








Salud mental de adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado en Colombia*

Mental Health of Adolescents and Young People Victims of Forced Displacement in Colombia

Daniela Sánchez Acosta¹ , Guillermo Alonso Castaño Pérez² , Gloria María Sierra Hincapié³ , Nadia Semenova Moratto Vásquez⁴ , Carolina Salas Zapata⁵ , Jesy Carolina Buitrago Salazar⁶ , Yolanda Torres de Galvis⁷ 

Universidad CES,
Colombia

Fecha correspondencia:

Recibido: enero 29 de 2018.

Aceptado: abril 25 de 2019.

Forma de citar:

Sánchez, D., Castaño, G. A., Sierra, G. M., Moratto, N., Salas, C., Buitrago, C., & Torres, Y. (2019). Salud mental de adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. *Rev.CES Psico*, 12(3), 1-19.

Open access

© Copyright

Licencia creative commons

Ética de publicaciones

Revisión por pares

Gestión por Open Journal System

DOI: <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.12.3.1>

ISSN: 2011-3080

Sobre el artículo:

* Este artículo es derivado de una investigación financiada

Resumen

La exposición a situaciones de vulnerabilidad y violencia, como el desplazamiento forzado, generan en la población víctima efectos nocivos para su salud mental. El objetivo del presente estudio es describir el estado actual de la salud mental y algunos factores sociodemográficos y del entorno asociados, de 471 adolescentes y jóvenes entre 13 y 28 años, víctimas de desplazamiento forzado en tres ciudades colombianas. Se aplicó la entrevista *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*, versión CAPI (*Computer Assisted Personal Interview*); un cuestionario *ad hoc* sobre aspectos del desplazamiento forzado y el consumo de sustancias psicoactivas; la escala de funcionamiento familiar APGAR y la escala MOS (*Medical Outcomes Study*) de apoyo social. Se encontró una prevalencia de cualquier trastorno mental en el último año del 24,4% y cualquier trastorno por uso de sustancias del 4,7%. Los trastornos más prevalentes fueron fobia específica (6,8%), trastorno por estrés postraumático (5,7%) y trastorno depresivo mayor (5,1%). La dependencia a la marihuana se presentó en 2,1% de los participantes y el abuso de alcohol en 1,9%. Un 14,6% de los adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado han pensado suicidarse alguna vez en la vida. Ser hombre, menor de edad, con buen funcionamiento familiar y apoyo social adecuado, fueron factores protectores para la presencia de trastornos mentales.

Palabras claves: Adolescentes, Conflicto Armado, Desplazamiento Forzado, Salud Mental, Trastornos Mentales, Colombia.

Abstract

Exposure to vulnerable and violent events, such as forced displacement, generate several adverse effects on the mental health of victim population. The objective of this study is to describe the current mental health condition and some associated sociodemographic and environmental factors in 471 adolescents and young people between 13 and 28 years of age, who have been victims of forced displacement in three Colombian cities.

Comparte



por COLCIENCIAS Cód. 122871150168. Convocatoria 711-2015.

Sobre los autores:

1. Magíster en Salud Mental de la Niñez y la Adolescencia. Psicóloga. Grupo de investigación Psicología, Salud y Sociedad. Facultad de Psicología. Universidad CES.

2. PhD. en Psicología de la Salud. Magíster en Drogodependencias. Médico. Grupo de Investigación en Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad CES.

3. Magíster en Epidemiología. Especialista en Estadística. Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud. Grupo de Investigación en Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad CES.

4. Magíster en Psicología. Psicóloga. Grupo de investigación Psicología, Salud y Sociedad. Facultad de Psicología. Universidad CES.

5. Magíster en Epidemiología. Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud. Grupo de Investigación en Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad CES.

6. Magíster en Epidemiología. Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud. Grupo de Investigación en Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad CES.

7. Magíster en Salud Pública. Dra H.C. Jefe del Grupo de investigación en Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad CES.

The Composite International Diagnostic Interview (CIDI) interview, CAPI (Computer Assisted Personal Interview) version was administered; an ad hoc questionnaire on aspects of forced displacement and the consumption of psychoactive substances; the APGAR family function scale and the MOS (Medical Outcomes Study) scale of social support. It was found a prevalence of any mental disorder in the last years of 24.4% and any substance use disorder of 4.7%. The most prevalent disorders were specific phobia (6.8%), post-traumatic stress disorder (5.7%) and major depressive disorder (5.1%). Dependence on marijuana was found at 2.1% and alcohol abuse at 1.9%. 14.6% of adolescents and young victims of forced displacement have considered committing suicide at some point along their lives. Being a minor- age man, with a functional family and adequate social support, were protective factors from mental disorders.

Keywords: Adolescents, Armed Conflict, Forced Displacement, Mental Health, Mental Disorders, Colombia.

Introducción

La violencia en Colombia ha afectado a muchos ciudadanos sin distinción de edad, sexo o lugar de residencia. Más de un millón de víctimas de desplazamiento forzado viven en las principales ciudades del país, y de las miles inscritas en el Registro Único de Víctimas (RUV) a mayo de 2018, cerca del 40% son adolescentes o jóvenes menores de 29 años ([Red Nacional de Información -RNI-, 2018](#)).

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, 29,3% de la población colombiana entre 12 y 17 años ha tenido por lo menos una experiencia traumática¹ a lo largo de su vida ([Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, & Pontificia Universidad Javeriana, 2015](#)), con un impacto importante de la carga global de enfermedades en la población joven de 15 a 29 años de edad.

[Pereda \(2012\)](#) y [Haroz, Murray, Bolton, Betancourt y Bass \(2013\)](#) advierten que la población de adolescentes y jóvenes es particularmente vulnerable frente a la violencia y los efectos derivados de ésta, dado su estatus de individuos en proceso de crecimiento y desarrollo, cuyas estructuras básicas de la personalidad y su visión del mundo se encuentran en construcción. Asimismo, los cambios culturales en la percepción de la realidad y en la calidad de vida que subyacen a la vivencia del desplazamiento forzado, afectan el proceso de construcción de la identidad en los adolescentes y jóvenes ([Montoya, 2015](#)). De este modo, la exposición a eventos traumáticos relacionados con la guerra contribuye a la aparición de desórdenes en la salud mental de este grupo etario que pueden perdurar a lo largo de su desarrollo ([Betancourt & Tanveer, 2008](#)). A su vez, la experiencia clínica sugiere que la vivencia de traumas psicosociales que conlleven a los jóvenes a asumir condiciones de victimización aumenta las probabilidades de que presenten conductas suicidas y violentas ([Barceló, 2007](#); [Medicins sans Frontieres, 2011](#)).

