

Posibles manifestaciones del trastorno por estrés post-traumático (TEPT) en adultos desplazados por el conflicto armado del asentamiento “Acacias bajo” en Armenia- Quindío¹

Natalia Londoño Calle²
Maira Andrea Sicachá Espinosa³
Juan Carlos Gonzales Sánchez³

Recepción: 14 de julio de 2011

Aceptación: 22 de septiembre de 2011

Citación:

Londoño, N., Sicachá, M., & González, J. (2011). Posibles manifestaciones del trastorno por estrés postraumático en adultos desplazados por el conflicto armado del asentamiento “Acacias Bajo” en Armenia - Quindío. Sinapsis 3 (3), 172- 185.

Resumen

En el presente estudio se describen las posibles manifestaciones del trastorno por estrés post-traumático (TEPT) en 10 adultos entre los 22 y 55 años en situación de desplazamiento forzado del asentamiento “Acacias Bajo” en Armenia. Para ello se realizó una entrevista estructurada y se aplicó la Escala de Trauma de Davidson (Davidson & Cols, 1999). De igual manera, se logró identificar que el 60% de la población estudiada manifiesta síntomas de TEPT con una gravedad superior a leve y el 70% presenta una frecuencia entre A veces y a diario, lo que indica que a mayor Frecuencia mayor Gravedad. Por tanto, a partir de los resultados obtenidos, se sugiere identificar en estas poblaciones los factores de riesgo y las características básicas de su salud mental, debido a su vulnerabilidad a desarrollar posibles patologías mentales.

Palabras Claves: Desplazamiento forzado, Frecuencia, Gravedad, Trastorno por estrés postraumático,

Abstract

The main aim of this study was to describe the possible signs about Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in 10 adults on ages from 22 through 55 years, victims of Forced Displacement who are located in “Acacias Bajo” neighbourhood in Armenia. They answered a questionnaire in which the

¹ Este artículo es resultado del proyecto: “Situación actual de los desplazados en el departamento del Quindío” Universidad De San Buenaventura – Convenio con la Fundación Universitaria San Martín, sede Armenia. Grupo de investigación Psodelica.

² Estudiante Investigadora de décimo semestre del programa de psicología, en convenio entre la Universidad De San Buenaventura seccional Medellín y la Fundación Universitaria San Martín, sede Armenia. natica_ams@hotmail.com

³ Estudiante Investigador de décimo semestre del programa de psicología, en convenio entre la Universidad De San Buenaventura seccional Medellín y la Fundación Universitaria San Martín. Sede Armenia

Davidson Trauma Scale (Davidson & Cols, 1999) was applied. In the same way it was possible to identify that 60% of the population studied shows symptoms of PTSD with a severity higher to low and the 70% presented with a frequency between Sometimes and Every day, indicating that greater frequency at higher severity. Therefore, from the results, it is suggested in these populations to identify risk factors and basic characteristics of their mental health because of their potential vulnerability to develop mental disorders.

Key Words: forced displacement, frequency, seriousness, Post-Traumatic Stress Disorder.

Introducción

A partir del desplazamiento forzado, se generan grandes índices de pobreza, desempleo, maltrato, desnutrición, entre otros factores, que disminuyen la calidad de vida de las personas afectadas; sufriendo así, una fuerte desestructuración debido a la ruptura que tienen con la cotidianidad de la cual hacían parte, generando grandes cambios en la esfera personal, familiar y social (CODHES, 2000). Además de lo anterior, el desplazado se ve enfrentado a la exclusión, señalamiento y estigmatización social en las ciudades receptoras frente a su situación. (Andrade, 2011)

En Colombia el fenómeno del desplazamiento se ha presentado en las últimas tres décadas debido al conflicto armado interno que vive el país (Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud Colombia, 2001). Se calcula que en los últimos 25 años, por lo menos 5.195.620 personas y 1.039.124 hogares han sido desplazados en Colombia por razones de violencia; por ende, entre 1985 y 2010 en promedio cada año 208.000 personas fueron obligadas a cambiar de lugar de residencia porque su vida, su integridad física y su libertad se vieron vulneradas o seriamente amenazadas. (CODHES, 2011).

Asimismo, durante el año 2010, un total aproximado de 280.041 personas y alrededor de 56.000 hogares fueron desplazadas en Colombia por causa del conflicto armado y otras manifestaciones de violencia política y social; evidenciando la crisis humanitaria y de derechos humanos asociada a la intensificación de la guerra irregular en varias regiones del país (Boletín número 77, 2011). En relación al Departamento del Quindío, en 2010, 24.166 personas en condición de desplazamiento llegaron a los diferentes municipios del departamento en busca de nuevas oportunidades y protección para sus familias. (Acción Social, 2011).

