contribuye al surgimiento de factores interpersonales de explotación y manipulación “cada vez es más frecuente que individuos con patrones interpersonales de explotación y manipulación esgriman la condición de ser desplazados para beneficiarse de ciertas dadas” (Sánchez y Jaramillo, 2014).

Además, la población víctima es poseedora de un saber adquirido a partir del sufrimiento de los eventos traumáticos, los cuales generan en los individuos, mecanismos individuales de afrontamiento:

La gravedad de sus manifestaciones está relacionada con la magnitud del evento y capacidad de afrontamiento de las personas. En algunos casos, puede prolongarse por horas, días y meses, donde la víctima continúa experimentando oleadas de temor y ansiedad al recordar el trauma o al comenzar a elaborar las consecuencias del mismo, provocando alteración emocional que incide en el resto del funcionamiento psicosocial, conflictos en las relaciones interpersonales, dificultades en el cumplimiento de tareas habituales. (Londoño y otros, 2011)

Estos mecanismos de afrontamiento pueden ser beneficiosos -si a partir de ellos se construye capacidad de resiliencia- o perjudiciales, y con esto se desconfigura su construcción de ciudadanía, lo que conduce a la pérdida de autonomía, identidad política y capacidad de exigibilidad de los derechos, constituyéndose de esta manera en un círculo vicioso de factores que rompen el tejido social.

La ruptura de ese tejido social, impacta de manera negativa los repertorios culturales y simbólicos, ocasionando que la población, con su identidad ciudadana afectada, adopte una postura de mendicidad y aceptación de dadas, más que de exigibilidad de sus derechos. Esta postura de mendicidad está asociada directamente con el evento de desterritorialización (desplazamiento forzado) que ha sufrido de su territorio social, geográfico y cultural (Ocampo y Forero, 2013), además al alterarse ese tejido social que es el responsable de la configuración del sujeto, sufre alteraciones externas a partir del daño en el proyecto de vida, y a nivel psicológico en los planos cognitivo, emocional y conductual, los cuales dan razón del plano mental (Hernandez y Isajar, 2008).

Esta serie de afectaciones, como ya se mencionó anteriormente, se refleja, de una manera directa, en la salud mental, generando para este caso, el interés de investigar acerca del conocimiento sistemático, socialmente pertinente y de carácter científico, producido en el estudio de la psicología sobre este tema. Para ello se realizó una revisión bibliográfica, dentro de la cual no se encontraron estudios longitudinales, no obstante surgieron estudios transversales, en los que se utilizaron instrumentos como:

Cuestionario de trauma de Harvard (HTQ), entrevistas de eventos vitales e historia social (Rodríguez, De La Torre, y T. Miranda, 2002), entrevista a profundidad con preguntas-guía abiertas, entrevista semiestructurada (Sacipa, 2003), mini international neuropsychiatric interview (MINI) (H. Londoño, y otros, 2005), MINI, Young Schema Questionnaire YSQL2, Cuestionario de Contenidos Esquemáticos de los Trastornos de Personalidad CCE-TP, Escala de Estrategias de Coping Modificado EEC-M (Castro Hernandez y Mina Isajar, 2008), Escala de Trauma Davidson (DTS), Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) (Juárez y Guerra, 2011), entrevista en profundidad, georreferenciación, cartografía social, notas de campo y encuesta (Ocampo y Forero, 2013), ficha de caracterización, ficha con indicadores de salud mental individual y comunitaria (Andrade y Sicachá, 2012), entrevistas individuales semiestructuradas (Mogollón y Vázquez, 2006), entrevista estructurada, Escala de Trauma de Davidson (Londoño y otros, 2011), revisión sistemática de estudios disponibles publicados durante los últimos 20 años (Campo-Arias, Oviedo, y Herazo, 2014).

A partir del uso de estos instrumentos, se obtuvo información que permitió dar una valoración diagnóstica de este grupo poblacional, en donde se encontró lo siguiente: TEPT, TAG, depresión mayor (DM), riesgo de suicidio, episodio depresivo mayor (EDMA), trastorno mental común (síntomas ansiosos y/o depresivos) (TMC), refuerzo desesperanza y desamparo. En este sentido, Salazar y Sicachá (2012) sostienen que el 53% de las mujeres desplazadas no siente que controla su vida emocional, un 90% no accede a redes de apoyo social y el 70% no cuenta con relaciones de comunicación positiva en la familia. El 80% no ha solicitado asistencia psicológica y que un 67% piensa que la comunidad favorece el acceso a recursos y servicios por lo que su vida cultural y social es activa (70%). Las mujeres desplazadas presentan alteraciones de la salud mental, nutricionales, infecciones y afecciones ginecológicas.

De acuerdo a lo anterior, es pertinentes mencionar algunas de las recomendaciones para la intervención a realizar en personas víctimas, son descritas a continuación:

Psicosocial “Para apoyar estos grupos de población es necesario diseñar y responder con celeridad, desde el sector salud, con propuestas de intervención psicosocial dirigidas a prevenir los potenciales daños en la salud mental ocasionados por los conflictos armados y desplazamientos subsecuentes, con el fin de que las personas recuperen su funcionamiento normal en el menor plazo posible (Rodríguez y otros 2002)

Redes de apoyo “Las Madres Cabeza de Hogar encuentran dificultad para formar redes de apoyo (...) la función de las redes de apoyo es mejorar la capacidad de resiliencia individual y comunitaria, constituir contactos, manejar el rumor negativo, elaborar propuestas, pedir ayuda y exigir la reivindicación de sus derechos” (Andrade y otros 2012)

O.N.G “puede estar relacionado con la implementación de políticas asistencialistas por parte de instituciones tanto no gubernamentales (ONG) como del gobierno, que han buscado abordar este fenómeno supliendo las necesidades inmediatas de la población con un enfoque asistencialista, lo cual ayuda a solucionar los problemas pero de manera momentánea y obstaculizando que las victimas lleven a cabo procesos de empoderamiento ante su situación” (Citado por Castro y otros, 2008, pág.103)

Políticas “En teoría, la legislación y las políticas reflejan o moldean las actitudes públicas y funcionan como apoyo institucional a los grupos menos favorecidos o vulnerables para la resolución de problemas” (Campo-Arias y otros, 2014)

Programas “se deben realizar programas de atención-intervención encaminados a contrarrestar el sufrimiento emocional y no solo a “mitigar” descompensaciones durante las crisis emocionales (...) estos programas deben ser integrales a fin de proporcionar una mejor calidad de vida generando espacios de desarrollo laboral y emocional a nivel individual, familiar y comunitario” (Andrade y otros, 2012)

Proyectos “Los proyectos productivos son una estrategia de recuperación psicosocial. Las actividades productivas generan autonomía y opciones de retorno, reubicación o asentamiento; pero, fundamentalmente, conducen a la rehabilitación de las personas y la estabilización social” (Rodríguez y otros, 2002)

4. MARCO TEÓRICO

4.1.1 Desplazamiento

Se procederá entonces a examinar la ley 387 de 1997, en la cual se define como desplazado a toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional, abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público.

Además, teóricamente se plantea que *“Cuando las personas atraviesan por la condición de ser desplazados, normalmente han vivenciado un gran número de experiencias de violencia durante su vida que condicionan su decisión de movilizarse y abandonarlo todo”* (Alejo, 2005). Este planteamiento hace inmediata referencia al fenómeno del desplazamiento, otorgándole rostro a este drama a través de la persona que se encuentra detrás, “el desplazado” el triste personaje de esta historia de horrores que se teje en el país desde hace décadas. Sin embargo, se debe tener en cuenta que este planteamiento no puede estar alejado de la conceptualización de víctimas, que teóricamente está definida como:

todas aquellas personas o grupos de personas que, en razón o con ocasión del conflicto armado interno que vive el país desde 1964 hayan sufrido daños individuales o colectivos ocasionados por actos u omisiones que violan los derechos consagrados en normas de la Constitución Política de Colombia, del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, del Derecho Internacional Humanitario y del Derecho Penal Internacional, y que constituyan una infracción a la ley penal nacional (Citado por González Chavarría, 2010).

Para complementar la anterior definición y retomando el concepto de víctima mencionado en la justificación y planteamiento del problema, en el cual se referenció el concepto dado por la ley 1448 de 2011 que dice que víctimas son todas aquellas personas que:

(...) hayan sufrido un daño como consecuencia de violaciones de los derechos humanos, ocurridas a partir del 1° de enero de 1985 en el marco del conflicto armado, (homicidio, desaparición forzada, desplazamiento, violaciones sexuales y otros delitos contra la identidad sexual, secuestro, despojo de tierras, minas antipersona y otros métodos de guerra ilícitos, ataque contra la población civil).

Se enlazan entonces de manera teórica los conceptos de desplazado y víctima, dando un sustrato teórico a esta diada semántica que caracteriza a un sujeto, no es un rotulo, es una enunciación que lleva en su interior un fuerte sentido y un significado que permite dar existencia a una persona con una vivencia traumática muy fuerte.

Es entonces la víctima del desplazamiento forzado, un sujeto que ha vivenciado un hecho contundente, de impacto psicológico agudo, que a todas luces requiere de una intervención profesional que le provea de herramientas para elaborar de manera adecuada este trauma.

Teóricamente se encuentra una diferenciación que, además de interesante, representa un valor de uso para este trabajo, esta diferenciación es la siguiente: *“Por una parte, tenemos a las víctimas de los grupos armados organizados al margen de la ley, tanto de las guerrillas como de los paramilitares. Por el otro, tenemos a las víctimas del propio Estado colombiano.”* (González Chavarría, 2010). Aquí se muestra una dificultad en lo que respecta a la atención de víctimas. Por un lado, está la atención que se puede brindar a víctimas de actores armados que operan al margen de la ley, estas personas pueden ver reivindicado su estatus de ciudadanos en la atención brindada en el marco de programas estatales, por otro lado, están las personas víctimas de la violencia estatal, en las cuales se expresa la desconfianza que pueden tener con respecto a los programas de atención adelantados por el mismo estado victimario, lo que puede representar una variable interesante de analizar, en el proceso de atención.

4.1.2 Tipos de Desplazamiento

“El desplazamiento es un fenómeno migratorio cuya génesis radica en multiplicidad de causas inherentes a situaciones de violencia, ya sean políticas, económicas, sociales o culturales.” (Alejo, 2005), el desplazamiento derivara en un reordenamiento poblacional mediado por el uso de la fuerza de consecuencias impredecibles, siendo este fenómeno “el espejo que refleja la manera como se ha construido la nación colombiana.” (2006)

Por su parte, Gómez manifiesta que “Más que la extinción misma de la población aborígen, es notorio el desplazamiento interno de familias indígenas al ritmo del avance de la ganadería vacuna, desde que las misiones capuchinas ingresaron en el Putumayo”. (Gómez)

El desplazamiento también se equipara con las migraciones, sobre las cuales se dice que “actualmente se reconoce que la migración internacional es un asunto de especial trascendencia para las naciones, ya que los desplazamientos entre países, además de responder a causas múltiples, tiene implicaciones decisivas para el desarrollo económico y social. (Tuirán, 2002)

Una de las razones que podría explicar la necesidad social de crear grandes grupos de migrantes desplazados la expresa Tuirán cuando manifiesta que “en los países en proceso de desarrollo se registra, como consecuencia de la inercia demográfica, un considerable crecimiento de la población en edad de trabajar. Este hecho tiende a ampliar la brecha entre la oferta y la demanda laboral, acentuando los desequilibrios en los mercados laborales e intensificando las presiones migratorias”. (Tuirán, 2002)

Según lo planteado hasta este momento, se entiende que la lógica del desplazamiento forzado presenta varios matices, en primer lugar se encuentra el visible despojo de los bienes de la población víctima para el enriquecimiento de criminales a partir de la apropiación dada de manera violenta por parte de los actores armados.

En segundo lugar está el ejercicio del poder por parte de los actores armados sobre la población, lo que da como resultado dominios territoriales necesarios en la lógica de expansión de políticas impositivas y regulaciones de relaciones sociales con el consecuente adiestramiento de la población y el suministro de adeptos necesarios para todo programa doctrinal intencionado de los actores armados.

En tercer lugar se encuentra la demanda de mano de obra barata, no calificada, tan necesaria por parte de la industria de países en desarrollo; esto es necesario entenderlo sobre la base de que el campesino vive feliz en su tierra, ha desarrollado su modus vivendi soportado en el trabajo de su parcela, para regular la necesidad de talento humano de la industria y los costos de la misma, se necesita generar una oferta masiva de mano de obra para la industria, es de esta manera que se generan fenómenos sociales de crisis migratorias que dan como resultado una sobreoferta de mano de obra y la consecuente regulación de precios de la misma.

Bajo esta óptica, se pueden entender algunas de las razones, no justificadas, para explicar el fenómeno del que a continuación se hace mención.

4.1.3 Desplazamiento Forzado

El desplazamiento forzado es un fenómeno social que afecta a un grupo poblacional específico y se ha evidenciado con mayor fuerza en las últimas décadas producto de la aplicación sistemática de un modelo de control territorial por parte de los actores armados que operan en nuestro país. Para tratar de comprender este hecho y su interacción con la realidad colombiana, se abordaran algunos aportes teóricos que darán un panorama general de este evento, partiendo de algunos conceptos básicos necesarios.