Cifras sobre la prevalencia de las afectaciones en la salud mental en adolescentes y jóvenes expuestos a algún evento traumático son variables. Se estima que entre el 11% y el 47% presentan Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) ([Armstrong & Costello, 2002](#); [Giaconia, Reinherz, Paradis, & Stashwick, 2003](#)). Otros estudios señalan síntomas de TEPT por periodos prolongados

1. Las experiencias traumáticas son sucesos que suponen una amenaza real o potencial para la vida, la salud mental o integridad física de una persona. Dentro de las experiencias traumáticas evaluadas en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 en la población entre 12 y 17 años de edad se encuentran accidentes de tránsito, ahogamiento, robo o atraco, ataque de un animal, enfermedad grave o potencialmente mortal y algún otro evento o experiencia estresante.

de hasta 12 a 18 meses luego de la exposición al evento traumático entre un 30% y 40% de los adolescentes ([Evans & Oehler-Stinnett, 2006](#)); y una prevalencia de TEPT que varía por sexo entre 1% y 6% en hombres y entre 3% y 15% en mujeres ([National Center for Posttraumatic Stress Disorder -PTSD-, 2015](#)).

Por su parte, [Puertas, Ríos y Valle \(2006\)](#) en Sincelejo (Municipio de Colombia), informaron una prevalencia del 27% de trastornos mentales en población víctima de desplazamiento forzado y 14% de problemáticas relacionadas con el consumo excesivo de alcohol. Otro estudio realizado por [Hewitt et al. \(2014\)](#) evidenció en 284 niños y adolescentes expuestos al conflicto armado en una zona rural colombiana, una prevalencia del 72% con afectaciones psicológicas: 64,4% conductas internalizadas², 47% conductas externalizadas³, 32% problemas somáticos, 56% en riesgo de estrés postraumático y 93% consumo alcohol en grado moderado.

Ahora bien, existen otros acontecimientos o traumas antes, durante o posterior al hecho victimizante, relacionados con la pérdida de familiares, inseguridad, sentimientos de temor y angustia ante la situación que enfrentan y actos de tortura y/o violación, que exponen a los adolescentes y jóvenes a mayores riesgos de afectaciones en su salud y los confrontan con un proceso de reajuste en un entorno cambiado, con nuevas condiciones personales, familiares, sociales y económicas ([Haghebaert & Zaccarelli, 2006](#)).

Otro estudio realizado por [Hewitt et al. \(2014\)](#) evidenció en 284 niños y adolescentes expuestos al conflicto armado en una zona rural colombiana, una prevalencia del 72% con afectaciones psicológicas: 64,4% conductas internalizadas², 47% conductas externalizadas³, 32% problemas somáticos, 56% en riesgo de estrés postraumático y 93% consumo alcohol en grado moderado.

En este contexto, el presente estudio busca describir el estado actual de la salud mental y algunos factores sociodemográficos y del entorno asociados en adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado en Colombia, en las tres ciudades con mayores índices de recepción de víctimas del desplazamiento forzado del país (Bogotá, Medellín y Buenaventura) ([Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento -CODHES-, 2013](#)).

Método

Diseño

Diseño descriptivo transversal con intención analítica, realizado en el marco del estudio "Salud mental (Trastornos mentales) en desplazados por violencia, en tres regiones de Colombia (Bogotá, Medellín, Buenaventura) Colombia 2015-2016". La selección de la muestra fue intencional, acorde a los criterios que se describen en el siguiente apartado.

Participantes

En el estudio macro se obtuvieron registros correspondientes a 1.026 personas víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. Para este estudio, en particular, se seleccionaron intencionalmente aquellos registros de adolescentes y jóvenes entre los 13 y 28 años; entendiendo por adolescentes a los individuos entre 12 y 18 años de edad ([Congreso de la República, 2006](#)) y jóvenes a los sujetos entre 14 y 28 años cumplidos según lo estipulado en el artículo 5 del Estatuto de Ciudadanía Juvenil ([Congreso de la República, 2013](#)). Todos ellos residentes en alguna de las tres ciudades de Colombia con mayor número de recepción de víctimas de desplazamiento forzado: Bogotá, Medellín y Buenaventura ([CODHES, 2013](#)). La muestra final estuvo conformada por un total de 471 adolescentes y jóvenes.

2. Las conductas internalizadas son problemáticas que las personas experimentan de manera intrínseca, como estrategia inadecuada para controlar sus estados emocionales y cognitivos: tristeza, apatía, culpabilidad, inseguridad, miedos, somatización, entre otras reacciones intrapunitivas.

3. Las conductas externalizadas hacen referencia a un conjunto de manifestaciones comportamentales que afectan la relación de la persona con su entorno y son observadas directamente: agresividad, impulsividad, comportamiento antisocial, déficit de atención, entre otros.

Los criterios de inclusión de los participantes fueron: a) haber vivenciado al menos un desplazamiento forzado en un tiempo no mayor de 10 años, y b) que no se tratara de un desplazamiento intraurbano, es decir, desplazamientos al interior de los límites de una zona urbana.

Procedimiento

La selección de los participantes del estudio se realizó siguiendo el método aleatorizado sistemático, en cada uno de los centros de atención a víctimas en Bogotá, Medellín y Buenaventura. Para ello, las personas encargadas de la recolección de la información, previamente capacitadas, realizaron un conteo sistemático verificando que los sujetos seleccionados cumplieran con los criterios de inclusión. De ser así, se invitaron a participar en el estudio, se les explicó el objetivo del mismo y se resolvieron las respectivas dudas. Posteriormente, los participantes firmaron el asentimiento y consentimiento informado, y se aplicaron los instrumentos de manera individual. En cada ciudad fueron seleccionadas cinco personas con experticia en el manejo de instrumentos para la recolección de información.

Consideraciones éticas

Se contemplaron las condiciones éticas y los lineamientos legislativos en los ámbitos nacional establecidos en la Resolución 8430 ([Ministerio de Salud de la República de Colombia, 1993](#)) e internacional según los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos consignados en la Declaración de Helsinki de la [Asociación Médica Mundial \(2013\)](#), relacionados con la ética, rigurosidad científica, técnica y metodológica para el proceso investigativo. Asimismo, el estudio macro contó con el aval del Comité Institucional de Ética en la Investigación en Humanos de la Universidad CES.

Instrumentos

Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (Composite International Diagnostic Interview - CIDI), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), versión CAPI (*Computer Assisted Personal Interview*) ([Torres de Galvis & Posada, 2012](#)), que tiene como objetivo medir la prevalencia y severidad de los trastornos mentales y del comportamiento suicida bajo los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV), determinar la carga y discapacidad asociada con los trastornos, el uso de medicamentos para tratar estos trastornos y las barreras percibidas de los servicios de salud. La versión CIDI-CAPI cuenta con la adaptación cultural y lingüística al contexto colombiano, logrando una alta confiabilidad.

Cuestionario ad hoc, que recoge información sobre diversas variables sociodemográficas como sexo, edad, nivel de escolaridad, ocupación, estado civil y estrato socioeconómico; así como aquellas relacionadas con la experiencia del desplazamiento forzado de los participantes como edad al momento de vivenciar el hecho, número de desplazamientos vividos, carácter del desplazamiento en cuanto a si fue intempestivo o no y presencia de otros hechos victimizantes además del desplazamiento forzado. También indaga por el consumo de sustancias psicoactivas de los participantes durante el transcurso de la vida, el último año y mes, y demás criterios del DSM–IV–R para los diagnósticos de dependencia y abuso de sustancias.

Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification), que forma parte de un proyecto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para detectar tanto consumos de riesgo como dependencia alcohólica e identificar trastornos debidos al consumo no responsable de alcohol. En Colombia, un estudio realizado por [Campo-Arias, Villamil-Vargas y](#)

[Herazo \(2013\)](#) encontró que esta prueba posee una alta confiabilidad y validez para la identificación de trastornos relacionados con el consumo de alcohol, con un alfa de Cronbach de 0,792 y omega de 0,878.

APGAR familiar, diseñado inicialmente por [Smilkstein \(1978\)](#), traducido y adaptado por [Arias y Herrera \(1994\)](#) en Colombia. Es un instrumento que evalúa el funcionamiento sistémico de la familia y es útil en la identificación de las funciones básicas de la familia: Adaptación, definida como la utilización de los recursos intra y extra-familiares para resolver conflictos; Participación, que indica cooperación en la toma de decisiones y responsabilidades; Generatividad, como posibilidad de maduración física, emocional y capacidad de autorrealización; Afecto, entendido como el amor y la atención entre los miembros de la familia; y Resolución, que se refiere a la determinación de dedicar tiempo a los miembros de la familia. En población colombiana, estudios han evaluado su validez de apariencia ([Casillas, Arias, & Herrera, 1998](#)), y alta consistencia interna con alfa de Cronbach de 0,793 ([Forero, Avendaño, Duarte, & Campo-Arias, 2006](#)).

Escala MOS (Medical Outcomes Study) de apoyo social, instrumento breve y autoadministrado desarrollado para un estudio de desenlaces de pacientes con enfermedades crónicas en los Estados Unidos ([Sherbourne & Stewart, 1991](#)). Mide apoyo social percibido tanto en su dimensión estructural, entendida como el tamaño de la red social, como funcional, es decir, la utilidad que tiene esta red social. El instrumento evalúa red de apoyo social, apoyo social emocional/informacional, apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Ha sido traducido, adaptado culturalmente y validado en población colombiana, y presenta un alfa de Cronbach de los componentes del cuestionario entre 0,74 y 0,92 ([Londoño, Castilla, Ochoa, Oliveros, & Aguirre, 2012](#)).

Análisis estadísticos

Con el fin de dar cumplimiento al objetivo general, se realizó el siguiente procesamiento estadístico:

Análisis univariado con las variables relativas a las características sociodemográficas y las relacionadas con el desplazamiento, empleando herramientas y técnicas de estadística descriptiva: a las variables cualitativas se les calculó la distribución de frecuencias absoluta y porcentual, y a las cuantitativas la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov y los estadísticos descriptivos (tendencia central, posición y dispersión). La variable cuantitativa edad fue recodificada a dos categorías para los análisis posteriores.

Para el análisis bivariado se calculó la razón de prevalencias tomando como variables independientes las variables sociodemográficas y del entorno, relacionadas con la funcionalidad familiar y percepción de apoyo social, buscando una posible asociación con las variables dependientes: cualquier trastorno mental, cualquier trastorno por consumo de sustancias y comportamiento suicida.

La comparación entre las variables sociodemográficas y del entorno con la presencia de cualquier trastorno mental, cualquier trastorno por consumo de sustancias y comportamiento suicida, se realizó mediante la prueba chi-cuadrado (X^2) o la prueba exacta de Fischer, si se contaba con frecuencias inferiores a 5. Las asociaciones estadísticas se consideraron significativas si $p < 0,05$. En esta comparación se calcularon las razones de prevalencias (RP) no ajustadas y sus intervalos de confianza al 95%. Para

interpretar los factores de protección se realizó el cálculo de la diferencia entre uno y la medida de RP ($1 - RP$). Este cálculo fue multiplicado por 100, para expresar la medida de manera porcentual.

Para el procesamiento de los datos se empleó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (*Statistical Package for the Social Sciences-SPSS®*) Versión 21.0.0, software licenciado por la Universidad CES.

Resultados

Con respecto a las características sociodemográficas, se encontró una distribución por ciudad de adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado del 31,8% ($n= 150$) en la ciudad de Buenaventura, 31% ($n= 146$) en Medellín y 37,2% ($n= 175$) en Bogotá. Respecto al sexo, 46,7% de la muestra estaba conformada por hombres y el 53,3% restante por mujeres. El 44% eran menores de edad. El 21,0% tenía estudios de básica primaria, 67,3% estudios de básica secundaria, 7,45% técnicos/tecnológicos y 3,8% universitarios. El 22,5% de los participantes trabajaban, 15,3% reportó ser amas de casa y 3,8% estar desempleados. El 72,2% de la muestra eran solteros y el estrato socioeconómico más prevalente fue bajo (91,3%) ([Tabla 1](#)).

Tabla 1. Características sociodemográficas de adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado ($n=471$)

| Variable | N | % |
|-----------------------------|----------|----------|
| Sexo | | |
| Hombre | 220 | 46,7% |
| Mujer | 251 | 53,3% |
| Grupos de edad | | |
| Menores de edad | 208 | 44,2% |
| Mayores de edad | 263 | 55,8% |
| Nivel de escolaridad | | |
| Sin estudios | 2 | 0,4% |
| Primaria incompleta | 59 | 12,5% |
| Primaria completa | 40 | 8,5% |
| Secundaria incompleta | 242 | 51,4% |
| Secundaria completa | 75 | 15,9% |
| Técnico/tecnólogo | 35 | 7,4% |
| Universitaria completa | 15 | 3,2% |
| Universitaria incompleta | 3 | 0,6% |
| Ocupación | | |
| Trabaja | 106 | 22,5% |
| Estudiante | 214 | 45,4% |
| No trabaja ni busca trabajo | 18 | 3,8% |
| Ama de casa | 72 | 15,3% |
| Otra | 61 | 13,0% |
| Estado civil | | |
| Soltero | 340 | 72,2% |
| Casado | 11 | 2,3% |

| Variable | N | % |
|-------------------------------|----------|----------|
| Unión libre | 113 | 24,0% |
| Separado/divorciado | 7 | 1,5% |
| Viudo | 0 | 0,0% |
| Estrato socioeconómico | | |
| Sin estrato | 15 | 3,2% |
| Bajo (1-2) | 430 | 91,3% |
| Medio (3-4) | 8 | 1,7% |
| Alto (5-6) | 1 | 0,2% |
| No sabe | 17 | 3,6% |

En relación con las variables relacionadas con la experiencia del desplazamiento forzado, el 50% tenían 14 años o menos al momento de vivenciar este hecho, 14,4% refirieron haber vivido dos o más desplazamientos forzados y 86,4% reportaron que el desplazamiento sucedió de manera intempestiva. Los hechos victimizantes de mayor prevalencia fueron el despojo de tierras (66,6%), las amenazas (61,9%) y actos terroristas (57,7%) ([Tabla 2](#)).