La situación de desplazamiento genera en la población afectada diversas reacciones tanto físicas como psicológicas que conllevan al deterioro de su calidad de vida. Generalmente se asientan en sitios que no reúnen los requisitos mínimos de salubridad, se exponen a sufrir; afecciones cardiovasculares, dermatológicas, respiratorias, digestivas y/o psicológicas como: angustia, irritabilidad, tristeza, culpabilidad, cansancio desproporcionado, entre otras (OPS & OMS. 2001, citado en OPS, 2006). En consecuencia la población desplazada experimenta niveles de morbilidad altos, una disminución en su expectativa de vida, y vulnerabilidad a desarrollar desórdenes mentales tales como; depresión, trastorno de

ansiedad, ideación suicida, trastorno bipolar, crisis de pánico, consumo de sustancias psicoactivas y trastorno por estrés post-traumático (Schnurr, 1996. Citado por Alejo, 2007).

Uno de los posibles desórdenes mentales que puede afectar a la población desplazada es el trastorno por estrés post-traumático, el cual puede presentar los siguientes síntomas: temor, pérdida de autoestima, paranoia, proceso de culpabilizar o culpabilizarse, deseo de venganza, asumir rol de víctima, empeoramiento de las condiciones de vida, desarraigo cultural, ruptura de redes sociales y afectivas, cambio en los roles de las familias, entre otras (Falla & Cols, 2003: 4). Este trastorno puede sobrevenir luego de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, que puede ser vivenciado por el individuo de manera directa, o bien puede conocer del hecho a través de otra persona cercana al mismo (Echenique & Cols, 2008).

Asimismo, 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. Además sus manifestaciones psíquicas corren el riesgo de agravarse y volverse secuelas permanentes, al confrontarse frecuentemente con la necesidad de adaptarse a la pérdida y a lo nuevo (OPS, 2006: 15).

El objetivo del presente trabajo es identificar las posibles manifestaciones del trastorno por estrés post-traumático (TEPT) en adultos desplazados por el conflicto armado del asentamiento “Acacias Bajo” en Armenia- Quindío. Para ello se realizó una entrevista estructurada y se aplicó la Escala de Trauma de Davidson, (Davidson & Cols, 1999) empleándose una semana para este procedimiento.

Materiales y métodos

Esta investigación es de tipo Descriptiva - Cuantitativa. En ella se pretende identificar y describir las posibles manifestaciones del trastorno por estrés post-traumático (TEPT) en 10 adultos en situación de desplazamiento forzado, del asentamiento “Acacias Bajo” en Armenia, Quindío. Estos adultos hacen parte de 80 familias que llegaron a la ciudad por diferentes tipos de desplazamiento como: desastres naturales, búsqueda de mejores condiciones de vida y desplazamiento forzado por grupos al margen de la ley (asesinato de un familiar y arrebato de tierras como objetivo militar). La selección de los participantes se basó en características de edad y haber experimentado un hecho traumático causado por el conflicto armado.

Para describir las posibles manifestaciones del TEPT en esta población, se empleó una entrevista estructurada, con la cual se recopiló información sobre datos sociodemográficos

como: edad, sexo, estado civil, número de hijos u otras personas a cargo, tipo de vivienda, nivel de ingresos y hábitos tóxicos.

Continuando con la recopilación de información, se aplicó la Escala de Trauma de Davidson (DTS), la cual está diseñada para valorar la frecuencia y gravedad de los síntomas del TEPT en sujetos que han sufrido un evento estresante. Sus ítems se basan en los criterios del DSM-IV (criterio B ítems 1-4 y 17, criterio C ítems 5-11 y criterio D ítems 12-16). Consta de 17 ítems; los relacionados a intrusión y evitación hacen referencia al acontecimiento estresante, mientras que los de embotamiento, aislamiento e hiperactivación sólo valoran la presencia o ausencia de los mismos.

Cada ítem se evalúa mediante una doble escala: una de frecuencia y otra de gravedad. La escala de frecuencia ofrece cinco posibles respuestas (nunca, a veces, 2-3 veces, 4-6 veces, a diario) que puntúan de 0 a 4 y la escala de gravedad presenta también cinco posibles respuestas (nada, leve, moderada, marcada, extrema), que se puntúan de igual forma que la anterior.

Se pueden obtener tres resultados distintos: la puntuación total que corresponde a la suma de todos los ítems y la puntuación de las escalas de frecuencia y gravedad que corresponden a la suma de las respuestas de cada subescala. El rango de las subescalas de frecuencia y gravedad es de 0 a 68 puntos y el del total de la escala de 0 a 136. A mayor puntuación mayor gravedad y/o frecuencia. Los autores proponen como punto de corte más eficiente los 40 puntos.