Desde la perspectiva de Cortes, *“El desplazamiento forzado conjuga situaciones de violencia (o violencias) que obedecen a lógicas que van más allá de la violencia física ejercida en el contexto de la confrontación armada”* (Cortez, 2013)

Las causas del desplazamiento forzado también son diversas: las presiones por la tierra, los intereses que van surgiendo en torno a los megaproyectos del estado o la lucha por el control sobre zonas ricas en metales preciosos y productos energéticos o por territorios donde se cultiven plantas alucinógenas y en general, toda una gama de intereses particulares imbricados y confundidos con los asuntos de la guerra pública sin que sea posible establecer una línea diferencial entre lo político - militar y lo individual privado (Giraldo, 2001)

Los principios éticos y políticos se sustentan en el reconocimiento de que el hecho violento de desplazamiento forzado coloca a la persona víctima como objeto de violencia, quien no tiene poder y control sobre su vida, sus decisiones y su entorno familiar. La interacción con instituciones y profesionales que aportan a la recuperación debe buscar generar condiciones para que la persona se reconozca como sujeto integral político, moral, psicológico que le permita, en la medida que recupera el control de su vida y encuentre un sentido al hecho violento, participar activamente en la reconstrucción de su vida personal, familiar y aportar desde su testimonio y búsqueda de reparación integral a que estos hechos no vuelvan a repetirse aportando con ello a la transformación de la sociedad. (Corporación AVRE, 2006)

Tanto los hechos violentos como el desplazamiento mismo colocan a la persona en una situación de incertidumbre por no contar con una explicación racional frente a lo sucedido y sentimientos de rabia generados por encontrarse en una situación difícil generada por otro ser humano por medio de la violación a sus derechos. Además, la iglesia católica presentó el desplazamiento forzado como:

Una violación masiva y múltiple de los derechos humanos y una infracción grave del Derecho Internacional Humanitario y, en consecuencia, a las personas en situación de desplazamiento como sujetos de derechos. Esta perspectiva cambió la tendencia impuesta desde mediados del siglo XX cuando el desplazamiento por violencia se asimiló a la “normalidad migratoria del país”, en un intento por desconocer esta tragedia humanitaria. Desde este momento, el desplazamiento forzado ya no podía ser ignorado por la sociedad (2006).

El desplazamiento forzado en Colombia no debe ser visto sólo bajo la lupa de los desastres que deja la guerra, sino que debe ser entendido como un fenómeno que se inscribe en un contexto de aguda desigualdad social.

Haciendo una descripción comparativa, de las dos definiciones jurídicas anteriores, se puede decir que el primero hace referencia a la multiplicidad de hechos victimizantes, por tanto se constituye en un concepto generalizador que permite elaborar una taxonomía sobre los hechos que son raíz de este

fenómeno, el segundo nos ayuda a representar, de manera particular, el drama que está vivenciando cada una de las personas que ha soportado el impacto de estos hechos traumáticos y que a su vez permite, no solo el surgimiento de una taxonomía o de unas categorías teóricas explicativas, sino del sujeto invisibilizado por las frías cifras estadísticas.

4.1.4 Desplazamiento en Colombia

Colombia, con un conflicto armado cuasipermanente, con la presencia de grupos alzados en armas de diferente signo político y una creciente delincuencia organizada en torno a la producción y el comercio de las drogas ilícitas, hace parte de ese conjunto de países marcados por el drama del desplazamiento forzado y aunque la magnitud y la pervivencia del fenómeno es de mayor alcance que el de muchos países en similares circunstancias, su situación no ha tenido el reconocimiento internacional suficiente y al interior del país el tema ocupa lugares marginales, tanto en las agendas de los gobiernos y de los grupos armados, como entre la opinión pública, sobre todo la de las grandes ciudades (Naranjo Giraldo, 2001)

Y es en este contexto en que emerge además una profunda crisis humanitaria: el desplazamiento forzado. El origen de esta crisis puede hallarse en la intersección de la especialización productiva de Colombia, la trayectoria del conflicto interno armado y la persistencia de los elevados niveles de desigualdad y pobreza que ha mostrado el país, en particular en el sector rural. (Cortés, 2013)

El desplazamiento forzado en Colombia no debe ser visto sólo bajo la lupa de los desastres que deja la guerra, sino que debe ser entendido como un fenómeno que se inscribe en un contexto de aguda desigualdad social.

No se trata de procesos intensivos, circunscritos a períodos de tiempo cortos y predominantemente masivos; por el contrario, el desplazamiento en Colombia es un fenómeno extensivo, diluido en el tiempo, recurrente y continuo; que combina éxodos aluviales -familiares e individuales-, silenciosos y no visibles, con desplazamientos en masa que ponen en marcha, al mismo tiempo, pueblos enteros y pequeñas

colectividades locales; a su vez, en el desplazamiento forzado se anudan huidas temporales y retornos azarosos, con el abandono definitivo de los lugares de origen y residencia. (Giraldo, 2001)

De acuerdo con el Informe Nacional de Desplazamiento Forzado en Colombia “Con corte al 30 de abril de 2013, en el RUV se encuentran registradas 5’432.156 víctimas del conflicto armado internos. De este total, se reportan 4.790.317 personas que sufrieron desplazamiento forzado. En este total y a la fecha de corte mencionada, se encuentran 108.929 personas que fueron desplazadas durante el año 2012.”

(Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), 2013)

La Ley 171 de 1994, permitió el reconocimiento del desplazamiento forzado en el marco del conflicto armado interno, y ordenó al Estado acciones para prevenir este fenómeno migratorio, atender y proteger a las víctimas del desplazamiento, garantizar soluciones duraderas y condiciones de reestablecimiento de la población afectada.

4.2 Salud mental

Para los fines académicos necesarios en este trabajo de investigación, se toma el concepto de salud de Alma Atta en el cual se explicita que la salud es “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad (O.M.S, 1946).

Complementando la idea anterior, Carranza menciona que “La salud no es solamente la ausencia de enfermedades sino la resultante de un complejo proceso donde interactúan factores biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales en la generación de las condiciones que permiten el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas, entendiendo al hombre como un ser individual y social” (Carrazana, 2002).

Queda entonces expuesto que la salud es el estado en el que permanece el sujeto a partir de la lucha equilibrada entre el organismo y el medio ambiente que le rodea, además del contexto sociopolítico y cultural que circunda al sujeto, con esta afirmación, se procede a la siguiente definición que se requiere dentro de este trabajo.

La definición de <<salud mental>> referida por la Federación Mundial para la Salud Mental (1962), la caracteriza como “un estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo en el sujeto en la medida que no perturbe el desarrollo de sus semejantes” (Citado por Vásquez, 1997).

En psicología cuando se habla de salud mental se la entiende como un “estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y está logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales”. También se considera un estado normal del individuo (Citado por Carrazana, 2002).

Además, para Carranza “la salud mental depende de: cómo uno se siente frente a sí mismo, cómo uno se siente frente a otras personas, y en qué forma uno responde a las demandas de la vida”. (Carrazana, 2002).

Lo que direcciona a pensar acerca de cuáles son los componentes de la salud mental que se pueden evidenciar en el sustrato teórico de esta disciplina científica, en este sentido Vásquez señala que “Una gran cantidad de autores de diferentes enfoques (Maslow, Rogers, Adler, Johada, entre otros), han reflexionado sobre qué elementos constituyen un estado de salud mental. Entre los cuales se encuentran frecuentemente señalados (Vásquez, 1997):

- Resistencia alta al estrés y a la frustración.
- Autonomía intelectual, económica y en hábitos de autocuidado.
- Percepción correcta de la realidad.
- Percepción coherente y realista de sí mismo.
- Competencia y ajuste a las demandas del entorno.
- Relaciones positivas interpersonales.
- Actitud positiva hacia sí mismo y hacia los demás.

La anterior lista se constituye en un conjunto de categorías de análisis e interpretación para delimitar lo que se podría considerar como un estado de salud mental. No obstante, cabe aclarar, que el concepto de

salud es difícil de definirse y permanece todavía desdibujado, a pesar de su uso frecuente y necesario en la cotidianidad.

La salud mental en el contexto del desplazamiento forzado, corre un altísimo riesgo de verse alterado, puesto que existe una gran diversidad de factores traumatizantes, que pueden ocasionar desequilibrios mentales y físicos en el sujeto, Además se puede decir, sin temor a ser audaz, que dentro del marco colombiano, la guerra quebranta al menos, la mayoría de los criterios antes mencionados.

Son muchas las problemáticas psicológicas desencadenadas por la situación de desplazamiento en las personas, a parte de los problemas sociales, económicos y de violencia, la población desplazada es especialmente vulnerable a un gran número de situaciones que agreden y ponen en riesgo su salud mental y física.

Otro aporte teórico para la comprensión de lo anterior mente expuesto menciona que “Desde la perspectiva de la salud mental, el desplazamiento es un fenómeno sociopolítico que deteriora las condiciones de vida de las personas en esta condición, que en la mayoría de los casos, ya eran precarias en su lugar de origen”. (Alejo, 2005)

Complementando la idea anterior, la teoría menciona que “En personas en situaciones de alto riesgo, como las VCAISD, se debe preferir diagnósticos de grupos como «otras condiciones que pueden ser centro de atención en salud», que persisten en la más reciente clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana y que tienen equivalentes en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud”. (Campo-Arias y otros, 2014)

Entre el grupo de diagnósticos probables con menos posibilidad de contribuir al complejo estigma-discriminación en las VCAISD, se encuentran, por ejemplo, problemas ocupacionales como desempleo, problemas de vivienda como falta de hogar o vivienda inadecuada, problemas económicos como bajos ingresos o pobreza extrema, otros problemas relacionados con el ambiente social como exclusión o rechazo social o blanco de discriminación o persecución, u otros problemas relacionados con otras

circunstancias psicosociales, personales o medioambientales entre los que se codifican la exposición a catástrofe, guerras u otras hostilidades. (Campo-Arias y otros, 2014).

La migración y las circunstancias que la rodean son un importante factor causal de enfermedad mental. (Sánchez y Jaramillo, 2014)

Westermeyer et al (...) encontraron que los problemas de salud mental eran más frecuentes en los primeros años y que el mejor estado de salud mental se asociaba con el mayor tiempo de residencia en el nuevo asentamiento, el mejor entrenamiento laboral y con un mejor estándar de vida. (Sánchez y Jaramillo, 2014)

Para concluir, en la puesta en escena de esta categoría se puede decir que la salud mental tiene una importancia indiscutible dentro de la posibilidad de reconfiguración de la condición personal, de reterritorialización y en la adaptación al nuevo contexto sociolaboral de la persona víctima de desplazamiento forzado ya que un desequilibrio mental ocasionado por una inadecuada elaboración de los traumas vivenciados en una situación de violencia, pueden traer como consecuencia la afectación del núcleo familiar de las personas en condición de desplazamiento forzado y/o la aparición de cuadros psicopatológicos que pueden impactar de manera negativa el proceso de resocialización.

4.2.1 Cognición

Etimológicamente, el concepto de *Cognitivo* se deriva de otra palabra griega que es *gnome* (γνώμη) que significa facultad de conocer, entendimiento, razón, juicio. En este sentido el modelo de la psicología cognitiva se apropia de este concepto para hacer estudio y comprensión de las facultades del humano, abarcando diferentes procesos de adquisición de conocimiento, estudiando los procesos básicos tales como la memoria, la concentración, la formación de conceptos, el procesamiento de la información, entre otros. Y poniendo especial atención a las cogniciones, entendidas éstas como el amplio sentido de las ideas, los constructos personales, las creencias, las imágenes, las atribuciones de sentido o significado, las expectativas, etc.

Aplicado a la psicología, el uso de la cognición como instrumento de trabajo, deriva en la aparición de la psicoterapia cognitiva, la cual utilizará los desarrollos de la anterior para desplegar el diseño de métodos específicos o tratamientos en la psicoterapia cognitiva en la vía del cuidado del espíritu mediante la razón. Pues la importancia que tienen las cogniciones es central en los procesos humanos en general y en la génesis de los trastornos mentales en particular.

Para Aron Beck (uno de los pioneros de la psicología cognitiva) “el modelo cognitivo, puntualiza que, una persona se encuentra determinada por su forma de estructurar el mundo, y de ahí se derivan los afectos y conducta. En otras palabras, los pensamientos o cogniciones, están directamente relacionados con las emociones y estas desencadenan una determinada conducta”. (Camacho, 2003)

Beck, postuló la teoría del modelo cognitivo de la depresión, a raíz de los cuestionamientos críticos que se hacía en el abordaje clínico del psicoanálisis, al no ver eficaces los tratamientos para la depresión, de manera que posteriormente desarrollando una nueva psicoterapia que eficazmente tratara.

Aaron Beck explica el mundo interno psíquico de las personas con depresión, en un concepto que denominó Tríada Cognitiva, compuesto por el *Sí Mismo*, *El Mundo* y *El Futuro*, cada uno de ellos al comprender el ser humano en un estado de profunda tristeza, debela la manera como intervenir psicoterapéuticamente.

Se puede decir entonces que “El objetivo de la psicoterapia cognitiva está centrada en la identificación esquemas maladaptativos (Triada cognitiva) y la formulación de ideas y creencias en términos de hipótesis cuya validez se intenta comprobar de modo sistemático. Desde este modelo se aborda con una técnica cognitiva conductual en contraste con la realidad empírica, considerando desde el primer encuentro, las recaídas y las fluctuaciones que no están exentas en el proceso, para que no se desanime. Luego de tratar los síntomas, se procede a los esquemas básicos para prevenir futuras recaídas”. (Roca, Terapia cognitiva de Beck para la depresión, 2009)

Para Ellis el ser humano en un estado de inconformidad consigo mismo que le produce malestar, está dominado por creencias irracionales y el deber del psicoterapeuta es confrontar de manera persuasiva que

el paciente adopte ideas racionales. De allí que ha formulado la Terapia Racional Emotiva (TRE) como método para “ayudar a la gente a vivir el mayor tiempo posible, minimizando sus problemas emocionales y sus conductas contraproducentes y su auto-realizarse para vivir una existencia lo más feliz posible.” (Roca, 2009).

Implementó una teoría que llamó el ABC, en la cual consideró las emociones y la conducta, y puso énfasis especial a las cogniciones, es decir, creencias, pensamientos e imágenes mentales. De manera que estructuró un esquema para entender el proceso de las cogniciones; A (acontecimientos activadores) → B (Creencias y pensamientos sobre A) → C (consecuencias emocionales y conductuales) (Roca, 2009).

Ellis, utilizaba un enfoque psicoeducativo para enseñar a sus pacientes su forma de pensar, de manera que al ser conscientes de sus pensamientos y emociones, haya un aprendizaje que posibilite el cambio (Incer, 2008).

4.2.2 Emoción

Cuando se dice que las emociones manejan a las personas, se quiere decir, que el individuo se enoja, se deprime o se angustia, de forma que no le permite sentirse bien, no le permite lograr sus objetivos, lo inmoviliza emocionalmente, le produce consecuencias negativas en sus relaciones laborales, interpersonales, académicas, en la familia, en la pareja e incluso consigo mismo (Incer, 2008).