Tabla 2. Prevalencia de hechos victimizantes en adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado

| Hechos victimizantes | n | % |
|--|----------|----------|
| Despojo de tierras | 314 | 66,6% |
| Amenazas | 292 | 61,9% |
| Actos terroristas | 272 | 57,7% |
| Homicidio | 102 | 21,6% |
| Desaparición forzada | 49 | 10,4% |
| Masacres | 49 | 10,4% |
| Vinculación de niños, niñas y/o adolescentes | 43 | 9,1% |
| Delitos contra la libertad | 37 | 7,8% |
| Secuestro | 28 | 5,9% |
| Tortura | 27 | 5,7% |
| Minas antipersonas | 21 | 4,4% |

Los trastornos mentales con mayor prevalencia en el último año que presentaron los participantes, en orden de frecuencia, fueron: fobia específica (6,8%), trastorno por estrés postraumático (5,7%) y trastorno depresivo mayor (5,1%). La presencia de cualquier trastorno mental fue de 24,4%. En relación con el comportamiento suicida, 14,6% de los adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado han pensado suicidarse alguna vez en la vida, 5,3% han formulado un plan y 6,4% lo han intentado. Respecto al último año, 6,4% presentaron ideación suicida, 2,8% planeación suicida y 10 sujetos (2,1%) han intentado suicidarse. El 17,6% de la muestra percibieron la necesidad de atención psicológica o psiquiátrica y 14,7% manifestaron haber recibido dicha atención ([Tabla 3](#)).

Tabla 3. Prevalencia de los trastornos mentales en el último año en adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado

| <i>Trastorno</i> | <i>Prevalencia último año</i> | |
|------------------------------------|-------------------------------|----------|
| | <i>n</i> | <i>%</i> |
| Fobia específica | 32 | 6,8% |
| Trastorno por estrés postraumático | 27 | 5,7% |
| Trastorno depresivo mayor | 24 | 5,1% |
| Fobia social | 18 | 3,8% |
| Trastorno Negativista Desafiante | 10 | 3,7% |
| Trastorno obsesivo compulsivo | 13 | 2,8% |
| Ansiedad por separación | 11 | 2,3% |
| Trastorno de conducta | 6 | 2,2% |
| TDAH | 5 | 1,8% |
| Agorafobia | 6 | 1,3% |
| Trastorno de pánico | 5 | 1,1% |
| Distimia | 3 | 0,6% |
| Bipolar | 2 | 0,4% |
| Ansiedad generalizada | 1 | 0,2% |
| Cualquier trastorno mental | 115 | 24,4% |

Respecto a la edad media de inicio de consumo de alcohol, marihuana, tabaco y cocaína, 50% de los adolescentes y jóvenes participantes iniciaron antes de los 15 años. Las prevalencias de consumo actual (último año) encontradas fueron de 45,9% para el alcohol, 11,7% tabaco, 4,7% marihuana, 1,7% cocaína y 0,8% bazuco. Con respecto a los trastornos por uso de sustancias, se encontró para el alcohol 1,9% abuso y 0,6% dependencia, y para la marihuana 0,2% abuso y 2,1% dependencia, y cualquier trastorno por uso de sustancias 4,7%. En relación con el consumo de otras sustancias, se encontró una prevalencia de vida del 3,6% para el consumo de inhalantes y del 1,5% para dietilamida del ácido lisérgico (LSD) (Tabla 4).

Tabla 4. Prevalencias de consumo, dependencia y abuso de sustancias en adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado

| <i>Indicador</i> | <i>Alcohol</i> | | <i>Tabaco</i> | | <i>Marihuana</i> | | <i>Cocaína</i> | | <i>Bazuco</i> | |
|---|----------------|----------|---------------|----------|------------------|----------|----------------|----------|---------------|----------|
| | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> |
| Prevalencia de consumo en la vida | 293 | 62,20% | 107 | 22,70% | 54 | 11,50% | 16 | 3,40% | 7 | 1,50% |
| Prevalencia de consumo en el último año | 216 | 45,90% | 55 | 11,70% | 22 | 4,70% | 8 | 1,70% | 4 | 0,80% |
| Prevalencia de consumo en el último mes | 118 | 25,10% | 35 | 7,40% | 16 | 3,40% | 2 | 0,40% | 0 | 0,00% |
| Abuso | 9 | 1,90% | - | - | 1 | 0,20% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Dependencia | 3 | 0,60% | - | - | 10 | 2,10% | 1 | 0,20% | 0 | 0,00% |

En cuanto a las variables sociodemográficas y del entorno relacionadas con la presencia de cualquier trastorno mental en el último año, se encontró que ser hombre disminuye en un 40% el riesgo de presentar cualquier trastorno mental, ser menor

de edad en un 48,7%, contar con un buen funcionamiento familiar en un 51% y la percepción de un apoyo social adecuado en un 73,9% (Tabla 5).

Tabla 5. Asociación de variables sociodemográficas y del entorno con cualquier trastorno mental en el último año

| Variables | Cualquier trastorno mental en el último año | | | | Valor p | RP | IC 95% |
|-------------------------------|---|--------|-----|--------|---------|-------|---------------|
| | Si | | No | | | | |
| | n | % | n | % | | | |
| Sociodemográficas | | | | | | | |
| Sexo | | | | | | | |
| Hombre | 43 | 19,50% | 177 | 80,50% | 0,021* | 0,681 | 0,489 - 0,949 |
| Mujer | 72 | 28,70% | 179 | 71,30% | | | |
| Edad | | | | | | | |
| Menores de edad | 37 | 17,80% | 171 | 82,20% | 0,003* | 0,600 | 0,424 - 0,848 |
| Mayores de edad | 78 | 29,70% | 185 | 70,30% | | | |
| Nivel de escolaridad | | | | | | | |
| Hasta primaria | 25 | 24,80% | 76 | 75,20% | 0,929 | 1 | 0,693 - 1,495 |
| Secundaria y más | 90 | 24,30% | 280 | 75,70% | | | |
| Del entorno | | | | | | | |
| Funcionalidad familiar | | | | | | | |
| Buen funcionamiento familiar | 35 | 17,20% | 168 | 82,80% | 0,002* | 0,578 | 0,406 - 0,822 |
| Alguna disfunción familiar | 80 | 29,90% | 188 | 70,10% | | | |
| Apoyo social | | | | | | | |
| Adecuado | 85 | 20,70% | 326 | 79,30% | 0,000* | 0,414 | 0,302 - 0,567 |
| Escaso | 30 | 50,00% | 30 | 50,00% | | | |

* Significancia $p < 0,05$

Respecto al comportamiento suicida en el último año, se encontró que ser hombre disminuye en un 55,4% el riesgo de ideación, planeación e intento suicida, y contar con una percepción de apoyo social adecuado protege en un 54,6% el riesgo de presentar un comportamiento suicida (Tabla 6).