Se le expresó a los participantes que la información recolectada sería estrictamente confidencial y con fines netamente académicos. Asimismo, se resolvieron posibles dudas con respecto al contenido de la escala, explicando qué evaluaba cada ítem. Posteriormente, se entregó a cada persona un consentimiento informado y tras la firma se procedió a aplicar estos instrumentos. Al encontrarse que la mayoría de los sujetos tenían dificultades para responder adecuadamente a los distintos ítems, se decidió que estos fueran diligenciados por los propios investigadores con cada sujeto de manera individual.

Finalmente, la información fue tabulada y analizada a través del programa Excel, tomando, el 100% de la población realizaba actividades en cuenta los porcentajes prevalentes y su correlación estadística (datos agrupados, gráficos de frecuencia etc.).

Resultados

Mediante la obtención de información, se encontró que los sujetos se encuentran en un rango de edad entre los 22 y 54 años con un promedio de 32 años. El 80% son mujeres y 20% hombres. En cuanto al estado civil, se encontró que el 50% vive en unión libre, 30% están casados y 20% separados. Respecto a la tipología familiar, el 50% hace parte de una familia nuclear, 30% a una extensa y 20% monoparental. El promedio de hijos por cada persona encuestada es 3.

Referente al nivel educativo, se identificó que el 32% de la población lee y escribe, el 27% estudió básica primaria y un 9% algún grado de secundaria. En relación a la ocupación anterior a la situación de desplazamiento se encontró que el 100% de la población, se dedicaba a actividades agrícolas. Acerca de los hábitos tóxicos el 50% de la población fuma y otro 50% ingiere bebidas alcohólicas. En cuanto al recibimiento de apoyo, se encontró que el 50% afirma recibir algún tipo de apoyo, indicando la procedencia del mismo: 34% por parte de la pareja, 8% familia y 8% del estado; este apoyo es en un 19% de tipo económico, 16% de tipo espiritual y 15% de tipo emocional.

En cuanto los resultados obtenidos en la Escala del Trauma de Davidson (DTS), se encontró, respecto a la presencia de imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento, que el 50% los ha presenciado con una frecuencia de *A Veces* y una Gravedad *Extrema en un 40%*. Cabe señalar que el 40% de la población afirma *A Veces* haber tenido pesadillas sobre el acontecimiento, equivalente a un 20% de Gravedad *Extrema*, 10% *Moderada* y un 10% *Leve*. Siguiendo así, el 50% manifiesta *A veces* sentir que el acontecimiento está ocurriendo de nuevo correspondiente a una Gravedad *Moderada* del 20%, *Marcada* 10%, *Leve* 10% y *Nada* 10%. Por otro lado, el 40% de la población afirma *Nunca* haberle molestado algo que le recordara el acontecimiento, siendo proporcional a la gravedad *Nula*.

En relación a las manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento como sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea el 60% de la población manifiesta *A veces* haber tenido alguno de estos síntomas y un 40% afirma que la Gravedad de estos síntomas es *Moderada*. Respecto a la evitación de algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento el 40% *Nunca* los ha evitado, correspondiendo a una Gravedad *Nula* para el 40%. Referente a la evitación de hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento, el 40% de la población manifiesta que *A veces* los ha evitado, lo cual corresponde en un 40% a una Gravedad *Moderada*.

Asimismo, el 40% de la población *A veces* ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento, siendo la Gravedad de este *Nula* para el 40% de la población. Cabe resaltar que el 40% de la población *A Diario* ha tenido dificultad para disfrutar de las actividades que antes realizaban con una gravedad *Moderada en el 30%*. Continuando, con el 40% que *A diario* se ha sentido distante o alejado de la gente, manifestando una Gravedad *Leve* del 30%. Respecto a la incapacidad de tener sentimientos de tristeza o de afecto el 40% de la población afirma presentarlos *A diario* con una Gravedad *Nula* de un 40%. El 30% de la población *A veces* ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos, correspondiente a una Gravedad *Marcada* en un 40%.

Acerca de la dificultad para iniciar o mantener el sueño el 40% de la población los ha presenciado *A diario*, teniendo una Gravedad *Nula* de un 50%. Del mismo modo el 40% de la población *Nunca* ha estado irritable o ha tenido accesos de ira, con una Gravedad *Nula* en un 40%; el 50% de la población *A veces* ha tenido dificultades de concentración, con una

Gravedad *Leve* del 40%; igualmente el 70% de la población *A veces* se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o ha permanecido «en guardia», correspondiente a una Gravedad *Moderada* en un 30%; finalmente, el 60% de la población *A veces* ha estado nerviosa o se ha asustado fácilmente con una Gravedad *Leve* del 50%.