La psicología dio su aporte en el avance de un nuevo método terapéutico desarrollado por Albert Ellis, la *Terapia Racional Emotiva Conductual* (TREC). Al ver que su metodología a diferencia del psicoanálisis, contaba con mayor eficacia en los pacientes, se independizó del psicoanálisis.

Para Ellis, las perturbaciones psicológicas se deben a un pensamiento irracional, la TREC. Propone que son las creencias evaluativas irracionales las que producen los problemas emocionales. Para esta teoría es importante tener en cuenta que existen dos tipos de realidad: objetiva e interpretativa/percibida. La primera hace referencia a los hechos que realmente pasaron y pueden ser comprobados y verificados a través de lo sucedido. La segunda, es la manera como el sujeto interpreta el acontecimiento, es decir,

como los percibe y lo evalúa. Y las creencias que se tengan de éstas, determinarán si son racionales o irracionales, derivando en consecuencia una emoción (Incer, 2008).

Sin embargo, para la TREC, no todas las emociones son inapropiadas, en el sentido en el cual el autor describe dos tipos de emociones: las beneficiosas y funcionales, y las que no lo son. Éstas últimas serán objetivo a modificar, puesto que son dañinas para sí mismos y pueden producirse daños a nivel fisiológico, tales como; pérdida de peso inusual o ganancia inusual, laceraciones, intentos suicidas, entre otras. En las que puede manifestarse síntomas de tipo angustioso u ansioso. Lo que imposibilitaría un rendimiento óptimo de las funciones holísticamente del sujeto. En otras palabras, entorpece su funcionalidad personal, familiar, laboral y social (Incer, 2008).

Para Ellis, las emociones apropiadas, serían: preocupación, tristeza, enojo, frustración y pesar. Mientras que las inapropiadas serían: ansiedad, depresión, enojo excesivo y peligroso, culpa y vergüenza (Citado por Incer, 2008).

En este sentido, las emociones provocadas por la guerra y el desplazamiento forzado, produce un impase en la vida del sujeto, generando muy posiblemente, emociones perturbadoras y negativas, desencadenantes de algunos trastornos asociados como el TEPT y la depresión.

4.2.3 Conducta

Para hablar de conducta, se abordará desde la perspectiva psicológica. Para ello se tendrán en cuenta el conductismo, la psicología cognitiva-conductual, la clínica conductual y la aplicación del concepto en el desplazamiento forzado.

Dentro del campo psicológico, hay dos pioneros del conductismo, Watson y Rayner (1920). Este movimiento era de tipo directivo y sus técnicas se especializaban en la terapia sexual directiva a mediados de los cincuenta (Incer, 2008). Y permitió el descubrimiento del *Aprendizaje Operante* o conductual de Skinner (1904 – 1990), quien experimentó inicialmente con ratones (Pavlov, 1927. fue el primero en realizar experimentos con animales) y luego con niños, descubriendo que la conducta se puede

condicionar y también modificar, por medio de refuerzos o recompensas positivos o negativos que permitiera la habituación de una conducta determinada, ignorando por completo el intelecto. No obstante más adelante surgieron nuevas apuestas que complementarían este postulado (Agudelo y Guerrero, 1973).

Por el contrario Beck y Freeman (1995) hacen su aparición más tarde, y en la que teóricamente predomina las cogniciones. Sin embargo no dejan de lado la conducta, aunque para ellos sea consecuencia de los pensamientos. Hablan acerca del sistema de control interno. En la cual hacen mención sobre los impulsos y como la conducta se puede regular por este sistema dependiendo de las creencias del sujeto. En palabras de los autores es de la siguiente manera:

Sabemos que las personas no ceden a todo impulso, ya sea que se trate de reír, llorar o golpear a alguien. Otro sistema —el "sistema de control"— opera en conjunción con el sistema de acción para modular, modificar o inhibir impulsos. Este sistema también se basa en creencias, muchas de las cuales —o la mayoría— son realistas o adaptativas. Mientras que los impulsos constituyen los "quiero", esas creencias constituyen los "hacer".

Estas creencias determinan al parecer, las motivaciones que llevan a una persona a inhibirse o desinhibirse en su conducta. Las creencias cumplen un papel muy importante para la conducta, dado que también activan los esquemas afectivos, emocionales de acción de control. Ejemplo: La persona interpreta la situación como peligrosa (esquema cognitivo), siente ansiedad (esquema afectivo), quiere alejarse (esquema motivacional) y se moviliza para huir (esquema de acción o instrumental). Si juzga que la huida es contraproducente, puede inhibir ese impulso (esquema de control) (Beck, Freeman, y otros, 1995).

De manera que más adelante se planteó un enfoque de tratamiento cognitivo conductual que tuviera en cuenta el control de impulsos y conductas perturbadoras para el sujeto, como para la sociedad, desde un punto de vista sociocultural. Beck (1995) y Ellis fueron uno de los primeros en plantear una variedad de técnicas conductuales para la terapia psicológica.

Tres años más tarde, Caballo (1998) hizo una formulación clínica conductual, asequible a cualquier tipo de intervención que requirieran ser desplegadas y no solamente limitarse a los procesos psicoterapéuticos individuales. Esta propuesta permite desarrollar hipótesis sobre las relaciones de

causalidad, que terminan por dar cabida a determinados resultados en diversos ámbitos. En otras palabras, que estas técnicas permiten contrastar las creencias y la realidad, no dejando más que comprobar hipótesis, por ende modificar conductas.

Para ello, se aplicaban los mismos métodos y procedimientos de la investigación científica, es decir, la observación sistemática, la formulación de hipótesis que relacionan los eventos, la validación de tales hipótesis a través del control de variables, la observación y medición de los resultados, y la formulación de enunciados teóricos sobre las variables responsables del mantenimiento del comportamiento. Así, a pesar de las divergencias en cuanto a énfasis teórico entre modelos E-R (Estimulo-Respuesta), de aprendizaje social, de análisis conductual y modelos mediacionales/cognitivos, todos comparten el mismo compromiso con la metodología científica y con la validación empírica como medio fundamental de adquisición del conocimiento (Caballo, 1998).

En síntesis, la conducta es el resultado del esquema cognitivo, de lo que se piensa y de lo que se siente. Éstas pueden ser modificadas a través de ciertas técnicas conductuales y pueden mantenerse en el tiempo mediante su práctica y el refuerzo del entorno en el que se mueve el individuo. Las técnicas no son exclusivas de la psicoterapia y de un enfoque teórico, sino que también son utilizadas por otras disciplinas.

Contextualizando el concepto de conducta al plano del desplazamiento forzado, la conducta puede ser desadaptativa; lo que representaría un problema para sí mismos como víctima y posiblemente para su entorno.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de investigación

La presente investigación presenta un alcance descriptivo, debido a que busca caracterizar el estado de salud mental de las víctimas de desplazamiento forzado del municipio de Yarumal a partir de entrevistas estructuradas (M.I.N.I.), el cuestionario de autoesquemas, entrevista semiestructuradas, y una escala de mecanismos de afrontamiento (Estrategias de Coping-Modificada). Por lo tanto, la investigación presenta un enfoque cuantitativo.

5.2 Diseño de investigación

La investigación es de corte transversal, debido a que la recolección de la información se realiza en un único momento en esta población, y se presentaría dificultades al tratar de hacer seguimiento a ésta debido a que la población es fluctuante.

5.3 Población y muestra

La población objeto de estudio se encuentra constituida por las personas víctimas de desplazamiento forzado residentes en el municipio de Yarumal. De igual forma la muestra seleccionada a la que se le aplicaron las entrevistas y cuestionarios está conformada por 32 personas víctimas de desplazamiento forzado con edades de 18 años hasta los 50 años y que se encontraban registrados en la RUV de Yarumal, pertenecientes a la Asociación Mujeres de Familia y Empresarias del Norte de Antioquia.

5.4 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Mayores de edad (18 años en adelante).

- Inscritos en el RUV del municipio de Yarumal (Registro Único de Víctimas).
- Personas que puedan responder a pruebas escritas.
- Firmar el consentimiento informado y participación voluntaria.

Los criterios de exclusión³:

- Personas analfabetas.
- Menores de edad.
- Personas que no estén inscritas en el RUV.
- Que presenten alguna enfermedad mental que incapacite a la persona para presentar pruebas escritas.

5.5 Variables de estudio

Categorías teóricas iniciales predeterminadas

- Esquemas maladaptativos.
- Salud mental.
- Afrontamiento.

Categorías emergentes:

- Identificación
- Análisis
- Valoración

5.6 Instrumentos de recolección de información

Los instrumentos que se utilizaron para la investigación fueron 3 de acuerdo a los objetivos específicos planteados: La entrevista estructurada M.I.N.I., cuestionario de autoesquemas, entrevistas semiestructurada y la escala de mecanismos de afrontamiento (Estrategias de Coping-Modificada). Los cuales, serán descritos posteriormente.

³ Los criterios de exclusión son consideraciones metodológicas que garantizan que la investigación sigue lineamientos generales. En ningún momento estos criterios indican características relacionadas con la exclusión social y aspectos morales.

5.6.1 Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.)

El MINI (2000), es una entrevista estructurada basada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

El MINI como entrevista diagnóstica está estructurada para una breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, y puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (11 a 18 minutos). La prueba es sencilla y puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento.

Está organizado por módulos de diagnóstico independientes, preparados con el fin de optimizar la sensibilidad del instrumento, a pesar de un posible aumento en los falsos positivos. Para permitir la reducción de la duración de la entrevista se utilizan las siguientes estrategias:

- La prioridad es la exploración de los trastornos actuales con el fin de guiar al clínico en la elección del tratamiento más adecuado.
- El precio de preguntas es dicotómica (sí / no).
- Para todas las secciones de diagnóstico (a excepción de la sección de trastornos psicóticos), uno o dos temas de entrada que exploran criterios obligatorios para excluir el diagnóstico en caso de respuestas negativas.
- Trastornos y exclusión de la disfunción somática inducida y / o causas tóxicas de los síntomas no son explotados de manera sistemática. Algoritmos se integran en la estructura del cuestionario, lo que permite establecer o excluir el diagnóstico durante toda la entrevista.

La entrevista está destinada principalmente para uso en atención primaria y en los ensayos clínicos, el MINI consta de 19 módulos que exploran 17 trastornos del eje I del DSM-IV, el riesgo de suicidio y el

trastorno de la personalidad antisocial. A diferencia de otros módulos que generan diagnóstico positivo, el módulo síndrome psicótico explora los síntomas del criterio A de la esquizofrenia, a fin de excluir la probable existencia de un trastorno psicótico.

Para la evaluación detallada de los trastornos mentales a lo largo de la vida, en clínica e investigación en psiquiatría, el M.I.N.I. Plus explora sistemáticamente todos los criterios de inclusión y exclusión y cronología (fecha de inicio y la duración de la enfermedad, el número de episodios) de 23 categorías de diagnóstico en el DSM-IV. El módulo Trastornos Psicóticos, genera diagnóstico positivo, psicosis subtipos: un trastorno psicótico debido a una condición médica general y / o inducido por sustancias, la esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico breve, el trastorno delirante y trastorno psicótico no especificado (Amorim, 2000).

Para su aplicación, se le aclara al paciente la pertinencia del instrumento, la durabilidad, qué tipo de preguntas le son manifiestas y de qué manera debe responder (dicotómico), para que la entrevista sea lo más breve posible.

5.6.2 Entrevistas Semiestructurada.

Este instrumento es utilizado con el fin de recolectar información, desde las entidades prestadoras de servicios gubernamentales, como no gubernamentales, esclareciendo el abordaje a la población víctima en el municipio. Esta entrevista consta de 17 preguntas que posibiliten ampliar y profundizar sobre el tema.

5.6.3 Escala de mecanismos de afrontamiento.

Para evaluar los mecanismos de afrontamiento, se utilizó la Escala Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M), la cual está constituida por 98 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1 a 6 desde Nunca hasta Siempre. Se construyeron 14 escalas, cada una evaluada a partir de siete enunciados. Los componentes de la escala son los siguientes:

1. Búsqueda de alternativa: estrategia cognitiva en la que se busca analizar las causas del problema y generar alternativas de solución. Los ítems que la conforman son: 1, 15, 29, 43, 57, 71, 85.
2. Conformismo: estrategia cognitiva que busca tolerar el estrés resignándose con la situación. Esta es evaluada por las preguntas 2, 16, 30, 44, 58, 72, 86.
3. Control emocional: estrategia cognitivo-comportamental con la cual se busca tolerar la situación estresante a través del control de las emociones. Evaluada por las preguntas 3, 17, 31, 45, 59, 73, 87.
4. Evitación emocional: estrategia cognitivo-comportamental en la cual se evitan expresar las emociones, dada la carga emocional o la desaprobación social. Esta es evaluada por las preguntas 4, 18, 32, 46, 60, 74, 88.
5. Evitación comportamental: estrategia comportamental en la que llevan a cabo actividades o acciones que contribuyan a tolerar el problema o a eliminar o neutralizar las emociones generadas por las mismas. Esta es evaluada por las preguntas 5, 19, 33, 47, 61, 75, 89.
6. Evitación cognitiva: estrategia cognitiva en la que se busca eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, a través de la distracción o la negación. Esta es evaluada por las preguntas 6, 20, 34, 48, 62, 76, 90.
7. Reacción agresiva: estrategia comportamental en la que se expresa la ira y la hostilidad abiertamente como consecuencia de la frustración y la desesperación, reaccionando de manera agresiva hacia los demás, hacia sí mismo o hacia los objetos. Evaluada por las preguntas 7, 21, 35, 49, 63, 77, 91.
8. Expresión emocional abierta: estrategia comportamental en la que se expresan las emociones abiertamente como una manera de neutralizar las mismas. Esta es evaluada por las preguntas 8, 22, 36, 50, 64, 78, 92.
9. Reevaluación positiva: estrategia cognitiva que busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la

problemática y a generar pensamientos que favorecen al enfrentar la situación. Esta es evaluada por las preguntas 9, 23, 37, 51, 65, 79, 93.