Tabla 6. Asociación de variables sociodemográficas y del entorno con comportamiento suicida en el último año

| Variables | Comportamiento suicida en el último año | | | | Valor p | RP | (IC 95%) |
|--------------------------|---|--------|-----|--------|---------|-------|---------------|
| | Si | | No | | | | |
| | n | % | n | % | | | |
| Sociodemográficas | | | | | | | |
| Sexo | | | | | | | |
| Hombre | 21 | 9,50% | 199 | 90,50% | 0,003* | 0,499 | 0,309 - 0,806 |
| Mujer | 48 | 19,10% | 203 | 80,90% | | | |
| Edad | | | | | | | |
| Menores de edad | 23 | 11,10% | 185 | 88,90% | 0,050 | 0,632 | 0,397 - 1 |
| Mayores de edad | 46 | 17,50% | 217 | 82,50% | | | |

| Variables | Comportamiento suicida en el último año | | | | Valor p | RP | IC 95% |
|-------------------------------|---|--------|-----|--------|---------|-------|---------------|
| | Si | | No | | | | |
| | n | % | n | % | | | |
| Nivel de escolaridad | | | | | | | |
| Hasta primaria | 14 | 13,90% | 87 | 86,10% | 0,800 | 0,932 | 0,541 - 1,606 |
| Secundaria y más | 55 | 14,90% | 315 | 85,10% | | | |
| Del entorno | | | | | | | |
| Funcionalidad familiar | | | | | | | |
| Buen funcionamiento familiar | 23 | 11,30% | 180 | 88,70% | 0,076 | 0,660 | 0,414 - 1,052 |
| Alguna disfunción familiar | 46 | 17,20% | 222 | 82,80% | | | |
| Apoyo social | | | | | | | |
| Adecuado | 54 | 13,10% | 357 | 86,90% | 0,015* | 0,526 | 0,318 - 0,870 |
| Escaso | 15 | 25,00% | 45 | 75,00% | | | |

* Significancia $p < 0,05$

Para cualquier trastorno por consumo de sustancias, se encontró que ser mujer es un factor protector y el buen funcionamiento familiar disminuye en un 72.1% el riesgo de presentar un trastorno por uso de sustancias y el apoyo social adecuado lo reduce en un 71,3% (Tabla 7).

Tabla 7. Asociación de variables sociodemográficas y del entorno con cualquier trastorno por consumo de sustancias

| Variables | Cualquier trastorno por consumo de sustancias | | | | Valor p | RP | IC 95% |
|-------------------------------|---|-------|-----|--------|---------|-------|----------------|
| | Si | | No | | | | |
| | n | % | n | % | | | |
| Sociodemográficas | | | | | | | |
| Sexo | | | | | | | |
| Hombre | 17 | 7,70% | 203 | 92,30% | 0,003* | 3,87 | 1,455 - 10,341 |
| Mujer | 5 | 2,00% | 246 | 98,00% | | | |
| Edad | | | | | | | |
| Menores de edad | 6 | 2,90% | 202 | 97,10% | 0,102 | 0,474 | 0,189 - 1,190 |
| Mayores de edad | 16 | 6,10% | 247 | 93,90% | | | |
| Nivel de escolaridad | | | | | | | |
| Hasta primaria | 4 | 4,00% | 97 | 96,00% | 0,703 | 0,814 | 0,282 - 2,352 |
| Secundaria y más | 18 | 4,90% | 352 | 95,10% | | | |
| Del entorno | | | | | | | |
| Funcionalidad familiar | | | | | | | |
| Buen funcionamiento familiar | 4 | 2,00% | 199 | 98,00% | 0,016* | 0,293 | 0,101 - 0,854 |
| Alguna disfunción familiar | 18 | 6,70% | 250 | 93,30% | | | |
| Apoyo social | | | | | | | |
| Adecuado | 15 | 3,60% | 396 | 96,40% | 0,006* | 0,313 | 0,133 - 0,736 |
| Escaso | 7 | 11,7% | 53 | 88,30% | | | |

* Significancia $p < 0,05$

Discusión

Más de la mitad de los adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado participantes del presente estudio experimentaron uno o más hechos victimizantes además del desplazamiento, tales como, el despojo de tierras, las amenazas y actos terroristas; situación que coincide con cifras de la [Organización Internacional para las Migraciones \(OIM\)](#), el [Fondo de las Naciones Unidas para la infancia \(Unicef\)](#) y el [Instituto Colombiano de Bienestar Familiar \(ICBF\) \(2013\)](#), que refieren que en el 22% de los casos de desplazamiento forzado se presenta despojo de tierras y el 58% deben salir de sus lugares de origen por amenazas directas a su vida e integridad. Trocmé et al., (2003) afirman que la exposición a situaciones de vulnerabilidad, como las amenazas, generan mayor necesidad de recibir tratamientos para el restablecimiento de la salud mental (citados por [Stewart, Leschied, den Dunnen, Zalmanowitz, & Baiden, 2013](#)); además, cuando el desplazamiento se encuentra precedido por presiones, humillaciones y amenazas, suele causar sentimientos de incertidumbre respecto al proceso de ubicación e inserción en los nuevos contextos de llegada ([Bello, 2004](#)).

Los trastornos mentales de mayor prevalencia referidos por los participantes en el último año fueron la fobia específica (6,8%), el estrés postraumático (5,7%) y la depresión mayor (5,1%). Resultados coincidentes con el de investigaciones que señalan que los síntomas psicopatológicos más frecuentes en personas víctimas de vivencias traumáticas constituyen cuadros de depresión, trastorno de pánico, fobias específicas, problemas del comportamiento y alteraciones atencionales ([Bui et al., 2017](#)).

El 86,4% de los adolescentes y jóvenes participantes de la presente investigación huyó de manera intempestiva o inesperada, lo que implica la pérdida de bienes, inversiones y ahorros de toda una vida, generando condiciones de precariedad al llegar a sus lugares de destino. Adicional a ello, la mitad de los participantes de la muestra refirió vivenciar el desplazamiento forzado a los 14 años o menos; esto es, exposición a eventos traumáticos en edades tempranas en las que se suelen desarrollar angustia psicológica, la cual puede ser transitoria en algunos casos, o en otros, llegar a ser persistentes e incapacitantes ([Betancourt & Tanveer, 2008](#)).

Los trastornos mentales de mayor prevalencia referidos por los participantes en el último año fueron la fobia específica (6,8%), el estrés postraumático (5,7%) y la depresión mayor (5,1%). Resultados coincidentes con el de investigaciones que señalan que los síntomas psicopatológicos más frecuentes en personas víctimas de vivencias traumáticas constituyen cuadros de depresión, trastorno de pánico, fobias específicas, problemas del comportamiento y alteraciones atencionales ([Bui et al., 2017](#)); y que la población expuesta a hechos de violencia es 4,7 más susceptible de presentar miedo excesivo, fobias, sentimientos de amenaza, conductas de evitación (de personas, lugares o actividades que recuerden el evento), tristeza, y ansiedad, en comparación con población no expuesta ([Médicos Sin Fronteras, 2013](#)).

La fobia específica se caracteriza por el sentimiento de temor intenso e irracional hacia una persona, situación o cosa. En personas víctimas de desplazamiento forzado, las circunstancias vivenciadas suelen desencadenar temores intensos relacionados con la intimidación que acompaña al hecho del desplazamiento, la exposición a situaciones violentas observadas o vividas, la desprotección de sus familias y entornos, la impotencia y ansiedad de dejarlo todo, entre muchas otras manifestaciones que puede llegar incluso a ser transmitidas de generación en generación ([Montoya, 2015](#)). La exposición constante ante estas situaciones de inseguridad y amenaza, se intensifican ante el recuerdo del hecho traumático vivenciado. Este último elemento, explica por qué la fobia específica u otro trastorno de ansiedad suele acompañarse de síntomas comunes del TEPT, de modo que los individuos víctimas del conflicto armado pueden desencadenar una fobia que antecede, precede o cursa en conjunto con el TEPT ([Harvey & Pauwels, 2000](#)). Adicional a la ansiedad generada por las condiciones de huida que acompañan al desplazamiento forzado, estos miedos se mantienen dada

la incertidumbre generada por las características del nuevo lugar de asentamiento, la estigmatización social y los procesos de ajuste a nuevas dinámicas urbanas y sociales.