A partir de los resultados obtenidos, se logró concluir que el 60% de la población presenta una Gravedad de los síntomas de TEPT mayor que *Leve* y los síntomas del trastorno se presentan en un 70%, con una frecuencia entre *A veces* y *A diario*. En cuanto a la Frecuencia y la Gravedad de los síntomas del TEPT se obtuvo una correlación del 95%, es decir que están altamente relacionados. Referente a la ponderación de la Escala del Trauma de Davidson, se obtuvo que la respuesta promedio es de 1 (*A veces*) en cuanto a Frecuencia y *Leve* para la Gravedad.

Del mismo modo, se identificó que lo máximo que puede variar la Frecuencia y Gravedad de los síntomas en la población estudiada es de 1,5 y lo mínimo que puede variar es de 1,22; por consiguiente, la variabilidad exacta es de 0.7. Igualmente, se obtuvo que el 20% de la población puede manifestar una Frecuencia y Gravedad de los síntomas de TEPT entre *Nunca - A veces* (Frecuencia) y *Nada - Leve* (Gravedad). Así mismo, un 80% puede presentar estos síntomas en un nivel igual o mayor a una Frecuencia de 2 – 3 veces y una Gravedad igual o mayor a *Moderada*.

Finalmente, en la aplicación de la Escala del Trauma de Davidson, se obtuvo que el error respecto a la media es de 0.9048%, el cual se ubica entre los intervalos de confianza (0,0952; 1,9048); por ende el nivel de aceptación de la aplicación de la prueba es de 99.09%.

Discusión de resultados

A partir de los resultados obtenidos, se encontró que el 80% de los encuestados son mujeres, lo que desde una perspectiva de género posiblemente las convierte en una población más vulnerable, puesto que los efectos del desplazamiento forzado podrían presentar rupturas y pérdidas más fuertes para ellas (Informe ACNUR, 2000 citado por Forero, 2003), relacionadas con el asesinato y/o reclutamiento de hombres por grupos al margen de la ley o en algunas ocasiones por el abandono de la jefatura del hogar por la situación actual. A raíz de estas de situaciones se ven obligadas a buscar nuevas oportunidades, con el fin de reconstruir sus vidas alejadas del temor que genera el conflicto armado (Andrade, 2011).

En cuanto a la percepción sobre el recibimiento de apoyo y relacionándolo con los resultados obtenidos, Tajfel (1984) menciona que, el apoyo existente durante el proceso de llegada y asentamiento se puede establecer de diferente manera, ya que los motivos de interacción con las personas desplazadas se rigen por categorías sociales diferentes. (Tajfel, 1984; Doise, 1990 citados por Riaño, 2006: 132). Respecto al Estado se encuentra que el apoyo socioeconómico está reglamentado por tres meses una vez ocurrido el

desplazamiento y que pueden ser prorrogables por tres más, buscando que el desplazado restablezca su capacidad de generar ingresos para la satisfacción de sus necesidades básicas. (Ibáñez & Moya, 2007).

Referente a los demás apoyos (Familiar y de Pareja), se debe tener en cuenta la forma como la población se ha adaptado al lugar de asentamiento y las percepciones que tienen de este acerca de las carencias y satisfacciones frente a la obtención de recursos para el cubrimiento de sus necesidades básicas, que en la mayor parte son suplidas por familia y amigos quienes se colaboran entre sí dependiendo de la ubicación geográfica al lugar de vivienda; siendo en su mayoría un apoyo de tipo económico, emocional y espiritual. (Lozano & Cols, 2004)

Asimismo, el 50% de la población refiere haber reexperimentado el hecho traumático mediante imágenes, recuerdos, pesadillas o pensamientos dolorosos del acontecimiento; generando en muchas ocasiones en ellos crisis de ansiedad ante diferentes estímulos que reviven el acontecimiento traumático, causando en la mayoría gran malestar, lo que conlleva a conductas evitativas ante emociones intolerables para no recordar todo aquello que le genera angustia como personas, lugares, pensamientos, actividades, etc. (De la Garza, 2010). Relacionándose con el 60% de la población que refiere manifestar la reexperimentación del hecho traumático a través de síntomas físicos como, sudoración, temblores, taquicardia, entre otros; los cuales dependen de la intensidad y gravedad de los recuerdos, que posiblemente generan diferentes manifestaciones psicológicas que pueden perdurar, incrementarse o fácilmente dar paso a otras actitudes adaptativas.

