

ESTADO DE SALUD MENTAL Y CARACTERIZACIÓN PSICOLÓGICA DE
PERSONAS VÍCTIMAS DE DESPLAZAMIENTO FORZADO EN LA CIUDAD DE
BUCARAMANGA.

NÁYARE CASTRO HERNÁNDEZ

DEISY MINA ISAJAR



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2008

ESTADO DE SALUD MENTAL Y CARACTERIZACIÓN PSICOLÓGICA DE
PERSONAS VÍCTIMAS DE DESPLAZAMIENTO FORZADO EN LA CUIDAD DE
BUCARAMANGA.

Náyare Castro Hernández

Deisy Mina Isajar

Trabajo de Grado:

En la modalidad de proyecto de grado como requisito para optar al título de Psicóloga

Directora:

Dra. Diana María Agudelo Vélez



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2008

NOTA DE ACEPTACIÓN: _____

PRESIDENTE DEL JURADO: _____

JURADO 1: _____

JURADO 2: _____

BUCARAMANGA, _____

A mi familia por acompañar y apoyar la realización de mis proyectos

A mi padre quien desde el cielo me protege y me estimula a ser mejor

*A personas maravillosas que han brindado motivación y amor: Mi novio, mis
compañeros (as), mis amigos*

*A Nayis por comprenderme y brindar el apoyo necesario para un buen trabajo en
equipo*

A la Dra. Diana Agudelo por ser una excelente maestra y luz en la vía

Y sobre todo a Dios, por la fortaleza y guía me ha brindado a lo largo del camino.

Deisy.

A Dios, mi gran amigo quien me ha acompañado e iluminado a cada instante de mi vida

*A mis padres que con su esfuerzo y amor han permitido que mis sueños se hagan
realidad.*

A mi abuela por brindar el apoyo necesario para cumplir muchos de mis proyectos

*A mi novio, quien me ha motivado y con su amor me ha hecho sentir el camino más fácil
de andar. A mi compañera Deisy por brindarme apoyo en situaciones oportunas.*

Nayare

Agradecimientos

A la Doctora Diana María Agudelo Vélez nuestra maestra y asesora del proyecto de investigación, por incentivar el Campo de la Investigación con dedicación, ética y calidad; y por guiar el proceso de formación como profesionales en Psicología.

Al Ingeniero Rodrigo Suárez, Coordinador del Centro de Proyección Social de Piedecuesta, por abrirnos de manera muy cordial las puertas de la institución y por facilitar el contacto con la población con la cual se trabajó de forma integra.

A las todas la personas que participaren en la realización de este proyecto, en especial a las líderes comunitarias de los asentamientos, Balbina y Ninfa, quienes con su esfuerzo y disposición contribuyeron a la implementación del Trabajo de Campo.

A la Facultad de Psicología por aprobar la realización de estudios de investigación como el del proyecto en mención.

A todas las demás personas que con su aporte de manera indirecta favorecieron el culmen de este proceso.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

1. INTRODUCCIÓN	14
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
4. OBJETIVOS	18
4.1 Objetivo General	18
4.2 Objetivos Específicos	18
5. MARCO CONCEPTUAL	19
5.1 El Problema del Desplazamiento	19
5.1.1 Contextualización	19
5.2 Desplazamiento Forzado: Definición	25
5.2.1. Conceptualización del Desplazamiento Forzado	25
5.3 Población Afectada por el Desplazamiento	28
5.4 Causas del Desplazamiento	29
5.5 Tipos de Desplazamiento	31
5.6 Implicaciones del Desplazamiento	32
5.6.1 Aspecto Social	32
5.6.2 Aspecto Familiar	34
5.6.3 Aspecto Económico	37
5.7 Consecuencias Psicológicas del Desplazamiento Forzado	38
5.8 Trastornos Psicológicos Asociados al Desplazamiento	43
5.9. Aproximación a la Terapia Cognitiva	45

5.9.1. Conceptos Básicos	46
5.9.2. Estrategias de Afrontamiento	49
5.9.2.1. Afrontamiento	49
5.9.3. Esquemas	54
5.9.3.1. Esquemas Maldaptativos	55
5.9.4. Contenidos Esquemáticos de Personalidad	58
6. MÉTODO	62
6.1. Tipo de Investigación	62
6.2. Diseño	62
6.3. Participantes	62
6.4. Muestra	62
6.5. Lugar	63
6.6. Instrumentos	63
6.7. Procedimiento	70
7. RESULTADOS	71
8. DISCUSIÓN	97
9. CONCLUSIONES	109
10. RECOMENDACIONES	111
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
12. ANEXOS	123