10. Búsqueda de apoyo social: estrategia comportamental en la cual se expresa la emoción y se buscan alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas. Evaluada por las preguntas 10, 24, 38, 52, 66, 80, 94.
11. Búsqueda de apoyo profesional: estrategia comportamental en la cual se busca el recurso profesional para solucionar el problema o las consecuencias del mismo. Evaluada por las preguntas 11, 25, 39, 53, 67, 81, 95.
12. Religión: estrategia cognitivo-comportamental expresada a través del rezo y la oración dirigido a tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generan ante el problema. Esta es evaluada por las preguntas 12, 26, 40, 54, 68, 82, 96.
13. Refrenar el afrontamiento: estrategia cognitiva que busca conocer más sobre el problema o aclarar la eficacia de las alternativas, antes de enfrentar el problema. Evaluada por las preguntas 13, 27, 41, 55, 69, 83, 97.
14. Espera: estrategia cognitivo-comportamental que busca esperar que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo. Evaluada por las preguntas 14, 28, 42, 56, 70, 84, 92.

5.6.4 Cuestionario de Contenidos Esquemáticos de los Trastornos de la Personalidad (CCETP).

El instrumento utilizado fue el «Cuestionario de Contenidos Esquemáticos de los Trastornos de la Personalidad (CCETP)» (Nora Helena Londoño A., 2003), construido por los investigadores a partir de la propuesta de A. Beck, A. Freeman y otros (1990), para identificar contenidos esquemáticos de los trastornos de la personalidad. La prueba evalúa creencias en cada uno de los trastornos de la personalidad, en cuatro categorías: creencias con relación a sí mismo, a los demás, amenazas percibidas y estrategias interpersonales. El instrumento se encuentra conformado por 29 ítems para evaluar 8 factores;

- Esquema Obsesivo-compulsivo. Evaluado por los ítems 1, 2, 3, 4
- Esquema Obsesivo-exigente. Evaluado por los ítems 5, 6

- Esquema Pasivo-agresivo. Evaluado por los ítems 7, 8, 9
- Esquema Histriónico. Evaluado por los ítems 10, 11, 12, 13, 14
- Esquema Narcisista. Evaluado por los ítems 15, 16
- Esquema Esquizoide. Evaluado por los ítems 17, 18, 19
- Esquema Límite. Evaluado por los ítems 20, 21, 22, 23
- Esquema Paranoide, Evaluado por los ítems 24, 25, 26, 27, 28, 29.

5.7 Procedimiento de recolección de la información

La recolección de la información, inicialmente dio paso a la elaboración del consentimiento informado, posteriormente se han realizado 2 entrevistas individuales a la personería municipal, con el objeto de conocer políticamente el abordaje a esta población, y a la representante de Asociación Mujeres de Familia y Empresarias del Norte de Antioquia, organización a cargo de esta población en el municipio.

Seguido, se ha dado paso a la convocatoria a la población participante que fue conformada por una muestra de 32 personas a las cuales se les aplicaron las pruebas con una durabilidad entre 60 y 120 minutos.

5.8 Plan de análisis

Análisis estadísticos: Se utilizaron análisis estadísticos descriptivos psicométricos para lograr un grado de consistencia y estabilidad de las puntuaciones obtenidas a lo largo de los procesos de medición como instrumento de fiabilidad, adicional a esto, el análisis de medias y desviaciones estándar es una medida de dispersión, que nos indica cuánto pueden alejarse los valores respecto al promedio (media), por lo tanto es útil para buscar probabilidades de que un evento ocurra para determinar entre que rango de valores puede moverse un determinado indicador, los datos que deseamos analizar cumplen los supuestos necesarios establecidos para poder aplicar pruebas paramétricas, por tanto se utilizó la comparación de

medias (ANOVA) ya que son las más indicadas para comparar las medias de una característica entre dos o más grupos.

5.9 Consideraciones éticas

En la ley 1090 de 2006 del Código deontológico del psicólogo en Colombia (2009) en el capítulo VI, habla acerca del uso de material psicotécnico en los siguientes artículos:

Artículo 45. El material psicotécnico es de uso exclusivo de los profesionales en Psicología. Los estudiantes podrán aprender su manejo con el debido acompañamiento de docentes y la supervisión y vigilancia de la respectiva facultad o escuela de Psicología.

Artículo 46. Cuando el psicólogo construye o estandariza tests psicológicos, inventarios, listados de chequeo, u otros instrumentos técnicos, debe utilizar los procedimientos científicos debidamente comprobados. Dichos tests deben cumplir con las normas propias para la construcción de instrumentos, estandarización, validez y confiabilidad.

Artículo 47. El psicólogo tendrá el cuidado necesario en la presentación de resultados diagnósticos y demás inferencias basadas en la aplicación de pruebas, hasta tanto estén debidamente validadas y estandarizadas. No son suficientes para hacer evaluaciones diagnósticas los solos tests psicológicos, entrevistas, observaciones y registro de conductas; todos estos deben hacer parte de un proceso amplio, profundo e integral.

Artículo 48. Los tests psicológicos que se encuentren en su fase de experimentación deben utilizarse con las debidas precauciones. Es preciso hacer conocer a los usuarios sus alcances y limitaciones.

De acuerdo a lo anterior, finalizado el proceso de recolección de la información con la guía y supervisión del asesor encargado, se hizo una devolución a las personas entrevistadas a través de la Asociación Mujeres de Familia y Empresarias del Norte de Antioquia, a través de una memoria.

6. RESULTADOS

6.1 Resultados de análisis de confiabilidad de las pruebas

La tabla 1. Contiene el análisis de confiabilidad de las tres pruebas aplicadas. La primera es el cuestionario de contenidos esquemáticos de la personalidad, la cual puntúa una confiabilidad del $\alpha = 0,892$. Cifra considerablemente alta en comparación con el estándar colombiano el cual osciló entre el 0.68 y el 0.85. La Segunda, es la escala de estrategias de coping – modificada (ee-m), el cual tuvo una consistencia evaluada con el coeficiente α de Conbrach de 0.965, que en comparación con la prueba estándar que es de 0.847, elevó su confiabilidad. En la tercera prueba, el Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional, arrojó $\alpha = 0,667$, valor que no puede ser comparado ya que no se tiene la confiabilidad estándar de la prueba.

Tabla 1. *Análisis de confiabilidad de las pruebas*

Prueba	Alfa de Cronbach	Numero ítems
Cuestionario de contenidos esquemáticos de los trastornos de la personalidad	0,892	29
Escala de estrategias de coping – modificada (eec-m)	0,965	98
Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (mini)	0,667	16

6.2 Resultados descriptivos

A continuación se presentan los resultados encontrados en cada prueba, teniendo en cuenta las variables de edad, sexo, medias y desviaciones estándar que nos permiten tipificar las respuestas acorde con los

grupos etarios a los que pertenecen, además de permitir analizar si el género aporta una manera diferente de respuesta a los eventos observados.

6.2.1 Frecuencias de edad y sexo

Como puede observarse en la Tabla 2, la población víctima de desplazamiento forzado obtuvo en el sexo masculino una frecuencia de 5, mientras que el sexo femenino se destacó con el 27, es decir, que contó con una mayor presencia que evidencia que son más las mujeres desplazadas que los hombres en el municipio de Yarumal.

Las edades fueron divididas en seis grupos conformados de a cinco, a excepción del sexto grupo que son siete. Como puede observarse en la tabla, las edades en meses indican que la variable de personas desplazadas, oscilan entre los 30 y los 80 años. Es de resaltar que los criterios de exclusión que se presentaron en la metodología propuesta, se menciona la no aceptación de menores de edad, sin embargo llama la atención la no asistencia de personas entre los 18 y los 29 años. El total de la frecuencia es de 32 participantes con un porcentaje del 100%.

Tabla 2. *Frecuencias de edad y sexo*

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	27	84,4
	Masculino	5	15,6
Edad en meses	361 a 439	5	15,6
	469 a 580	5	15,6
	590 a 634	5	15,6
	638 a 695	5	15,6
	697 a 750	5	15,6

768 a 846	7	21,9
Total	32	100,0

A continuación se describe la puntuación de la media y la desviación estándar de la edad en meses (tabla 3). La media del sexo femenino es de 610,00, la desviación típica fue de 134,851, la mínima en edad es de 361 y el máximo de 846, es decir, que se encuentra en edades adultas. Mientras que la media masculina es de 747,00, la desviación es de 67,494 que fue menor a la del grupo femenino, y la edad mínima es 638 y la máxima es 810. Dicho de otra manera, la edad mínima a diferencia de las mujeres, es considerablemente mucho más alta, aunque el máximo sea levemente menor.

El total de la media es de 631,41, la desviación estándar es de 135,624, el mínimo de la edad es de 361 y el máximo de 846, edades que concuerdan con la etapa de agudización del conflicto interno reportado en Colombia.

Tabla 3. *Puntuación Media y Desviación estándar de la Edad en meses*

Sexo	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Femenino	610,00	134,851	361	846
Masculino	747,00	67,494	638	810
Total	631,41	135,624	361	846

6.2.2 Resultados esquemas predominantes en la población víctima de desplazamiento forzado (CCETP).

La tabla 4., contiene las puntuaciones medias de los resultados obtenidos de la prueba del cuestionario de contenidos esquemáticos de la personalidad. En la cual, cada esquema detalla el mínimo y el máximo de personas que puntuaron, al igual que la media y la desviación típica.

La puntuación media observada en los esquemas maladaptativos aplicados a esta población presentan valores que, si bien dan cuenta de algún tipo de síntoma como consecuencia de la vivencia de eventos traumáticos, no muestran valores que alcancen la media estandarizada en Colombia, mucho menos la supera. Dicho de otra manera, la prueba aplicada arroja que los valores no son significativos, para considerarse que estos esquemas predominan en esta población.

Tabla 4. Puntuaciones medias obtenidas en cuestionario de contenidos esquemáticos de los trastornos de personalidad

Esquemas Maladaptativos	Min	Máx	Media	Desv. típ.	Baremos estándar
Esquema Obsesivo Compulsivo	7	24	17,84	4,946	36,17
Esquema Obsesivo Exigente	0	12	6,84	3,655	0
Esquema Pasivo Agresivo	0	18	10,69	4,741	37,74
Esquema Histriónico	5	30	18,59	7,02	34,6
Esquema Narcisista	0	12	8,22	3,2	30,09
Esquema Esquizoide	2	18	8,81	4,748	27,58
Esquema Límite	4	24	13,66	5,404	26,68
Esquema Paranoide	1	36	19,91	8,353	31,85

En la tabla 5., puede observarse, que el Esquema Obsesivo Compulsivo obtuvo su porcentaje más alto en un 15,6% con una frecuencia de 5 en la puntuación 20. Así mismo, el Esquema Obsesivo Exigente comparte éste mismo porcentaje y frecuencia en la puntuación 11. Aunque también contiene la puntuación más baja: 0, frecuencia 1 y un porcentaje de 3.1%. Del mismo modo se encuentra el Esquema Pasivo Agresivo y el Narcisista. No obstante este último, cuenta con uno de los porcentajes más altos con un 18,8%, frecuencia de 6 y puntuación de 8. Y por último, entre de los esquemas más sobresalientes se encuentra el Esquema Esquizoide, con un porcentaje de 25% y frecuencia y puntuación de 8.

Tabla 5. Frecuencias de contenidos esquemáticos de los trastornos de la personalidad en población víctima de desplazamiento forzado

Esquema Obsesivo Compulsi			Esquema Obsesivo Exigente			Esquema Pasivo Agresivo			Esquema Histriónico			Esquema Narcisista			Esquema Esquizoide			Esquema Límite			Esquema Paranoide		
Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%
7	2	6,3	0	1	3,1	0	1	3,1	5	1	3,1	0	1	3,1	2	1	3,1	4	1	3,1	1	1	3,1
9	1	3,1	1	1	3,1	2	1	3,1	7	2	6,3	2	1	3,1	3	6	18	5	2	6,3	6	1	3,1
10	1	3,1	2	4	12	3	1	3,1	8	1	3,1	4	2	6,3	4	1	3,1	6	1	3,1	10	2	6,3
12	1	3,1	3	2	6,3	4	1	3,1	10	1	3,1	5	2	6,3	5	1	3,1	8	1	3,1	11	1	3,1
13	1	3,1	4	1	3,1	5	1	3,1	12	1	3,1	6	3	9,4	6	1	3,1	9	3	9,4	12	1	3,1
14	2	6,3	5	3	9,4	6	2	6,3	13	2	6,3	7	3	9,4	8	8	25	10	2	6,3	14	1	3,1
16	1	3,1	6	3	9,4	8	3	9,4	15	1	3,1	8	6	18	9	3	9,4	11	4	12,5	15	2	6,3
17	4	12	7	1	3,1	9	2	6,3	16	2	6,3	9	1	3,1	11	4	12	13	1	3,1	16	3	9,4
18	4	12	8	4	12	10	2	6,3	17	4	12	10	4	12	14	2	6,3	14	2	6,3	18	1	3,1
20	5	15	9	1	3,1	11	2	6,3	18	1	3,1	11	1	3,1	15	1	3,1	15	1	3,1	19	3	9,4
21	1	3,1	10	4	12	12	4	12,5	19	3	9,4	12	8	25	16	1	3,1	16	3	9,4	20	4	12,5
22	3	9,4	11	5	15	13	2	6,3	20	2	6,3				17	1	3,1	17	2	6,3	22	2	6,3
23	2	6,3	12	2	6,3	14	2	6,3	21	1	3,1				18	2	6,3	18	4	12,5	23	1	3,1
24	4	12				15	3	9,4	24	2	6,3							20	3	9,4	24	1	3,1
						16	2	6,3	25	1	3,1							24	2	6,3	25	1	3,1
						17	1	3,1	26	1	3,1										28	1	3,1
						18	2	6,3	27	3	9,4										30	1	3,1
									29	1	3,1										31	2	6,3
									30	2	6,3										32	1	3,1
																					36	2	6,3

6.2.3 Resultados de los trastornos psicológicos predominantes en la población víctima de desplazamiento forzado (MINI)

En la tabla 6. Se muestra que la aplicación de la prueba arroja 11 hallazgos significativos que se enumeran así: Episodio Depresivo Mayor, Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos, Trastorno Distímico, Riesgo de Suicidio, Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Estado por Estrés Postraumático, Abuso y Dependencia de Alcohol, Trastornos Asociados al Uso de Sustancias Psicoactivas No Alcohólicas, Trastorno de Ansiedad Generalizada.