De acuerdo a esto, Castaño (1994, Citado por Bello, 2004) menciona que las manifestaciones emocionales observadas en personas en circunstancia de desplazamiento se derivan del miedo y el riesgo que obligaron a desplazarse, de la pérdida de lo que quedó atrás y que constituyó hasta ese momento el proyecto vital de cada cual. Así, se siente rabia, miedo, tristeza, nostalgia, impotencia, vergüenza, desamparo y desubicación vital, lo cual puede dar como resultado la aparición de síntomas psicológicos (ansiosos y depresivos), que pueden derivar en trastornos mentales. Por consiguiente, el 30% de los participantes en su diario vivir tienden a evitar cualquier situación que les genere pensamientos o sentimientos sobre su situación de desplazamiento, pues al comparar su situación actual con el estilo de vida al que estaban acostumbrados, se obstaculiza su proceso de adaptación y reestructuración social, debido a los sentimientos producidos por el deseo de recuperar lo que les ha sido despojado.

En contraste a los criterios diagnósticos para el TEPT, se encontró que el 40% de la población estudiada no presenta incapacidad para recordar aspectos importantes del hecho traumático; aunque ha transcurrido tiempo desde su desplazamiento y eviten recordar imágenes de lo sucedido es inolvidable para ellos y continuamente están presentes estos pensamiento y/o sentimientos debido a las situaciones diarias a las que deben enfrentarse en su nuevo entorno; ya que en la ciudad a diferencia del campo no cuentan con la misma disponibilidad de recursos para sobrevivir debido a los cambios en su estilo de vida, lo cual se ve reflejado continuamente en el lugar de asentamiento debido a la modificación de

normas, límites y actividades que definen sus roles en los grupos de pertenencia (Riaño, 2006).

Asimismo estas circunstancias en el 40% de la población ha producido una reducción del interés para disfrutar de las cosas y la participación en actividades significativas, pues en su situación de desplazamiento y reestructuración de su personalidad no encuentran una identificación social estable, relacionándose a la sensación de desapego o enajenación frente a los demás representada en el 40% de la población; que puede incrementarse por la exclusión y los imaginarios sociales, los cuales disminuyen su autoestima y las concepciones sobre sí mismo alterando su condición psicológica; este malestar emocional puede ser consecuencia no sólo de la situación de desplazamiento sino también de las diversas pérdidas y la falta de elaboración de sus respectivos duelos, incrementándose por la presión generada ante los múltiples cambios que deben afrontar durante el proceso de ubicación y asentamiento en los nuevos contextos (Camilo, 2000 Citado por Bello, 2004).

De igual manera, se encontró que el 40% de la población manifiesta dificultad para tener sentimientos de tristeza, afecto y amor, provocando en ellos gran embotamiento emocional, al sentir que muchas de sus emociones pierden significación y se transforman en algo indiferente y distante, muchas veces ignorados por la misma situación en la que se encuentran. Según Alejo (2007) uno de los primeros signos o síntomas psicológicos en la población desplazada es el miedo caracterizado por la inhibición en la expresión de sentimientos, la desconfianza, la indefensión y la evitación de todo lo relacionado con su pasado. Asimismo, el embotamiento emocional incrementa la irritabilidad y explosiones de ira, que afectan de forma significativa las dinámicas sociales, lo que llevaría a un decremento en las interacciones y a la vez un cambio en el apoyo proporcionado por sus grupos primarios al implementar estrategias de afrontamiento ante el evento traumático (Fernández, Rodado y De La Rosa, 2003; citados por Rodríguez & Cols, 2005).

De igual modo se identificó que el 30% de la población presenta dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos; pues no creen encontrar posibilidades que les aseguren una estabilidad futura, debido a la interrupción en su plan de vida, al modificar las condiciones a las que estaban acostumbrados. Relacionándose con una dificultad para proyectarse en el futuro, además de la sensación de autoabandono y los problemas para rearticularse dentro de un tejido social. El miedo, y todas las emociones unidas a él, son el reflejo de los eventos traumáticos vividos por la población, esto es, los hechos que han puesto en peligro sus vidas o las de otras personas y que generan cambios importantes en el comportamiento, cogniciones y emociones, al punto de producir un gran malestar psicológico y dificultades para desarrollar actividades normales, así como para planear el futuro y desempeñarse productivamente dentro de una comunidad. (Alejo, 2007: 624)

Por tanto su situación de desplazamiento y el vivir en lugares de paso o asentamientos donde se observa hacinamiento, confrontan al desplazado con un proceso de reajuste en un contexto cambiado y con condiciones que contrastan con el pasado personal y familiar en lo social y económico o, en el caso del retorno, hasta con las amenazas vividas anteriormente.