En el presente estudio, 5,7% de adolescentes y jóvenes cumplieron con los criterios diagnósticos para un TEPT. Un estudio realizado en el municipio de Malambo, Atlántico (Colombia), con jóvenes víctimas de desplazamiento forzado, encontró una prevalencia del 30% de jóvenes con estado de alerta aumentado, 40% con pensamientos, sueños o ideas sobre el evento traumático, y 18% con disminución de sus respuestas frente a los estímulos del ambiente ([Palacio, Abello, Madariaga, & Sabatier, 2001](#)); si bien estos síntomas se presentan en el TEPT, dado que los autores no identifican la prevalencia del trastorno como tal, no es posible su comparación con los resultados del presente estudio. Hay quienes señalan la importancia de diferenciar los síntomas específicos del TEPT, de las reacciones propias o respuestas normales de un proceso de cambio-pérdida-desadaptación cultura, conocido como "choque cultural" ([Alejo, 2005](#)), en el cual las personas víctimas de desplazamiento forzado se ven expuestas a situaciones de pérdidas y reubicaciones que pueden ocasionar síntomas similares a los referidos en los criterios diagnósticos de cuadros psicopatológicos como el TEPT, depresión o trastornos de adaptación. En este sentido, se resalta la importancia de considerar variables relacionadas con estilos de personalidad, resiliencia, estrategias de afrontamiento, entre otras, que permitan estimar la capacidad de ajuste de las víctimas al nuevo contexto y el proceso de duelo que generalmente se presenta anudado al hecho de desplazamiento forzado.

En el presente estudio, los trastornos de ansiedad, en los cuales se incluye la fobia específica (6,8%), TEPT (5,7%), fobia social (3,8%), ansiedad por separación (2,3%), agorafobia (1,3%), trastorno de pánico (1,1%) y ansiedad generalizada (0,2%), representan una prevalencia global de 21,2%.

El trastorno depresivo mayor, tercer trastorno de mayor prevalencia en el presente estudio (5,1%), hace parte de los cuadros más investigados en personas víctimas de los conflictos armados. Al respecto, un estudio llevado a cabo en una subregión del Caribe colombiano encontró una prevalencia de 24,8% de trastorno depresivo mayor en 129 personas entrevistadas entre los 18 y 77 años víctimas del conflicto armado ([Ramírez-Giraldo, Hernández-Bustamante, Romero-Acosta, & Porras-Mendoza, 2017](#)). Esta cifra es mayor a la encontrada en el presente estudio, lo que puede explicarse por el amplio rango de edad que cubre la investigación mencionada.

En el presente estudio, los trastornos de ansiedad, en los cuales se incluye la fobia específica (6,8%), TEPT (5,7%), fobia social (3,8%), ansiedad por separación (2,3%), agorafobia (1,3%), trastorno de pánico (1,1%) y ansiedad generalizada (0,2%), representan una prevalencia global de 21,2%. Por su parte, los trastornos del estado anímico, entre los cuales se encuentra el trastorno depresivo (5,1%), la distimia (0,6%) y el trastorno afectivo bipolar (0,4%) constituyen un 6,1% del total; mientras en la población adolescente (entre los 12 y 17 años) en Colombia, se presenta una prevalencia de vida de trastornos de ansiedad de 5%, trastornos afectivos de 2,9% y trastornos depresivos de 2% ([Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2015](#)). Diferencias relevantes que se pueden explicar a partir de la vulnerabilidad que presentan las víctimas de eventos traumáticos como el desplazamiento forzado; además de ser testigos de otros hechos victimizantes como homicidios, secuestros, amenazas, vinculación forzada a grupos armados, entre otros acontecimientos que suelen acompañar al desplazamiento forzado.

Respecto al comportamiento suicida, en el presente estudio se encontró que los adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado presentan 14,6% de ideación, 5,3% planeación y 6,4% intento suicida alguna vez en la vida. Según datos del [Ministerio de Salud y Protección Social \(2017\)](#), la probabilidad de intentar suicidarse o

consumar este hecho aumenta al pertenecer a un grupo vulnerable objeto de discriminación, como es el caso de la población víctima de desplazamiento forzado; situación que se corrobora al comparar los resultados de la presente investigación con los reportados por la Encuesta Nacional de Salud Mental ([Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2015](#)), según la cual, los adolescentes colombianos presentan una prevalencia de vida de ideación suicida del 6,6%, plan suicida del 1,8% e intento suicida del 2,5%.

En relación con el consumo de drogas en adolescentes y jóvenes, [Giaconia et al. \(2003\)](#) encontraron que a los 18 años casi uno de cada cinco jóvenes (18,5%) que habían experimentado al menos una situación traumática a lo largo de su vida, cumplieron con los criterios diagnósticos para un TUS. En el presente estudio, la mitad de los adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado refirieron haber iniciado el consumo de alcohol, marihuana, tabaco y cocaína a los 15 años. Las sustancias psicoactivas afectan circuitos cerebrales implicados en el aprendizaje, la memoria, la recompensa, la toma de decisiones y el control del comportamiento; procesos cognitivos que continúan en etapa de maduración hasta la adultez temprana, lo que explicaría por qué el consumo de drogas durante el desarrollo cerebral genera consecuencias profundas y duraderas. A esta situación alarmante se suman características propias de la etapa adolescente, como cambios biológicos y fisiológicos significativos en el cerebro, que pueden aumentar la vulnerabilidad al consumo de sustancias psicoactivas, desarrollo de comportamientos adictivos y aparición de trastornos mentales ([National Institute on Drug Abuse - NIDA, 2010](#); [Matali et al., 2016](#)).

En el presente estudio, la prevalencia de vida para el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes entre 13 y los 28 años fue mayor, alcanzando un 62,2%, y un 1,9% que cumplen con criterios de abuso. Estos hallazgos, constatan lo referido por [Andrade et al. \(2012\)](#), quienes afirman que las consecuencias para la salud mental subsiguientes a la experiencia de algún evento traumático, y de manera particular para la población adolescente, involucran la instauración de patrones de consumo de sustancias psicoactivas de uso legal e ilegal.

El Estudio sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado en el año 2013 en Colombia ([Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas en Colombia, & Ministerio de Protección Social, 2013](#)) encontró que los jóvenes con edades entre 18 y 24 años son el grupo poblacional con mayor proporción de consumo actual de alcohol, con prevalencias del 49,2% de uso y 18,76% de consumo riesgoso y/o perjudicial. En el presente estudio, la prevalencia de vida para el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes entre 13 y los 28 años fue mayor, alcanzando un 62,2%, y un 1,9% que cumplen con criterios de abuso. Estos hallazgos, constatan lo referido por [Andrade et al. \(2012\)](#), quienes afirman que las consecuencias para la salud mental subsiguientes a la experiencia de algún evento traumático, y de manera particular para la población adolescente, involucran la instauración de patrones de consumo de sustancias psicoactivas de uso legal e ilegal, que dependerán de los antecedentes previos de consumo, las estrategias con las que se cuenta para afrontar la crisis y las fluctuaciones emocionales propias derivadas del desplazamiento forzado. Si bien el consumo de alcohol se constituye en un patrón social y cultural que antecede al hecho victimizante, el consumo se intensifica a partir de la vivencia del hecho, lo que puede conllevar a mayor dependencia y excesos los cuales son directamente proporcionales a la percepción del evento traumático ([Andrade, Bustos, & Guzmán, 2012](#)).