En este sentido, los 3 trastornos con mayor puntuación de la *media* corresponden a la fobia social con una media de 0,63, trastorno Distímico con una media de 0,63 y Episodio Depresivo Mayor con una media de 281. En general se puede decir que estos 3 trastornos son los que más se presentan en la población sujeto de investigación.

Tabla 6. Puntuaciones medias obtenidas en entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI)

Trastornos psicológicos	Mínimo	Máximo	Media	DS
A. Episodio Depresivo Mayor	,0	1,0	,281	,4568
A.1 Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos	,0	1,0	,031	,1768
B. Trastorno Distimico	,0	1,0	,063	,2459
C. Riesgo de Suicidio	,0	1,0	,344	,4826
D. Episodio Hipo (maniaco)	,0	,0	,000	,0000
E. Trastorno de Angustia	,0	1,0	,344	,4826
F. Agorafobia	,0	1,0	,125	,3360
G. Fobia Social	,0	1,0	,063	,2459
H. Trastorno Obsesivo Compulsivo	,0	,0	,000	,0000
I. Estado por Estrés Postraumático	,0	1,0	,156	,3689

J. Abuso y Dependencia de Alcohol	,0	1,0	,031	,1768
K. Trastornos Asociados al Uso de Sustancias Psicoactivas No Alcohólicas	,0	1,0	,031	,1768
L. Trastornos Psicóticos	,0	,0	,000	,0000
N. Bulimia Nerviosa	,0	,0	,000	,0000
O. Trastorno de Ansiedad Generalizada	,0	1,0	,156	,3689
P. Trastorno Antisocial de la Personalidad	,0	,0	,000	,0000

En la tabla 7., se observan los trastornos presentes en la población analizada. Entre ellos se encuentra el Episodio Depresivo Mayor, Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos, Trastorno Distímico, Riesgo de Suicidio, Trastorno de Angustia, Agorafobia, fobia social, Estado de Estrés Postraumático, Abuso y Dependencia de Alcohol, Trastornos Asociados al Uso de Sustancias Psicoactivas No Alcohólicas y Trastorno de Ansiedad Generalizada.

El más relevante es el Riesgo de Suicidio con un 34,4 %. Es decir, que 11 personas presentaron este trastorno. Seguido, está el Episodio Depresivo mayor con un 28,1 %. Es decir, 9 personas lo presentan. Posteriormente, está el Estado por Estrés Postraumático con un 15,6 %, lo que son 5 personas, y por último, está el Trastorno de Ansiedad generalizada también con un 15,6 %, lo que abarca a 5 personas con el trastorno.

Tabla 7. Trastornos psicológicos presentes en la población víctima de desplazamiento forzado

Trastornos psicológicos	Frecuencia %		
	No	Si	%
A. Episodio Depresivo Mayor	No	23	71,9
	Si	9	28,1
Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos	No	31	96,9

	Si	1	3,1
B. Trastorno Distimico	No	30	93,8
	Si	2	6,3
C. Riesgo de Suicidio	No	21	65,6
	Si	11	34,4
D. Episodio Hipo (maniaco)	No	32	100,0
E. Trastorno de Angustia	No	21	65,6
	Si	11	34,4
F. Agorafobia	No	28	87,5
	Si	4	12,5
G. Fobia Social	No	30	93,8
	Si	2	6,3
H. Trastorno Obsesivo Compulsivo	No	32	100,0
I. Estado por Estrés Postraumático	No	27	84,4
	Si	5	15,6
J. Abuso y Dependencia de Alcohol	No	31	96,9
	Si	1	3,1
K. Trastornos Asociados al Uso de Sustancias Psicoactivas No Alcohólicas	No	31	96,9
	Si	1	3,1
L. Trastornos Psicóticos	No	32	100,0
N. Bulimia Nerviosa	No	32	100,0
O. Trastorno de Ansiedad Generalizada	No	27	84,4
	Si	5	15,6
P. Trastorno Antisocial de la personalidad	No	32	100,0

6.2.4 Resultados de los mecanismos de afrontamiento en población víctima de desplazamiento forzado (EEC-M).

En la tabla 8., se observa que el mecanismo de afrontamiento más utilizado por la población es la religión, con una $M = 33,03$, seguido por Refrenar el Afrontamiento, con una $M = 29,06$. Y por último, la Búsqueda de Alternativa con una $M = 28,72$. Los mecanismos de afrontamiento menos utilizados son en su orden: la Reacción Agresiva con una $M = 17,28$., seguido de la Espera con una $M = 24,13$., y la Evitación Cognitiva con una $M = 24,34$.

Tabla 8. Puntuaciones medias obtenidas en la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M)

Estrategias de mecanismos de afrontamiento	Mín	Máx	Media	DS
Búsqueda Alternativa	12	42	28,72	7,243
Conformismo	9	48	27,56	9,253
Control Emocional	5	42	26,94	7,020
Evitación Emocional	7	42	26,13	8,035
Evitación Comportamental	7	42	25,88	8,783
Evitación Cognitiva	7	42	24,34	8,616
Reacción Agresiva	2	42	17,28	10,215
Expresión Emocional Abierta	4	48	26,28	9,952
Reevaluación Positiva	6	37	25,44	7,166
Búsqueda de Apoyo Social	6	42	25,44	9,405
Búsqueda Apoyo Profesional	5	42	24,97	10,139
Religión	6	42	33,03	8,384

Refrenar el Afrontamiento	6	42	29,06	7,833
Espera	1	42	24,13	9,397

6.3 Resultados obtenidos en los instrumentos al comparar las puntuaciones entre hombres y mujeres

A continuación, se describe los resultados obtenidos según su género femenino o masculino, al comparar puntuaciones de acuerdo a lo arrojado en los instrumentos utilizados (CCETP, Trastornos psicológicos, y Mecanismos de afrontamiento) con la población víctima de desplazamiento forzado.

6.3.1 Resultados de los esquemas predominantes en la población víctima de desplazamiento forzado según el género (CCETP).

En la tabla 9. Muestra comparativamente entre hombres y mujeres, los esquemas predominantes. Se observa que el esquema de predominancia es el Esquema Paranoide, utilizado por ambos sexos. Los hombres tienen una puntuación de 17,60., mientras que la de las mujeres es de 20,33. Seguido, el esquema que predomina en los hombres, es el Esquema Obsesivo Compulsivo con una puntuación de 16,20., mientras que para las mujeres es el Esquema Histriónico con 19,26 y el Obsesivo Compulsivo con 18,15. Por último, para los hombres es el Esquema Histriónico la puntuación más baja con 15,00. De acuerdo a estos resultados, tanto en hombres como en mujeres, predominan los mismos esquemas, aunque varía el impacto, siendo este mayor en mujeres, y con un orden de aparición distinto.

Tabla 9. Diferencias de los esquemas entre hombres y mujeres

Esquemas de los trastornos de personalidad	Femenino	Masculino	ANOVA	Sig
--	----------	-----------	-------	-----

Esquema Obsesivo Compulsivo	18,15	16,20	,427
Esquema Obsesivo Exigente	6,89	6,60	,874
Esquema Pasivo Agresivo	11,22	7,80	,141
Esquema Histriónico	19,26	15,00	,218
Esquema Narcisista	8,30	7,80	,756
Esquema Esquizoide	9,44	5,40	,080
Esquema Límite	13,52	14,40	,744
Esquema Paranoide	20,33	17,60	,510

6.3.2 Resultados de los trastornos psicológicos en población víctima de desplazamiento forzado según el género.

La tabla 10., grafica el comparativo de los trastornos de personalidad entre hombres y mujeres. Aunque se observan diferencias, estas no son lo suficientemente significativas para permitir la aparición de una variable de análisis.

Tabla 10. Diferencias de los trastornos psicológicos entre hombres y mujeres

Trastornos psicológicos	Femenino	Masculino	ANOVA Sig
A. Episodio Depresivo Mayor	,259	,400	,536
A.1 Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos	,037	0,000	,674
B. Trastorno Distimico	0,000	,400	,000
C. Riesgo de Suicidio	,407	0,000	,083
D. Episodio Hipo (maniaco)	0,000	0,000	No hay varianza intra-grupo.

E. Trastorno de Angustia	,333	,400	,782
F. Agorafobia	,074	,400	,044
G. Fobia Social	,074	0,000	,545
H. Trastorno Obsesivo Compulsivo	0,000	0,000	No hay varianza intra-grupo.
I. Estado por Estrés Postraumático	,148	,200	,778
J. Abuso y Dependencia de Alcohol	,037	0,000	,674
K. Trastornos Asociados al Uso de Sustancias Psicoactivas No Alcohólicas	,037	0,000	,674
L. Trastornos Psicóticos	0,000	0,000	No hay varianza intra-grupo.
M. Bulimia Nerviosa	0,000	0,000	No hay varianza intra-grupo.
N. Trastorno de Ansiedad Generalizada	,111	,400	,109
O. Trastorno Antisocial de la Personalidad	0,000	0,000	No hay varianza intra-grupo.

6.3.3 Resultados de los mecanismos de afrontamiento en población víctima de desplazamiento forzado según el género.

En la tabla 11., se muestran las diferencias de los resultados de los mecanismos de afrontamiento más utilizados por hombres y mujeres, las cuales se pueden observar en números en rojo. Una de las estrategias de afrontamiento significativa, es la búsqueda de alternativa. Si bien las mujeres puntuaron un 26,96., los hombres un 38,20., lo que debela que esta estrategia es más utilizada por el género masculino. Igualmente, en la búsqueda de apoyo profesional, los hombres puntuaron 37,20., mientras que las mujeres puntuaron 22,70. Podría pensarse que, la manera en que usan la búsqueda de alternativa, es buscando apoyo profesional, y que estas estrategias son destacadas en los hombres.

Tabla 11. Diferencias de mecanismos de afrontamiento entre hombres y mujeres

Estrategias de afrontamiento	Femenino	Masculino	ANOVA Sig
Búsqueda Alternativa	26,96	38,20	,001
Conformismo	26,04	35,80	,028
Control Emocional	25,85	32,80	,040
Evitación Emocional	25,19	31,20	,126
Evitación Emocional	24,37	34,00	,022
Evitación Cognitiva	22,89	32,20	,024
Reacción Agresiva	15,56	26,60	,024
Expresión Emocional Abierta	24,89	33,80	,065
Reevaluación Positiva	24,19	32,20	,019
Búsqueda de Apoyo Social	24,11	32,60	,063
Búsqueda Apoyo Profesional	22,70	37,20	,002
Religión	32,52	35,80	,430
Refrenar el Afrontamiento	27,89	35,40	,047
Espera	22,48	33,00	,019

7. DISCUSION

En la tabla 2 se muestra que el grupo poblacional con el cual se realizó la investigación, se encuentra en un rango de edad entre los 30 a 80 años, en su mayoría mujeres de estrato socioeconómico bajo lo cual se corresponde con lo mencionado por (Andrade Salazar y Sicachá, 2012) en donde al igual que en esta investigación, se observa que en su mayoría, la población desplazada corresponde al género femenino ya que es el género masculino blanco directo de los ataques para eliminación y/o reclutamiento. Esto a su vez muestra que la realidad del municipio se corresponde con la realidad del país, y podría decirse que es el género femenino el que está más predispuesto a desencadenar estos trastornos. Es de aclarar que esto no se debe al género sino que son las mujeres y los niños los que sobreviven a la guerra, pero no escapan de sus repercusiones.

Los resultados de esta investigación obtenidos mediante la aplicación de la entrevista estructurada M.I.N.I. (Mini Internacional Neuropsychiatric Interview), la escala de estrategias de Coping modificado EC-M y el cuestionario de contenidos esquemáticos de los trastorno de personalidad CCE-TP, se orientaron a identificar la presencia de los trastornos mentales según el DSM-IV TR, mientras que el uso de estrategias de afrontamiento, la presencian de perfiles cognitivos asociados a los trastornos de personalidad y los esquemas maldaptativos en la población víctima. La identificación de estas variables, nos permitió describir las características psicológicas de esta muestra.

En primer lugar, en cuanto a la prevalencia de los trastornos mentales, se encontró que existe un alto índice en la presencia de los trastornos del Estado de Ánimo (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar 1 y 2 entre otros), Riesgo de Suicidio y Trastornos de Ansiedad como también los señala Castro Hernandez y Mina Isajar (2008); así mismo en algunos otros estudios se ha encontrado que estos trastornos tienen una alta prevalencia en víctimas de eventos traumáticos (Palacio, 2006). Por dichas razones, el municipio de Yarumal no escapa del estado de cosas inconstitucional que está pasando el país, de manera que la presente investigación lo confirma y aporta en la medida que no solo es una

situación jurídica-política, sino que afecta desde la perspectiva psicológica la salud pública, en tanto se constituye en un factor precursor de enfermedades atendidas con cargo al erario, debido a la responsabilidad que tiene el Estado en la perpetuación del conflicto armado en Colombia.

Respecto a los trastornos del Estado de ánimo, el Riesgo de Suicidio con un 34,4% y el Episodio Depresivo mayor con un 28,1%. Son los trastornos más evidenciados. Estas cifras son considerables y se presentan en más de la mitad de la muestra, y además pueden referirse a los trastornos afectivos (en este caso el riesgo de suicidio y la depresión), lo cual se configura como un factor que puede desatar un riesgo inminente de suicidio; que va desde el desear estar muerto, la propia ideación, hasta el mismo intento. Hechos asociados a crisis existenciales producto de la exposición a hechos de mutilación familiar.

En cuanto al Trastorno por Estrés Postraumático, vemos que prevalece en la muestra de igual forma que el Trastorno de Ansiedad generalizada en un 15,6% cada uno, siendo estos asociados, según diversos estudios a las repercusiones psicológicas que traen consigo los hechos violentos, que en este caso es el desplazamiento forzado. Estos trastornos son la causa de los índices más relevantes en la investigación que fueron referenciados en el párrafo anterior y que hacen parte de los hallazgos referidos en otros estudios (Alejo, 2005), en los que también señalan la prevalencia de éste trastorno en personas víctimas de situaciones traumáticas y violentas como lo son el abuso sexual y la violencia intrafamiliar.