A veces, esta fase no se lleva a cabo de forma satisfactoria por la espera de soluciones duraderas y se complica en temas como derechos de propiedad de bienes, así como tierras o derechos indígenas. (Norwegian Refugee Council, 2006 citado por OPS & OMS, 2006). Por ende, la condición de hacinamiento en los lugares de asentamiento no sólo representa incomodidad, sino también pérdida de privacidad por el uso del espacio y en muchos casos genera conflictos y deteriora relaciones, debido a que se ven obligadas a vivir con familiares o vecinos, situación que desencadena enfrentamientos por los diferentes estilos de vida. (Bello, 2004: 3).

A partir de esta situación se generan síntomas persistentes de hiperactivación como lo afirma el 40% de la población en la dificultad para iniciar o mantener el sueño, lo que se relacionada con estados de irritabilidad o accesos de ira en un 30% de la población. Además de la dificultad de concentración presentada en un 50% de los encuestados y altos niveles de Hipervigilancia en un 70%, seguido de respuestas exageradas de sobresalto en un 60% sintiéndose fácilmente nerviosos y asustados. Lo cual se relaciona con lo mencionado por Abraham Kardiner (1941) quien fue el primero en dar descripciones en detalle sobre los efectos de los eventos traumáticos de la guerra; acuñando el término de “neurosis traumática”, afirmando que existía una alteración psicobiológica crónica en dicho padecimiento; ya que una variedad de factores desencadenantes pueden permitir que se precipiten reacciones extremas en dos niveles diferentes; la primera en respuesta a recuerdos del evento traumático y la segunda en respuesta a estímulos intensos pero neutrales, como los ruidos fuertes, produciendo en el sujeto un estado de alerta constante. (Citado por Palacio & Heinze, 2002: 62).

De igual manera, se logró identificar que la población estudiada manifiesta síntomas de TEPT con una Gravedad superior que Leve en el 60% de la población y en el 70% se presenta con una frecuencia entre A veces y A diario. Asimismo se comprobó que existe una alta correlación entre ambas variables, lo que indica que a mayor Frecuencia mayor Gravedad.

Estas manifestaciones físicas y psicológicas, conllevan a estados que generan episodios de reexperimentación del hecho traumático; siendo el causante principal de la agudización del cuadro clínico y la posible comorbilidad con otros trastornos, ya que si las condiciones de vulnerabilidad se mantienen, es muy probable que la respuesta adaptativa a estas sea la depresión, la manía, y /o conductas ansiosas (Andrade, 2010), dificultando la convivencia social e integración a su nuevo entorno, manifestándolo por la resistencia, prevención ante diferentes situaciones, actitud defensiva y tensión ante las distintas circunstancias proporcionadas por este.

Finalmente, se deben identificar en estas poblaciones los factores de riesgo y las características básicas de su salud mental respecto a la Frecuencia y Gravedad de los acontecimientos traumáticos, con el fin de prevenir el desarrollo de diferentes patologías mentales, además promover el mejoramiento y desarrollo de habilidades sociales,

familiares, emocionales más adecuadas que les permita una mejor adherencia al medio receptor.

Conclusiones

A partir de los datos obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos de evaluación, se identificó la presencia de TEPT en la población estudiada, con una Gravedad superior que Leve en el 60% de la población y en el 70% se presenta con una frecuencia entre A veces y A diario. Asimismo se comprobó que existe una alta correlación entre ambas variables, lo que indica que a mayor Frecuencia, mayor Gravedad.

Por ende, la salud mental de cada sujeto varía según las circunstancias en las que se desarrolló el hecho traumático, teniendo en cuenta que las reacciones del ser humano frente a eventos como la violencia y desplazamiento forzado, dependen fundamentalmente de las características individuales de la persona, de la percepción del acontecimiento, de los recursos psicológicos y estilos de afrontamiento, de la naturaleza y calidad del apoyo que encuentre en su entorno, de las características y severidad del hecho traumático y de su historia personal y social (Sue, Sue y Sue, 1996; Dabas y Najmanovich, 1995, citado por Lozano & Cols, 2004).

Lo que posiblemente determinaría las reacciones ante estímulos asociados al acontecimiento, influyendo en el nivel de adaptabilidad a las condiciones psicosociales del nuevo contexto, a las capacidades mentales y emocionales de cada individuo para afrontar estas situaciones, pues suelen convertirse en reacciones psicopatológicas que incluyen depresión, trastorno de ansiedad, ideación suicida, trastorno bipolar, crisis de pánico, consumo de sustancias psicoactivas y trastorno por estrés post-traumático, dependiendo de la duración e intensidad de los fenómenos causantes.