Un estudio realizado en familias de consumidores de sustancias psicoactivas indica la existencia de menor cohesión familiar, ausencia de lazos afectivos emocionales y desunión entre sus integrantes ([Ruíz, Hernández, Mayrén, & Vargas, 2014](#)). En esta misma línea, un estudio realizado por [Cova et al. \(2013\)](#) encontró que dentro de los factores vinculados a la presencia del TEPT en población infantojuvenil están el deterioro de las relaciones familiares posterior al evento traumático. Por su parte, [Becoña \(2002\)](#) ha señalado que la dinámica familiar es un factor que influye de manera positiva o negativa ante el consumo de sustancias psicoactivas ([Becoña, 2002](#));

situación que se evidencia en los resultados del presente estudio en el cual el buen funcionamiento de las familias de los participantes disminuyó en un 72.1% el riesgo de presentar un TUS y el apoyo social adecuado en un 71,3%.

No obstante, es menester considerar que los factores que determinan el desarrollo de un problema de abuso/dependencia son de naturaleza multifactorial, de manera que la vulnerabilidad genética de un individuo puede incrementarse frente a factores de riesgo de tipo individuales, sociales y/o familiares, predisponiendo al sujeto al consumo y posteriormente al abuso o dependencia de una determinada sustancia ([Payá & Castellano, 2014](#)).

Según resultados del presente estudio, ser hombre menor de edad, y contar con un buen funcionamiento familiar y percepción de apoyo social adecuado, fueron factores protectores para la presencia de cualquier trastorno mental en los adolescentes y jóvenes víctimas del desplazamiento forzado. A su vez, se encontró que los adolescentes y jóvenes que perciben un apoyo social adecuado disminuyen en un 54,6% el riesgo de presentar un comportamiento suicida. El desplazamiento forzado se considera en sí mismo como un acontecimiento estresor que pone a prueba la estabilidad y la solidez del núcleo familiar y social ([Falla, Chávez, & Molán, 2006](#)), generando consecuencias como la desintegración familiar, desconfianza ante el entorno, actitudes defensivas, disociación de los vínculos sociales y lazos afectivos, y ruptura de las redes de apoyo ([Andrade-Salazar, 2011](#)). En este sentido, el aislamiento, la falta de apoyo social y los conflictos en las relaciones, disputas o pérdidas, hacen parte de los principales factores de riesgo de suicidio, los cuales se agudizan cuando una persona experimenta un evento vital negativo u otro estrés psicológico y no logra compartirlo con alguien cercano ([Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2014](#)).

Según resultados del presente estudio, ser hombre menor de edad, y contar con un buen funcionamiento familiar y percepción de apoyo social adecuado, fueron factores protectores para la presencia de cualquier trastorno mental en los adolescentes y jóvenes víctimas del desplazamiento forzado. A su vez, se encontró que los adolescentes y jóvenes que perciben un apoyo social adecuado disminuyen en un 54,6% el riesgo de presentar un comportamiento suicida.

Conclusiones

El impacto del desplazamiento forzado en la salud mental de los adolescentes y jóvenes reviste una gravedad particular, debido al efecto generado en su desarrollo biológico, personal, social y familiar. Los hallazgos obtenidos en este estudio permiten entrever que la presencia de trastornos mentales, el consumo de drogas y el comportamiento suicida en esta población constituyen problemáticas importantes que deben ser abordadas por las políticas de salud pública en Colombia, debido al impacto que estas morbilidades acarrearán. A su vez, avizora una reflexión en torno al cumplimiento de las políticas de salud, la generación de nuevos planes para conservar la salud mental y la promoción de estrategias que favorezcan el manejo integral de adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad.

Los resultados indican la importancia de potencializar las redes familiares y sociales, como respuesta ante las situaciones de vulnerabilidad y estrés psicológico, y como medida preventiva para la aparición de los trastornos mentales, trastornos por uso de sustancias y el comportamiento suicida.

Limitaciones

No se incluyó en el protocolo el análisis toxicológico para determinar consumo de drogas lo que puede limitar el alcance de los datos.

Referencias

- 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. *MedUNAB*, 8(1), 23-28.
- Andrade-Salazar, J. A. (2011). Efectos psicopatológicos del conflicto armado Colombiano en familias en situación de desplazamiento forzado reasentadas en el municipio del Cairo en el año 2008. *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 7(20), 111-114.
- Andrade, J. A., Bustos-Rojas, J. S., & Guzmán, P del P. (2012). Prevalencia de consumo de alcohol y cigarrillo en personas en situación de desplazamiento forzado en el Tolima. *Revista Psicología Científica*, 14(17). Recuperado de <http://www.psicologia-cientifica.com/prevalencia-consumo-alcohol-cigarrillo-personas-desplazadas>
- Arias, L., & Herrera, J. A. (1994). El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colombia Médica*, 25(1), 26-28.
- Armstrong, T. D., & Costello, E. J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(6), 1224-1239. doi: <https://doi.org/10.1037//0022-006X.70.6.1224>
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Barceló, R. (2007). Desplazamiento, salud y pobreza: Obstáculos para el desarrollo de los adolescentes más vulnerables de asentamientos marginales de Barranquilla (Colombia). *Revista de Salud Uninorte*, 23(2), 302-316.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, p. 199.
- Bello, M. N. (2004). *Identidad y desplazamiento forzado*. Aportes Andinos No 8. Desplazamiento forzado y refugio. Recuperado de <http://www.uasb.edu.ec/User-Files/369/File/PDF/CentrodeReferencia/Temasdeanalis2/desplazamiento-forzadoyrefugio/articulos/marthabello.pdf>
- Betancourt, T., & Tanveer, K. (2008). La salud mental de los niños afectados por los conflictos armados: los procesos de protección y vías de resistencia. *Revista Internacional de Psicología*, 20(3), 317-328.
- Bui, E., Ohye, B., Palitz, S., Olliac, B., Goutaudier, N., Raynaud, J.P., ... Stoddard, F.J. (2017). Reacciones agudas y crónicas ante trauma en niños y adolescentes. (B. Garcia, C. Hermosín, & S. Alonso (Trad.). En J.M. Rey (Ed.). *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Campo-Arias, A., Villamil-Vargas, M., & Herazo, E. (2013). Confiabilidad y dimensionalidad del AUDIT en estudiantes de medicina. *Psicología Desde el Caribe*, 30(1), 21-35.
- Casillas, M., Arias, L., & Herrera, J. (1998). Mantenimiento de la salud del adolescente. *Médico de Familia (Caracas)*, 6(1), 39-43.
- Congreso de la República. (08 de noviembre de 2006). Código de la Infancia y la Adolescencia [Ley 1098 de 2006]. DO: 46.446. Recuperado de https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm
- Congreso de la República. (29 de abril de 2013). Ley Estatuto de Ciudadanía Juvenil [Ley 1622 de 2013]. DO: 48.776. Recuperado de https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1622_2013.htm

- Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento - CODHES (2013). El Desplazamiento Forzado y la Imperiosa Necesidad de la Paz. Recuperado de http://static.iris.net.co/semana/upload/documents/Documento_391297_20140611.pdf
- Cova, F., Valdivia, M., Rincón, P., Haquin, C., Sanhueza, F., Melipillán, R., ... Alarcón, G. (2013). Estrés postraumático en población infantojuvenil post 27F. *Revista Chilena de Pediatría*, 84(1), 32-41. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062013000100004>
- Evans, L., & Oehler-Stinnett, J. (2006). Children and natural disasters: A primer for school psychologists. *School Psychology International*, 27, 33-55.
- Falla, U., Chávez, Y., & Molán, G. (2006). Desplazamiento forzado en Colombia: análisis documental e informe de investigación en la UAO Bogotá, *Revista Tabula Rasa*. Universidad Colegio Mayor de Bogotá. (221-234).
- Forero, L. M., Avendaño, M. C., Duarte, Z. J., & Campo-Arias, A. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(1), 23-29.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Paradis, A. D., & Stashwick, C. K. (2003). Comorbidity of substance use disorders and posttraumatic stress disorder in adolescents. En: *Trauma and substance abuse: causes, consequences, and treatment of comorbid disorders*. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association; p. 227-242.
- Haghebaert, G. V. K. A., & Zaccarelli, M. (2006). La salud mental y el desplazamiento forzado. En J. Ramírez, M. Zaccarelli, & Pérez, R (Eds.), *Guía práctica de salud mental en desastres* (pp. 153-167). Washington, D.C: OPS.
- Haroz, E. E., Murray, L. K., Bolton, P., Betancourt, T., & Bass, J. K. (2013). Adolescent Resilience in Northern Uganda: The Role of Social Support and Prosocial Behavior in Reducing Mental Health Problems. *Journal of Research on Adolescence*, 23(1), 138-148.
- Harvey, J., & Pauwels, B. (2000). *Post-traumatic stress theory, research and application*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Hewitt, N., Gantiva, C.A., Vera, A., Cuervo, M.P., Hernández, N.L., Juárez, F. & Parada, A. J. (2014). Afectaciones psicológicas de niños y adolescentes expuestos al conflicto armado en una zona rural de Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 79-89. doi: <https://dx.doi.org/10.14718/ACP.2014.17.1.9>
- Londoño, N.E., Rogers, H., Castilla, J.F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M.A., ... Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5, 142-150.
- Matalí, J. L., Andión, O., Pardo, M., Iniesta, R., Serrano, E., & San, L. (2016). Adolescentes y Diagnóstico Dual en el Servicio de Urgencias Psiquiátricas. *Adicciones*, 28(2), 71-79.
- Medicins sans Frontieres. (2011). *Mental health guidelines. A handbook for implementing mental health interventions in areas of mass violence*. Amsterdam: Rozenberg Publishing Services, p. 1-130.
- Médicos Sin Fronteras. (2013). *Las heridas menos visibles: Salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia*. Recuperado de https://www.msf.es/sites/default/files/legacy/adjuntos/Informe-Colombia_Junio-2013.pdf
- Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas en Colombia, & Ministerio de Protección Social. (2013). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*. Colombia: República de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Boletín de salud mental. Conducta suicida. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. Colombia: República de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, & Pontificia Universidad Javeriana. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo 1*. Colombia: República de Colombia. Recuperado de https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf
- Ministerio de Salud de la República de Colombia. (4 de octubre de 1993). Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Resolución 8430 de 1993]. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf
- Montoya, J. (2015). Desplazamiento forzado en adolescentes desde la experiencia límite según el modelo logoterapéutico. *Ánfora*, 22(38), 135 -159.
- National Center for PTSD. (2015). *PTSD in Children and Teens*. Recuperado de <https://www.ptsd.va.gov/public/family/ptsd-children-adolescents.asp>
- National Institute on Drug Abuse -NIDA-. (2010). Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses (Research Report Series No. 10-5771) (pp. 1–11). United States: Department of Health and Human Services - National Institutes of Health. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rcomorbidity.pdf>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (Unicef), & Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2013). *Estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes: Una investigación de consecuencias, impactos y afectaciones por hecho victimizante con enfoque diferencial en el contexto del conflicto armado colombiano*. Recuperado de https://unicef.org.co/documentos/resumenejecutivo_investigacionestado_psicosocial.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa de Salud integral del Adolescente, & Coordinación Familia y Población División de Promoción y Protección de la Salud. (1996). *Familia y adolescencia: Indicadores de Salud*. Washington D.C.
- Palacio, J., Abello, R., Madariaga, C., & Sabatier, C. (2001). Estrés post-traumático en jóvenes desplazados por la violencia política en Colombia. *Interpsiquis*, 2.
- Payá, B., & Castellano, G. (2014). *Consumo de sustancias. Factores de riesgo y factores protectores*. Recuperado de https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_consumo_sustancias_riesgo_factores_protectores.pdf
- Pereda, N. (2012). Menores Víctimas del Terrorismo: Una Aproximación desde la Victimología del Desarrollo. *Anuario de Psicología Jurídica*, 22, 13-24.
- Puertas, G., Ríos, C., & Valle, H. (2006). Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 20(5), 324–330. doi: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892006001000005>
- Ramírez-Giraldo, A., Hernández-Bustamante, O., Romero-Acosta, K., & Porras-Mendoza, E. (2017). Trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en personas víctimas del conflicto armado en Colombia: el caso de Chengue y de Libertad. *Psicología desde el Caribe*, 34(1), 30-41. doi: <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.34.1.9775>
- Ramírez-Herrera, C. (2014). *Impacto del conflicto armado en el estado psicosocial de niños, niñas y adolescentes* (1a. ed). Bogotá: ICBF: OIM: Unicef.
- Red Nacional de Información – RNI. (2018). *Desplazamiento - Enfoque Diferencial*. Registro Único de Víctimas (RUV). Recuperado de <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>
- Ruíz, A. O., Hernández, M. I., Mayrén, P. J. de J., & Vargas, M. de L. (2014). Funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. *Liberabit*, 20 (1), 109-117. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v20n1/a10v20n1.pdf>

- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705-714.
- Smilkenstein, G. (1978). The family Apgar: a proposal of a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*, 6, 1231-1239.
- Stewart, S. L., Leschied, A., den Dunnen, W., Zalmanowitz, S., & Baiden, P. (2013). Treating Mental Health Disorders for Children in Child Welfare Care: Evaluating the Outcome Literature. *Child & Youth Care Forum*, 42(2), 131-154. <https://doi.org/10.1007/s10566-012-9192-8>
- Primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011-2012 = The who world mental health survey consortium*. Medellín: Universidad CES; Secretaría de Salud de Medellín.