Esto es, por cuanto es una reacción patológica caracterizada por ansiedad (Londoño y otros, 2011) (he ahí la relación que tiene con los primeros trastornos mencionados), que ocurre después de la exposición a un hecho anormal, sorpresivo y cuyo componente principal es el de involucrar peligro de muerte o perjuicio físico o mental, capaz de provocar intenso temor o pánico, disociación de pensamientos y mecanismos evitativos, generados por circunstancias en las que el individuo ha sido testigo de muertes, heridos y amenazas en contra de la vida. .

Estos hechos son los que, como hemos visto, caracterizan la dinámica del desplazamiento, comprendiendo que éste supone condiciones de vulnerabilidad adicionales como lo es el hacinamiento, el vivir en condiciones precarias que generan problemas de salud, el estar expuestos en algunos casos a otros

abusos como por ejemplo la violencia intrafamiliar, el no contar con una estabilidad laboral, entre otras. Todos estos factores, dejan de manifiesto que la población víctima de desplazamiento forzado, está expuesta a situaciones difíciles, tanto antes, como después del desplazamiento.

Del mismo modo, es importante señalar que en el presente estudio se hallaron significativos datos en cuanto a la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad en las personas víctimas de desplazamiento forzado. Esto es porque, se encontró una prevalencia del Trastorno de Ansiedad generalizada con un 15,6 %, y de Agorafobia con un 12,5 % , lo que puede coincidir con la prevalencia marcada del TEPT. Esto indicaría que en condiciones en las cuales una persona siente riesgo inminente, en el caso por ejemplo, las personas que han sido víctimas del desplazamiento, pueden desencadenar la aparición simultánea de trastornos relacionados.

En segundo lugar, los resultados de la variable de Estrategias de mecanismos de afrontamiento arrojan que la población en situación de desplazamiento forzado, utiliza en mayor medida las estrategias de religión con una $M = 33,03$, de Refrenar el Afrontamiento con una $M = 29,06$, y de Búsqueda Alternativa con una $M = 28,72$; mientras que las estrategias menos utilizadas fueron la Reacción Agresiva con una $M = 17,28$, seguido de la Espera con una $M = 24,13$, y la Evitación Cognitiva con una $M = 24,34$. Es preciso señalar que la Búsqueda Alternativa es una de las estrategias activas, que se caracterizan por permitir movilizar la búsqueda de tareas para enfrentar problemas. De la muestra se puede concluir que son más las estrategias pasivas que activas, sin detrimento de que la Búsqueda Alternativa es una de las más utilizadas; lo cual permite y facilita solucionar sus problemas a través de diversas formas.

Hay que tener en cuenta, que estas personas son desplazadas por un Conflicto Armado Interno, de la guerra, de la agresión, y es curioso ver que la Reacción Agresiva es de los mecanismos menos usados. Tal vez se deba a que al ser la guerra quien los desplazó, no están dispuestos a su prolongación, probablemente porque la han sufrido en carne propia, y su manera de afrontarla es optando por una posición pacífica.

En el caso de (Zuleta, 2005) El conflicto armado interno en Colombia, lleva más de medio siglo. Un período donde se ha tenido suficiente tiempo para desplazar a los civiles campesinos y dejar secuelas, que hasta el día de hoy, la marca de la guerra se ve reflejada en cada arruga femenina, en miradas tristes y en caminares pausados. Durante los últimos 10 años aproximadamente, el Estado ha trabajado intensamente para dar punto final a la guerra y el acompañamiento a las víctimas, además de ser objeto de estudio a nivel nacional e incluso internacional, de manera que al traspasar fronteras es un indicio que afecta al mundo. Hoy, todos quieren hacer un trabajo orientado a la exigibilidad de derechos, la construcción o reconstrucción de autonomía, la promoción de la participación activa y de la acción propositiva (Guerra, 2006).

Los trastornos que tienen una mayor frecuencia en la población son los esquemas obsesivos compulsivos, el Esquema Obsesivo Exigente, al igual que el esquema narcisista y esquizoide, y los menos se presentan en la población, son el Esquema Obsesivo Exigente, Esquema Pasivo Agresivo y el Narcisista. Es importante observar que uno de los esquemas se encuentra en ambas partes, lo que puede ocasionar confusión a la hora de interpretar tal información.

Según lo encontrado en esta investigación, la aplicación de la prueba MINI arroja 11 hallazgos significativos que se enumeran así: Episodio Depresivo Mayor, Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos, Trastorno Distímico, Riesgo de Suicidio, Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Estado por Estrés Postraumático, Abuso y Dependencia de Alcohol, Trastornos Asociados al Uso de Sustancias Psicoactivas No Alcohólicas, Trastorno de Ansiedad Generalizada.

En este sentido, los 3 trastornos con mayor puntuación de la *media* corresponden a la fobia social, trastorno Distímico y Episodio Depresivo Mayor. En general se puede decir que estos 3 trastornos son los que más se presentan en la población sujeto de investigación.

Al contrastar lo evidenciado en esta investigación con la teoría, varios autores como Alejo (2005), Londoño Calle y otros (2011), coinciden en afirmar que los trastornos mentales con alto índice de presencialidad son trastornos del estado de ánimo, riesgo de suicidio y trastorno de ansiedad. Esta

información concuerda con lo encontrado en Yarumal. Se muestra que existe una inclinación de la población víctima del desplazamiento forzado en el municipio, a episodios afectivos con una alta inclinación al deterioro social, la ideación suicida recurrente sin un plan específico que conduce al aislamiento de la persona, ocasionando su ingreso en un círculo vicioso, que de no intervenir se puede desembocar en un suicidio efectivo. Adicionalmente, se puede decir que si es población infantil, es más vulnerable a situaciones de abuso.

El trastorno Distímico se presenta con baja autoestima representada en sentimiento de impotencia e inutilidad, conformismo y sentimientos de desesperanza (Castro Hernandez y Mina Isajar, 2008) que lastran a la persona sumiéndola en un estado de mendicidad social con la consecuente pérdida de noción de ciudadanía, incapacidad de exigibilidad de derechos y dependencia de un estado paternalista que termina por destruir su condición de ciudadano.

Además, la fobia social termina por aislarlo, la carga de vergüenza autoimpuesta es un vehículo para la timidez excesiva que se convierte en un rasgo de carácter no natural.

Por otro lado el evento traumático, en este caso el desplazamiento forzado, provoca el trastorno de estrés postraumático y a su vez el trastorno de ansiedad generalizada, ya que todo cuanto vivencia la víctima se convierte en un evento angustioso, lo que es comprensible por el desarraigo (Sandoval, 1998), la vulneración de derechos, la asunción de nuevos roles a los que no estaban acostumbrados ya que no poseen trabajo ni salud y problemas de vivienda, solos en un sitio desconocido, sufriendo duelo por su ser querido, todo esto lleva a un episodio depresivo mayor donde empieza a rumiar en pensamientos negativos ya que no ven esperanza para ellos, con el consecuente riesgo de suicidio (Castro Hernandez y Mina Isajar, 2008), esto se infiere debido al análisis de la escalada en los porcentajes de los datos más relevantes observados en la tabla 7.

Como se mencionó en párrafos anteriores, el hecho de que las personas busquen un soporte espiritual, se debe, en primera medida a tener esquematizada una estructura trascendental que fue coartada, se presenta entonces la necesidad de reconfigurarla nuevamente, pues culturalmente nuestra población está

educada a la búsqueda de un apoyo espiritual, transformándose, junto con la búsqueda de alternativas en los mecanismos de afrontamiento más utilizados.

Los esquemas predominantes encontrados son: Esquema Paranoide, seguido del el Esquema Obsesivo Compulsivo, y por último el Esquema Histriónico. Como fue mencionado en la descripción de los resultados, es curioso observar que tanto en hombres como en mujeres se presentan los mismos esquemas aunque en un orden diferente. Es importante anotar que independientemente de los hechos traumáticos, se resuelve que el sexo es un determinante que configura una asimilación de las situaciones distinta, aunque aparentemente ésta se vea compartida (Roca, 2009).

En cuanto a los trastornos psicológicos, se encontró que en el comparativo entre hombres y mujeres no se hallaron diferencias significativas. Es decir, que en ambos sexos, se presenta una predisposición a los mismos trastornos con una frecuencia similar.

Los mecanismos de afrontamiento más utilizados por ambos sexos son: búsqueda de alternativa y búsqueda de apoyo profesional (Castro Hernandez y Mina Isajar, 2008). Estos son más utilizados por el género masculino, mostrando como resultado que los hombres tienen mejor desarrollado estos mecanismos a la hora de afrontar situaciones, como en este caso, de desplazamiento forzado.

8. CONCLUSIONES

Queda demostrado con suficiencia el estado de vulnerabilidad de la población víctima frente a los trastornos psicológicos, no con ocasión de un evento patognomónico de base sino por el hecho mismo del trauma que han vivido aquellos que han estado en situación de, por decirlo de una manera, prisioneros de una guerra que se constituye en el monstruo en palabras de Mercedes Sosa.

Además de que el desplazamiento forzado es una situación crítica a nivel político, jurídico, sociológico y psicológico, es desde este punto de vista un evento de salud pública de un gran sector de la población colombiana, teniendo en cuenta el número de desplazados que hay en el país (UARIV 2013).

Se constituye en un Estado de Cosas Inconstitucionales. Es decir, la Corte Constitucional se ha pronunciado reiteradamente de forma especial a esta situación, reconociendo mediante esta figura de Estado de Cosas Inconstitucional como el mecanismo para resolver la violación flagrante de una manera masiva, sistemática y estructural, el sin número de Derechos, tanto civiles, sociales, económicos, culturales, políticos, específicamente fundamentales, y normas de Derecho Internacional Humanitario. Con base en la sentencia T-025 de 2004 y posteriores Autos de la Corte Constitucional, se han tomado medidas legales e institucionales para superar este estado. Sin embargo, vista la situación desde un enfoque socio-jurídico, las exigencias de la jurisprudencia y las leyes adoptadas, no han sido suficientemente eficaces para solucionar la crisis, y la atención psicológica adecuada para la población desplazada no escapa a estas insuficiencias; debido a que el Estado no sule la necesidad de un tratamiento psicológico continuo y completo. Aunado a lo anterior, es importante destacar que en el actual proceso de paz, el compromiso de los victimarios con respecto a las víctimas del desplazamiento, no ha quedado claro en lo que atañe al reconocimiento de la verdad con el fin de tener en cuenta los sentimientos, las emociones de las víctimas del conflicto.

Dentro de este grupo vulnerable, se encuentran otros grupos que requieren especial atención al ser los más afectados con el desplazamiento forzado. Estos grupos son las mujeres (cabeza de familia), los niños, la tercera edad, las comunidades afrodescendientes e indígenas, los discapacitados, entre otros.

Debido a que alguna población que sufrió el desplazamiento, eran niños cuando sufrieron este shock, se debe dejar enunciado de manera provocativa la posibilidad del análisis del perfil de profesionales que deben atender este tipo de eventos ya que un análisis regresivo tiene herramientas atractivas como la terapia lingüística que pueden acercar al terapeuta al dominio territorial de génesis del trauma en este periodo de la vida (la infancia).

El espacio que se abre para trabajar sobre la desconfiguración de la dimensión de ciudadanía sufrida por las víctimas del desplazamiento forzado debe permitir ir mucho más allá de la simple instrumentación de los mecanismos de exigibilidad del derecho o de la asistencia paternalista del estado con su consecuente postración ciudadana. Debe ser transversal la reconstrucción del tejido emocional en procura de devolver al ciudadano a su estatus de sujeto de poder desde la autodeterminación y la recuperación de su condición de sujeto de derechos.

Bajo ningún término, la salud mental de las personas víctimas del desplazamiento forzado debe ser tratada de manera superficial porque estos también afectan el organismo a través de la somatización y generan mucha más vulnerabilidad a las enfermedades.

Con la aparición de estos trastornos en la población asentada en Yarumal, no se debe permitir la intermitencia en el abordaje terapéutico ya que los resultados arrojados por el estudio muestran trastornos complejos como la ideación suicida. Se debe prestar atención a lo que está ocurriendo para evitar continuar con la tragedia social.

9. RECOMENDACIONES

Se debe continuar con el análisis técnico-científico que permita una trazabilidad en el comportamiento de los factores de riesgo psicológicos de esta población así como de la enfermedad en quienes ya está establecida como apoyo a la orientación terapéutica en las terapias de restitución de salud mental.

Garantizar la continuidad de la terapia a la población víctima, dado a que se realizan de manera intermitente y con profesionales distintos lo que hace que el tratamiento no tenga los efectos esperados. Es entonces cuando los procesos quedan abiertos, y probablemente generando resistencia a las intervenciones.

Se debe generar espacios de disociación que permitan crear una memoria colectiva compartida, gestión de asociaciones comunitarias para la reconstrucción de identidad territorial y construcción de grupos de terapia de apoyo para que estas personas no se sientan solas y también puedan salir adelante en lo laboral, académico y familiar.

Gestionar la socialización de estos hechos como parte de la historia local para que esta situación no se olvide sino que, honrando la memoria de las víctimas, se transmita a las siguientes generaciones como mecanismo de garantía de no repetición.

Planear un abordaje integral de las condiciones de salud de esta población que permita hacer un aporte a la reconstrucción de su tejido social, su condición de bienestar y la reconfiguración de su identidad política y de sus estructuras conceptuales como sujetos de derecho ya que esta es una de las principales afectaciones que ha sufrido esta población.