Teniendo en cuenta que, la mayoría de la población de estudio fueron mujeres en situación de desplazamiento, y desde una perspectiva de género, se encuentran en un alto nivel de vulnerabilidad, desprotección y desarraigo; los cuales se intensifican con la falta de atención en salud mental y resignificación de las secuelas psicológicas producidas cuando atentaron contra su dignidad humana; por ello exigen continuamente al Estado su reintegración social y la restructuración de su sentido de pertenencia, mediante el acogimiento por parte de las entidades de protección y salud social, además de acceder a los beneficios públicos que tienen como ciudadanas.

Ante la presencia de este trastorno y sus consecuencias, es posible que estas situaciones tengan un impacto negativo sobre la salud mental de las personas, caracterizándose por la pérdida de seres queridos, hogares, posibilidades de generar ingresos, dignidad humana, seguridad y confianza positiva en si mismos y una idea clara hacia su futuro; además de dificultar su comportamiento y su capacidad de funcionar adecuadamente. Por lo que es de gran relevancia, determinar la intervención psicosocial a nivel individual y grupal, con el fin de lograr un equilibrio emocional y una compensación psicológica en los sujetos que han presenciado un evento traumático y recurren a los centros de salud, las fundaciones y

asentamientos, intentando encontrar el apoyo necesario tanto psicológico como en salud mental.

Del mismo modo, es pertinente que se instauren nuevas estrategias de intervención en salud mental que respondan a las estructuras psicosociales presentadas en la población en situación de desplazamiento, con el fin de disminuir los niveles de vulnerabilidad que han adquirido al ser víctimas del conflicto armado; con el fin de promover y permitir una identificación temprana de los factores de riesgo que presenta esta población, especialmente cuando tienen poco tiempo de haber ingresado a la ciudad receptora, para así generar en ellos posibilidades de integración social y atención primaria necesaria; a partir del reconocimiento de la situación traumática y la intervención en crisis tanto individual como colectiva, determinando el grado de atención requerida por esta población de acuerdo a los síntomas manifestados.

Sin embargo, estas manifestaciones físicas y/o psicológicas, conllevan a estados que generan episodios de reexperimentación del hecho traumático; siendo el causante principal de la agudización del cuadro clínico y la posible comorbilidad con otros trastornos, debido a que posiblemente se perpetúe la condición de vulnerabilidad, dificultando la convivencia social e integración a su nuevo entorno, manifestándolo por la resistencia, la defensividad y tensión ante las distintas circunstancias proporcionadas por este; a pesar de estas circunstancias anhelan encontrar una estabilidad económica, seguridad social, salud, reconocimiento social, inclusión política y reparación moral.

Por tanto se sugiere que en investigaciones futuras con estas poblaciones, se establezca un diagnóstico psicosocial que señale las modificaciones a nivel psicológico, físico, cultural y social que influyen en el desarrollo normal de estos individuos en relación con su comunidad y su entorno, logrando proyectar esquemas de intervención para reparar y resignificar la dignidad humana de los sujetos en situación de desplazamiento mejorando su calidad de vida.

Referencias bibliográficas

Acción Social (2011). SIPOD, sistema de información para la población desplazada. Reporte general por ubicación geográfica, total de hogares y personas incluidas En el RUPD según lugar de recepción 2010. Consultado el 18 de Marzo de 2011, en <http://www.accionsocial.gov.co/EstadisticasDesplazados/GeneralesPD.aspx?idRpt=2>

Alejo, E., Rueda, G., Ortega, M., et al. (2007). “Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia”. [Versión digital]. *Universitas Psychologica*, 6 (3). Consultado el 16 de marzo de 2011, en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/647/64760314.pdf>