10. BIBLIOGRAFIA

- ACNUR. (2013). DÍA MUNDIAL DEL REFUGIADO: INFORME TENDENCIAS GLOBALES. ACNUR, *TENDENCIAS GLOBALES*.
- Agudelo, R., & Guerrero, J. (1973). El sistema psicológico de B. F. Skinner. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 191-216.
- Alejo, E. G. (2005). Aplicación del modelo de estrés postraumático en el estudio del impacto de la violencia sobre la salud mental en población desplazada. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 23-28.
- Amorim, P. (2000). *Mini Internacional Entrevista Neuropsiquiátrico (MINI): validación de una entrevista psiquiátrica estructurada de diagnóstico corta*. São Paulo: Rev. Bras. Psiquiatr.
- Andrade Salazar, J. A., & Sicachá, M. A. (2012). INDICATORS OF INDIVIDUAL AND COMMUNITY MENTAL HEALTH IN WOMEN-HEADED HOUSEHOLDS IN SITUATIONS OF FORCED DISPLACEMENT IN THE DEPARTMENT OF QUINDÍO. *AGO.USB*, 61-75.
- Beck, A., Freeman, A., & otros, Y. (1995). *TERAPIA COGNITIVA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD*. Rhode Island: Paidós.
- Bedoya, M. A. (2013). El desplazamiento forzado en Colombia y su ardua reparación. *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, 169–188.
- Bello, M. N. (2003). El desplazamiento forzado en Colombia: acumulación de capital y exclusión social. *Revista Aportes Andinos*, 1-8.
- Betancourt, J. F. (23 de Julio de 2015). Entrevista a personero municipal. (L. K. Cervantes, Entrevistador)
- Caballo, V. E. (1998). *Manual cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Caicedo Restrepo, N. D. (2010). *INCIDENCIA DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO POR LA VIOLENCIA EN LA VIABILIDAD FISCAL DEL MUNICIPIO EXPULSOR ANTIOQUEÑO*. Medellín: Universidad Nacional.

- Calle, M. (02 de 06 de 2015). Antioquia, Asociación Mujeres de Familia y Empresarias del Norte de Desplazamiento Forzado. (L. K. Cervantes, Entrevistador)
- Camacho, J. M. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Buenos aires: Paidós.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & 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. *Asociación Colombiana de Psiquiatría*, 177–185.
- Carrazana, V. (2002). EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL EN PSICOLOGÍA HUMANISTA–EXISTENCIAL. *Universidad Católica Boliviana*, 1-19.
- Castro Hernandez, N., & Mina Isajar, D. (2008). Estado de Salud Mental y Caracterización Psicológica de Personas Víctimas de Desplazamiento Forzado en la Ciudad de Bucaramanga. *Universidad Pontificia Bolivariana*, 137.
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2009). *DEONTOLOGÍA Y BIOÉTICA DEL EJERCICIO DE LA PSICOLOGÍA EN COLOMBIA*. Bogotá, Colombia: Javegraf.
- Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento –CODHES-, Secretariado Nacional de Pastoral Social. (2006). *Desafíos para Construir Nación; El país ante el desplazamiento, el conflicto armado y lacrisishumanitaria 1995-2005*. Bogotá: CODHES.
- Corporación AVRE. (2006). Aspectos conceptuales, éticos y políticos para la atención integral a la población víctima del desplazamiento forzado, desde un enfoque psicosocial y de salud mental. *Módulo Aspectos psicosociales de la reparación integral.*, 1-9.
- Cortés, A. F. (2013). Conflicto, violencia socioeconómica y desplazamiento forzado en Colombia. *Cuadernos de Economía*, 721-754.
- EFE. (14 de 05 de 2014). El 12 % de la población colombiana vive desplazada, afirma la ONU. *EL TIEMPO*, pág. 1.
- Federación Mundial para la Salud Mental. (1962).

- Fernández Moreno, S. Y., Gómez Builes, M., & López Muñoz, M. C. (2011). *Conversaciones sobre las prácticas investigaciones desde la pregunta por las metodologías críticas en contextos sociales del despojo, destierro y desplazamiento forzado*. Medellín: UdeA.
- Giraldo, G. N. (2001). El Desplazamiento Forzado en Colombia. Reinención de la Identidad e Implicaciones en las Culturas Locales y Nacional. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales.*, 1-22.
- Gómez, A. (s.f.). *Problemas territoriales, migraciones internas y petróleo*. Instituto Amazónico de Investigaciones.
- González Chavarría, A. (2010). Justicia transicional y reparación a las víctimas en Colombia. *Revista Mexicana de Sociología, Vol. 72, No. 4*, 629-658.
- Guerra, C. T. (2006). Desplazamiento Forzado y acompañamiento psicosocial A proposito dla emergencia de nuevos actores políticos. *Univ. Psychol*, 147-162.
- H. Londoño, N., Muñoz, O., Correa, J. E., D. 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*, 493-505.
- Incer, H. B. (2008). Terapia Racional Emotivo - Conductual (TREC). *UNIBE*, 1-6.
- Juárez, F., & Guerra, Á. (2011). Características Socioeconómicas y Salud en Personas Pobres y Desplazadas. *Psicología: Teoria e Pesquisa*, 511-519.
- Ley de Víctimas y Restitución de Tierras. (2011). Bogotá: Prosperidad para todos.
- Londoño Calle, N., Sicachá Espinosa, M. A., & Gonzales Sánchez, J. C. (2011). Posibles manifestaciones del trastorno por estrés post-traumático (TEPT) en adultos desplazados por el conflicto armado del asentamiento “Acacias bajo” en Armenia- Quindío. *Sinapsis*, 172- 185.
- Medina Pacheco, B., Martínez Padilla, S., & Ruiz Medina, A. (2011). ACEPTANDO LAS EXPERIENCIAS FRUSTRANTES EN LA VIDA. *Universidad de Michoacana de San Nicolás de Hidalgo*, 160.
- Mogollón Pérez, A. S., & Vázquez, M. L. (2006). Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado. *Gac Sanit.*, 260-265.

- Montoya, G. V. (2008). La psicoterapia breve humanista y su aplicación en el acompañamiento y la elaboración del duelo para personas en condición de desplazamiento forzado. *Revista Médica de Risaralda*, 9.
- Naranjo Giraldo, G. (2001). EL DESPLAZAMIENTO FORZADO EN COLOMBIA. REINVENCIÓN DE LA IDENTIDAD E IMPLICACIONES EN LAS CULTURAS LOCALES Y NACIONAL. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Scripta Nova.*, 1-22.
- Naranjo, P. (17 de Septiembre de 2014). *Teoría del Estrés y Estrés Post Traumático*. Obtenido de Centrode Evaluación del Estrés: <http://www.stressnervios.org/>
- Nora Helena Londoño A., M. S. (2003). Perfil cognitivo de los estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín-Colombia: un abordaje desde la teoría de la personalidad. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 160-188.
- O.M.S. (1946).
- Ocampo Prado, M., & Forero Ospina, P. A. (2013). Desplazamiento forzado e itinerancias: mujeres reasentadas en la ciudad de Montería. La búsqueda incansable de un territorio de vida. *Tesis Psicológica*, 32-55.
- Palacio, J., Correa, A., Días, M., & Jímenes, S. (2003). Búsqueda de la identidad social. *Investigación y desarrollo*, 26- 55.
- política, R. (3 de 09 de 2014). SOS de ONU por desplazamiento forzado de grupo emberá en Alto Baudó. *EL ESPECTADOR*.
- Restrepo, E. N. (2010). INCIDENCIA DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO POR LA VIOLENCIA EN LA VIABILIDAD FISCAL DEL MUNICIPIO EXPULSOR ANTIOQUEÑO. *Escuela de Planeación Urbano-Regional*, 254.
- Roca, E. (2009). *La terapia racional emotiva (TRE)*, por Elia Roca. Valencia (España): Universidad de valencia.
- Rodríguez, J., De La Torre, A., & T. Miranda, C. (2002). La salud mental en situaciones de conflicto armado. *Biomédica*, 337-46.

- Roldán, G. Z. (19 de septiembre de 2014). *Departamento de Derecho Internacional-Organización de los Estados Americanos, Washington D.C.* Recuperado el 19 de septiembre de 2014, de Los desplazados internos por la violencia: un problema fundamental en Colombia: http://www.oas.org/juridico/spanish/zafra.html#*
- Sacipa, S. (2003). Lectura de los Significados en Historias del Desplazamiento y de una Organización comunitaria por la pAZ. *Univ. Psychol*, 49-56.
- Sánchez, R., & Jaramillo, L. E. (2014). Impacto del Desplazamiento Sobre la Salud Mental. *Universitas Humanistica*, 87-101.
- Sandoval, M. (1998). Desplazados: Una historia sin contar. *Universitas Humanistica*, 33-43.
- Sheehan DV & Lecrubier Y. (2000). *MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW Versión en Español 5.0.0*. Florida, París, Madrid: Copyright.
- Tuirán, R. (2002). *Migración, remesas y desarrollo*. Mexico.
- UNICEF Colombia. (2005). La violencia en Colombia produce el desplazamiento de familias indígenas. *UNICEF*, 1.
- Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). (2013). Informe nacional de Desplazamiento Forzado en Colombia 1985 a 2012. *UARIV*, 60.
- Vásquez, C. (1997). Concepto de conducta Anormal. *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*, 449-469.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.

Estimado(a) señor(a): Le estoy invitando a participar en la investigación “**SALUD MENTAL DE PERSONAS VÍCTIMAS DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO EN YARUMAL.**”, a cargo de **LINDA KATHERINNE PÉREZ CERVANTES**, psicóloga en formación de la Universidad de Antioquia. Usted podrá hacer preguntas en cualquier momento acerca de mi experiencia y conocimientos, y acerca del proceso de evaluación.

1. INFORMACIÓN GENERAL.

El objetivo de esta evaluación es caracterizar el estado de salud mental de las personas víctimas del desplazamiento forzado en el municipio de Yarumal. “Salud Mental de Personas Víctimas del Desplazamiento Forzado” en población Yarumaleña. La evaluación implica la aplicación de la prueba psicológica. Este proceso tomará entre una hora y media a dos horas como máximo (contados a partir de este momento).

2. PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS.

Inicialmente se les dará una breve introducción de lo consiste cada instrumento. Además, se aplicarán las siguientes pruebas:

Escala Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M): Cuestionario autoinforme, con 98 reactivos, que evalúa la forma de afrontar los problemas o situaciones estresantes que se presentan en la vida, además, la escala de calificación tipo Likert caracteriza una posición dimensional y no categorial (1 *nunca* característico en mí a 6 *siempre* característico en mí).

Cuestionario de Contenidos Esquemáticos de los Trastornos de la Personalidad (CCETP): Cuestionario autoinforme, con 29 reactivos, que evalúa los estilos de personalidad basados en los criterios del DSM-IV-TR, pero de escala de calificación tipo Likert que caracteriza una posición dimensional y no categorial (1 *no me describe en nada*, a 6 *me describe perfectamente*).

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.): Cuestionario aplicado por profesional, constan de 19 módulos que exploran 17 trastornos de personalidad del eje I del DSM-IV, que evalúa los estilos de personalidad basados en los criterios del DSM-IV-TR, pero de escala de calificación tipo dicotómico (SI o NO) permite optimizar el tiempo en brevedad.

3. INFORME DE PRUEBAS.

La información relevante de la entrevista y los resultados de las pruebas se ingresarán a la base de datos pertinente a la investigación. Los resultados se revisarán con la supervisión de un asesor profesional. Esta información se conservará en un archivo bajo llave durante al menos siete años.

4. CONFIDENCIALIDAD.

El ejercicio de evaluación y los resultados no se proporcionarán a ninguna otra fuente a menos que usted firme una solicitud formal.

5. COSTO.

Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual, ni tampoco hará o recibirá un proceso de terapia psicológica.

6. EFECTOS COLATERALES.

Aunque la mayoría de los individuos consideran que las pruebas y los procesos de evaluación son interesantes, algunas personas experimentan ansiedad ante las pruebas. No obstante, es poco probable que usted experimente algún efecto adverso de largo plazo como resultado de esta evaluación. Se le anima para que hable acerca de esta experiencia durante el proceso.

7. NEGATIVA A LA EVALUACIÓN.

La mayoría de las personas consideran que el proceso de evaluación psicológica es benéfico. Sin embargo, usted no está obligado a responder las pruebas; puede retirar el consentimiento e interrumpir el proceso en cualquier momento. Si así lo solicita, analizaremos las opciones de canalización para usted.

Firma del participante

Documento de identidad

Linda Katherinne Pérez Cervantes

Psicóloga en formación UdeA

T.I.P. (UDEA): 1.042.769.118

El presente documento se elabora de conformidad como claramente lo establece la **Ley 1090 de 2006** (Por lo cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones), en su **Artículo 2** (DISPOSICIONES GENERALES), **numeral 2** (Competencia), **numeral 4** (Anuncios públicos), **numeral 5** (Confidencialidad), **numeral 8** (Evaluación de técnicas) y **numeral 9** (Investigación con participantes humanos).

El psicólogo está obligado a actuar estrictamente dentro del campo de su competencia profesional. Por consiguiente, el **Artículo 36** (DEBERES DEL PSICÓLOGO CON LAS PERSONAS OBJETO DE SU EJERCICIO PROFESIONAL), **numeral A**, establece que el profesional debe *“hacer uso apropiado del material psicotécnico en el caso que se necesite, con fines diagnósticos, guardando el rigor ético y metodológico prescrito para su debido manejo”*.

Para el adecuado uso del material psicotécnico, el psicólogo se debe fundamentar en el **Artículo 45**, donde *“EL MATERIAL PSICOTÉCNICO ES DE USO EXCLUSIVO DE LOS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA. Los estudiantes podrán aprender su manejo con el debido acompañamiento de docentes y la supervisión y vigilancia de la respectiva facultad o escuela de psicología”*, el **Artículo 46**, donde *“el psicólogo construye o estandariza test psicológicos, inventarios, listados de chequeos, u otros instrumentos técnicos, debe utilizar los procedimientos científicos debidamente comprobados. Dichos test deben cumplir con las normas propias para la construcción de instrumentos, estandarización, validez y confiabilidad”*, el **Artículo 47**, donde *“el psicólogo tendrá el cuidado necesario en la presentación de resultados diagnósticos y demás inferencias basadas en la aplicación de pruebas, hasta tanto estén debidamente validadas y estandarizadas. No son suficientes para hacer evaluaciones diagnósticas los solos test psicológicos, entrevistas, observaciones y registro de conductas; todos estos deben hacer parte de un proceso amplio, profundamente integral”* y el **Artículo 48**, donde se declara que *“LOS TEST PSICOLÓGICOS QUE SE ENCUENTREN EN SU FASE DE EXPERIMENTACIÓN DEBEN UTILIZARSE CON LAS DEBIDAS PRECAUCIONES. Es preciso hacer conocer a los usuarios sus alcances y limitaciones”*.

Por último, este documento se fundamenta en **CAPÍTULO VII. DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, LA PROPIEDAD INTELECTUAL Y LAS PUBLICACIONES**, en el **Artículo 50**, donde *“los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo*

mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes”.

Es fundamental que usted conozca que:

- La participación en este estudio es absolutamente voluntaria.
- Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicación alguna.
- Los temas abordados serán analizados en la investigación, manteniéndose en absoluta reserva los datos personales de la persona entrevistada.

Anexo 2. Instrumento MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional)

Nombre del paciente: _____	Número de protocolo: _____
Fecha de nacimiento: _____	Hora en que inició la entrevista: _____
Nombre del entrevistador: _____	Hora en que terminó la entrevista: _____
Fecha de la entrevista: _____	Duración total: _____

<i>Módulos</i>	<i>Período explorado</i>	<i>Cumple los criterios</i>	<i>DSM-IV</i>	<i>CIE-10</i>
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
			296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	ABUSO DE ALCOHOL	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
	ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

Nombre del paciente: _____ Número de protocolo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Hora en que inició la entrevista: _____
 Nombre del entrevistador: _____ Hora en que terminó la entrevista: _____
 Fecha de la entrevista: _____ Duración total: _____

<i>Módulos</i>	<i>Período explorado</i>	<i>Cumple los criterios</i>	<i>DSM-IV</i>	<i>CIE-10</i>
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
		<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo:			
	<input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

Anexo 3. Escalas de estrategias y afrontamiento

Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M) Identificación de los 12 componentes del análisis factorial, con 98 ítems (Londoño N. H., Henao G. C., Puerta I. C., Posada S. L., Arango D., Aguirre, D. C)

Instrucciones:

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema.

Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes

Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M)	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
1. Trato de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	1	2	3	4	5	6
2. Trato de tener mucha resignación con lo que me sucede	1	2	3	4	5	6
3. Procuero relajarme o tranquilizarme a mi manera	1	2	3	4	5	6
4. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5	6
5. Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1	2	3	4	5	6
6. Procuero no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
7. Descargo mi mal humor con los demás	1	2	3	4	5	6
8. Expreso lo que siento en el momento sin darle importancia a lo que los demás puedan pensar	1	2	3	4	5	6
9. Intento ver los aspectos positivos del problema	1	2	3	4	5	6
10. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1	2	3	4	5	6
11. Procuero conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1	2	3	4	5	6
12. Asisto a la iglesia	1	2	3	4	5	6
13. Espero conocer bien el problema antes de darle solución	1	2	3	4	5	6
14. Espero a que la solución llegue sola	1	2	3	4	5	6
15. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1	2	3	4	5	6

16. No suelo hacer nada concreto para cambiar la situación	1	2	3	4	5	6
17. Me dejo llevar por la emoción del momento	1	2	3	4	5	6
18. Procuo guardar para mí los sentimientos	1	2	3	4	5	6
19. Me vuelco en el trabajo o en otra actividad	1	2	3	4	5	6
20. Intento olvidarme de todo	1	2	3	4	5	6
21. Me comporto de forma hostil con los demás	1	2	3	4	5	6
22. Lloro	1	2	3	4	5	6
23. Intento sacar algo positivo del problema	1	2	3	4	5	6
24. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	1	2	3	4	5	6
25. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1	2	3	4	5	6
26. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1	2	3	4	5	6
27. Espero el momento oportuno para resolver el problema	1	2	3	4	5	6
28. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1	2	3	4	5	6
29. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1	2	3	4	5	6
30. No hago nada frente a los problemas, dado que no depende de mí la solución de los mismos	1	2	3	4	5	6
31. Intento no actuar precipitadamente ni dejarme llevar por mi primer impulso	1	2	3	4	5	6
32. Procuo que los otros no se den cuenta de lo que siento	1	2	3	4	5	6
33. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1	2	3	4	5	6
34. Trato de pensar en otras cosas	1	2	3	4	5	6
35. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1	2	3	4	5	6
36. Me provoca no hacer nada	1	2	3	4	5	6
37. Experimento personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”	1	2	3	4	5	6
38. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1	2	3	4	5	6
39. Procuo hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1	2	3	4	5	6
40. Tengo fe en que Dios remedie la situación	1	2	3	4	5	6
41. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1	2	3	4	5	6
42. No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1	2	3	4	5	6
43. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1	2	3	4	5	6

44. Dejo que las cosas sigan su curso	1	2	3	4	5	6
45. Trato de controlar mi tensión valiéndome de mis propias habilidades	1	2	3	4	5	6
46. Trato de ocultar mi malestar	1	2	3	4	5	6
47. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1	2	3	4	5	6
48. Evito pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
49. Me dejo llevar por mi mal humor	1	2	3	4	5	6
50. Expreso mi tristeza esté solo o Acompañado	1	2	3	4	5	6
51. Pienso que las cosas podrían ser peor	1	2	3	4	5	6
52. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1	2	3	4	5	6
53. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1	2	3	4	5	6
54. Rezo	1	2	3	4	5	6
55. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1	2	3	4	5	6
56. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1	2	3	4	5	6
57. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	1	2	3	4	5	6
58. Me resigno y dejo que las cosas pasen	1	2	3	4	5	6
59. Me digo a mí mismo cosas que me hagan sentir mejor	1	2	3	4	5	6
60. Inhibo mis propias emociones	1	2	3	4	5	6
61. Busco actividades que me distraigan	1	2	3	4	5	6
62. Niego que tengo problemas	1	2	3	4	5	6
63. Me salgo de Casillas	1	2	3	4	5	6
64. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1	2	3	4	5	6
65. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1	2	3	4	5	6
66. Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	1	2	3	4	5	6
67. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1	2	3	4	5	6
68. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1	2	3	4	5	6
69. Asumo que es mejor esperar para aclarar el problema	1	2	3	4	5	6
70. Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1	2	3	4	5	6
71. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1	2	3	4	5	6

72. Tolero pasivamente la situación	1	2	3	4	5	6
73. Me es difícil relajarme	1	2	3	4	5	6
74. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1	2	3	4	5	6
75. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
76. Trato de convencerme que el problema no existe	1	2	3	4	5	6
77. Me agredo física o verbalmente	1	2	3	4	5	6
78. Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1	2	3	4	5	6
79. Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara”	1	2	3	4	5	6
80. Procuero que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
81. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1	2	3	4	5	6
82. Dejo todo en manos de Dios	1	2	3	4	5	6
83. Me doy un tiempo para aclarar la situación	1	2	3	4	5	6
84. Espero que las cosas se vayan dando	1	2	3	4	5	6
85. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1	2	3	4	5	6
86. Me vuelvo muy pesimista con las cosas que me pasan	1	2	3	4	5	6
87. Intento mantener la calma	1	2	3	4	5	6
88. Trato de evitar mis emociones	1	2	3	4	5	6
89. Evito estar en contacto con algo o alguien que tenga que ver con el problema	1	2	3	4	5	6
90. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1	2	3	4	5	6
91. Destruyo o lanzo objetos a raíz de mi mal humor	1	2	3	4	5	6
92. Expreso abiertamente mis emociones	1	2	3	4	5	6
93. Trato de identificar las ventajas del problema	1	2	3	4	5	6
94. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1	2	3	4	5	6
95. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1	2	3	4	5	6
96. Busco tranquilizarme a través de la oración	1	2	3	4	5	6
97. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1	2	3	4	5	6
98. Dejo que pase el tiempo	1	2	3	4	5	6

Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M) Londoño N. H.,
Henao G. C., Puerta I. C., Posada S. L., Arango D., Aguirre, D. C.

Instrucciones:

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (L), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M)		Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
1	Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5	6
2	Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones,	1	2	3	4	5	6
3	Procuró no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
4	Descargo mi mal humor con los demás	1	2	3	4	5	6
5	Intento ver los aspectos positivos del problema	1	2	3	4	5	6
6	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1	2	3	4	5	6
7	Procuró conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1	2	3	4	5	6
8	Asisto a la iglesia	1	2	3	4	5	6
9	Espero que la solución llegue sola	1	2	3	4	5	6
10	Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien	1	2	3	4	5	6
11	Procuró guardar para mí los sentimientos	1	2	3	4	5	6
12	Me comporto de forma hostil con los demás	1	2	3	4	5	6
13	Intento sacar algo positivo del problema	1	2	3	4	5	6
14	Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder	1	2	3	4	5	6
15	Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1	2	3	4	5	6
16	Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1	2	3	4	5	6
17	Espero el momento oportuno para resolver el problema	1	2	3	4	5	6
18.	Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1	2	3	4	5	6
19.	Establezco un plan de actuación y procuró llevarlo a cabo	1	2	3	4	5	6
20.	Procuró que los otros no se den cuenta de lo que siento	1	2	3	4	5	6
21.	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1	2	3	4	5	6
22.	Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1	2	3	4	5	6
23.	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1	2	3	4	5	6
24.	Procuró hablar con personas responsables para encontrar una solución	1	2	3	4	5	6
25.	Tengo fe en que Dios remedie la situación	1	2	3	4	5	6
26.	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1	2	3	4	5	6
27.	No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1	2	3	4	5	6
28.	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1	2	3	4	5	6

29.	Dejo que las cosas sigan su curso	1	2	3	4	5	6
30.	Trato de ocultar mi malestar	1	2	3	4	5	6
31.	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1	2	3	4	5	6
32.	Evito pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
33.	Me dejo llevar por mi mal humor	1	2	3	4	5	6
34.	Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen	1	2	3	4	5	6
35.	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o	1	2	3	4	5	6
36.	Rezo	1	2	3	4	5	6
37.	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1	2	3	4	5	6
38.	Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1	2	3	4	5	6
39.	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	1	2	3	4	5	6
40.	Me resigno y dejo que las cosas pasen	1	2	3	4	5	6
41.	Inhibo mis propias emociones	1	2	3	4	5	6
42.	Busco actividades que me distraigan	1	2	3	4	5	6
43.	Niego que tengo problemas	1	2	3	4	5	6
44.	Me salgo de casillas	1	2	3	4	5	6
45.	Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que	1	2	3	4	5	6
46.	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1	2	3	4	5	6
47.	Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor	1	2	3	4	5	6
48.	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1	2	3	4	5	6
49.	Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1	2	3	4	5	6
50.	Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1	2	3	4	5	6
51.	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1	2	3	4	5	6
52.	Me es difícil relajarme	1	2	3	4	5	6
53.	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1	2	3	4	5	6
54.	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
55.	Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1	2	3	4	5	6
56.	Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara”	1	2	3	4	5	6
57.	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito	1	2	3	4	5	6
58.	Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a	1	2	3	4	5	6
59.	Dejo todo en manos de Dios	1	2	3	4	5	6
60.	Espero que las cosas se vayan dando	1	2	3	4	5	6
61.	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1	2	3	4	5	6
62.	Trato de evitar mis emociones	1	2	3	4	5	6
63.	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1	2	3	4	5	6
64.	Trato de identificar las ventajas del problema	1	2	3	4	5	6
65.	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los	1	2	3	4	5	6
66.	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1	2	3	4	5	6
67.	Busco tranquilizarme a través de la oración	1	2	3	4	5	6
68.	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1	2	3	4	5	6
69.	Dejo que pase el tiempo	1	2	3	4	5	6

Anexo 4. Cuestionario de contenidos esquematicos

CUESTIONARIO DE CONTENIDOS ESQUEMÁTICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, CCE-TP

N.H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schnítter, A. Ferrer, L. Chaves, D. Castrillón (2003).

Grupo de Investigación Estudios Clínicos y Sociales en Psicología

Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia.

Instrucciones:

A continuación se presentan diferentes afirmaciones que reflejan las formas de comportamiento de personas en su vida cotidiana. Las creencias y formas de comportamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación. Responda, señalando con una X el número que mejor indique su forma de pensar o de comportarse. Tenga en cuenta la siguiente valoración que usted dará a sus respuestas:

1	2	3	4	5	6
No me describe en nada	Me describe mínimamente	Me describe un poco	Me describe moderadamente	Me describe mucho	Me describe perfectamente

1. Busco orden y reglas, para que las tareas se realicen bien	1	2	3	4	5	6
2. Tiendo a ser meticuloso, para que todo funcione bien	1	2	3	4	5	6
4. Los detalles son extremadamente importantes	1	2	3	4	5	6
5. Creo que los demás tienden a ser demasiado descuidados	1	2	3	4	5	6
6. Pienso que los demás son irresponsables y demasiado autocomplacientes	1	2	3	4	5	6
7. Considero que las personas con autoridad son muy controladoras	1	2	3	4	5	6
8. Creo que las personas con autoridad tienden a ser intrusas y entrometidas	1	2	3	4	5	6
9. Ser controlado o dominado por los demás es intolerable	1	2	3	4	5	6
10. Considero que soy una persona muy agradable y atractiva	1	2	3	4	5	6
11. Pienso que los otros me admiran	1	2	3	4	5	6
12. Las personas son especiales conmigo	1	2	3	4	5	6
13. Soy una persona encantadora e irresistible	1	2	3	4	5	6
14. Soy una persona demasiado especial	1	2	3	4	5	6
15. Es intolerable que no se me tenga el debido respeto	1	2	3	4	5	6
16. Me incomoda mucho no conseguir aquello a lo que creo tener derecho	1	2	3	4	5	6
17. Siento que las relaciones limitan mi libertad	1	2	3	4	5	6
18. Me incomoda sentir que tengo compromisos con las personas	1	2	3	4	5	6
19. Evito tener compromisos con los demás	1	2	3	4	5	6
20. No soporto el aburrimiento	1	2	3	4	5	6
21. Es horrible que las personas no sean amigables conmigo	1	2	3	4	5	6
22. Es terrible que la gente me ignore	1	2	3	4	5	6
23. No tolero la soledad	1	2	3	4	5	6
24. No confío en otras personas	1	2	3	4	5	6
25. Soy una persona desconfiada	1	2	3	4	5	6
26. Estoy constantemente en guardia	1	2	3	4	5	6
27. Tiendo a ser receloso y desconfiado	1	2	3	4	5	6

28. Estoy alerta para que los demás no traten de usarme o manipularme	1 2 3 4 5 6
29. Soy suspicaz	1 2 3 4 5 6