- Andrade, J. (2010). "Women and children, the main victims of forced displacement". [version digital]. *Orbis*, 16 (5). Consultado el 16 de Marzo de 2011, en: www.revistaorbis.org.ve
- Andrade, J., Agudelo, L., Ramírez, D., et al. (2011). "Relación entre indicadores de problemas de adaptación social y un posible trastorno afectivo bipolar (TAB), en mujeres cabeza de hogar en situación de desplazamiento forzado en la ciudad de Armenia en el 2010". [Versión digital]. *Orbis*, 18 (7). Consultado el 16 de marzo de 2011, en: <http://www.revistaorbis.org.ve/pdf/18/art3.pdf> 18 (7) 58-81.
- Bello, M. (2004). "Desplazamiento forzado y refugio Identidad y desplazamiento forzado". Programa Andino de Derechos Humanos - Universidad Andina Simón Bolívar. [Versión digital]. *Aportes Andinos* 8. Desplazamiento forzado y refugio. Consultado el 17 de marzo de 2011 en: <http://www.uasb.edu.ec/padh/centro/pdfs8/martha%20bello.pdf>
- Castaño, B. (1994) "A propósito de lo psicosocial y el desplazamiento". En Bello, M. (2004) Desplazamiento forzado. Dinámicas de guerra, exclusión y desarraigo. ACNUR- Universidad Nacional de Colombia. [pdf]. Consultado el 25 de agosto de 2009, en: <http://terranova.uniandes.edu.co/centrodoc/docs/impacsocial/Diagnostico%20y%20textos/apropositodelpsicosocialel%20desplazamiento.pdf>
- CODHES. (2000). *Boletín informativo de la consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento. Desplazamiento forzado y derechos de la infancia. Esta guerra no es nuestra y la estamos perdiendo*. Bogotá: 26 de enero del 2000 (Número 27). Consultado el 3 de julio de 2009 en http://www.codhes.org/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=6&Itemid=51
- CODHES. (2011). *Boletín informativo de la consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento, ¿Consolidación de qué?* Bogotá: 15 de Febrero de 2011. (Número 77). Consultado el 14 de marzo de 2011, en <http://www.rebellion.org/docs/130767.pdf>
- De la Garza, F. (2010). Trastorno de Estrés Postraumático. Portal psicológico, psicología en red. Disponible en: http://www.drfuldel.com/index.php?searchword=Trastorno+de+Estr%C3%A9s&ordering=newest&searchphrase=all&option=com_search
- Echenique, C., Medina, L., Medina, A., et al. (2008). "Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de restablecimiento en Sincelejo". [Versión digital]. *Psicología desde el Caribe*, Junio

- (21). Consultado el 16 de marzo de 2011 en:
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/213/21302107.pdf>
- Falla, U., Chávez, Y., Molano, G. (2003). “Desplazamiento Forzado En Colombia. Análisis documental e informe de investigación en la Unidad de Atención Integral al Desplazado (UAID)”. [Versión digital]. *Tabula Rasa, N° 1*. Bogotá. Consultado el 29 de septiembre de 2009, en
http://www.revistatabularasa.org/numero_uno/Ufalla.pdf
- Forero, E. (2003). *El desplazamiento interno forzado en Colombia*. Washington, D.C. 22 de septiembre de 2003. Consultado el 14 de abril del 2009, en
http://www.ideaspaz.org/eventos/download/edgar_forero.pdf
- Lozano, M & Cols. (2004). *Aspectos Psicológicos, Sociales y Jurídicos del Desplazamiento Forzoso en Colombia*. Universidad Católica de Colombia. [Versión digital]. Consultado el 09 de 2010, en:
http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/n12/art_8_acta_12.pdf.
- Ministerio de Salud & Instituto Nacional de Salud Colombia. (2001). *Perfil Epidemiológico de la Población Desplazada en Barrio Mandela*. Consultado el 14 de marzo de 2011 en:
<http://www.disasterinfo.net/desplazados/informes/mandela/informemandela.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Lineamientos básicos para la atención psicosocial a poblaciones desplazadas como consecuencia del conflicto en Colombia*. Documento de trabajo, Bogotá. Consultado el 17 de marzo de 2011, en:
<http://www.disasterinfo.net/desplazados/documentos/LineamientosPsicosociales.htm>
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Serie Manuales y Guías sobre Desastres N° 7*. Washington, D.C. Consultado el 17 de marzo de 2011 en:
<http://www.paho.org/spanish/dd/ped/GuiaPracticadeSaludMental.pdf>
- Palacios, L., Heinze, G. (2002). “Trastorno de estrés post traumático: una revisión del tema (segunda parte)”. [Versión digital]. *Salud mental*, octubre 25(5). Instituto nacional de psiquiatría ramón de la fuente. Distrito Federal, México. Consultado el 13 de Agosto de 2011 en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58252507.pdf>
- Riaño, E., Barrera, J. (2006). “De “emprendedor” a “pobrecito”. Reestructuración del rol Comunitario de familias campesinas desplazadas asentadas en los altos de Cauca, Bogotá”. Fundación Universitaria Manuela Beltrán Bogotá. [Versión digital]. *Umbral Científico*, (9). Consultado el 31 de Julio de 2011 en:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=30400914>

Rodríguez, M., Díaz, P., Niño, S., et al. (2005). “El desplazamiento como generador de crisis: un estudio en adultos y adolescentes. Sociedad Chilena de Psicología Clínica [versión digital]. *Terapia psicológica*. 23(2). Consultado el 16 de Mayo de 2011 en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/785/78523204.pdf>