Lista de Tablas

Tabla 1: Estadísticos Descriptivos Datos Sociodemográficos	71
Tabla 2: Comparación de Medias Para Estrategias de Afrontamiento Según el Sexo	73
Tabla 3: Comparación de Medias Para Estrategias de Afrontamiento Según el Estado Civil	74
Tabla 4: Comparación de Medias Para Estrategias de Afrontamiento Según el Nivel Educativo	75
Tabla 5: Comparación de Medias Para Estrategias de Afrontamiento Según el Nivel Socioeconómico	76
Tabla 6: Comparación de Medias Para Perfiles Cognitivos de los Trastornos de Personalidad Según el Sexo	79
Tabla 7: Comparación de Medias Para Perfiles Cognitivos de los Trastornos de la Personalidad Según el Estado Civil	80
Tabla 8: Comparación de Medias Para Perfiles Cognitivos de los Trastornos de la Personalidad Según el Nivel Educativo	81
Tabla 9: Comparación de Medias Para Perfiles Cognitivos de los Trastornos de la Personalidad Según el Nivel Socioeconómico	82
Tabla 10: Comparación de Medias Para Esquemas Maladaptativos Según el Sexo	85
Tabla 11: Comparación de Medias Para Esquemas Maladaptativos Según el Estado Civil	86
Tabla 12: Comparación de Medias Para Esquemas Maladaptativos Según el Nivel Educativo	87

Tabla 13: Comparación de Medias Para Esquemas Maladaptativos Según el Nivel Socioeconómico	88
Tabla 14: Prevalencia de los Trastornos Mentales Según la Entrevista Estructurada MINI	90
Tabla 15: Comparación de Medias Para Trastornos Mentales Según el Sexo	92
Tabla 16: Comparación de Medias Para Trastornos Mentales Según el Estado Civil	93
Tabla 17: Comparación de Medias Para Trastornos Mentales Según el Nivel Educativo	94

Lista de Gráficos

Grafico 1: Porcentaje de Uso de Estrategias de Afrontamiento	72
Gráfico 2: Porcentaje Perfiles de los Trastornos de Personalidad	78
Gráfico3: Porcentaje Esquemas Maladaptativos Tempranos	84

Anexos

Anexo 1: Cuadernillo de Aplicación de Pruebas

123

ESTADO DE SALUD MENTAL Y CARACTERIZACIÓN PSICOLÓGICA DE PERSONAS VÍCTIMAS DE DESPLAZAMIENTO FORZADO EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA.

El desplazamiento forzado, es una de las problemáticas que ha causado mayor impacto dentro de la sociedad. Mediante la presente investigación se quiso establecer el estado de salud mental y la caracterización psicológica, en una muestra de 100 personas, constituida en su mayoría por mujeres, entre los 18 y 79 años de edad, pertenecientes en su mayoría al estrato 1, a quienes se les aplicó una batería de instrumentos, con el propósito de identificar los trastornos mentales según el DSM-IV TR, los esquemas maladaptativos tempranos, las estrategias de afrontamiento y los contenidos esquemáticos relacionados con los trastornos de personalidad. El estudio es de tipo descriptivo con un diseño transversal. Dentro de los resultados más significativos se encontró una mayor prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor Actual en un (33%), y del Trastorno por Estrés Postraumático con el mismo porcentaje (33%), porcentajes que pueden estar relacionados con la presencia de Riesgo de Suicidio en un (55%). Las estrategias de Afrontamiento más utilizadas por la muestra fueron religión (84%) y espera (76%) por otro lado, dentro de los esquemas maladaptativos más presentes están el de privación emocional (89%), insuficiente autocontrol (87%) y vulnerabilidad al daño (73%); finalmente el perfil cognitivo que predomina en la muestra es el narcicista (88%). Acorde a los descubrimientos realizados en la investigación, se puede afirmar que el desplazamiento forzado genera una afectación significativa en la salud mental de sus víctimas.

Palabras clave: Desplazamiento Forzado, Salud Mental, Caracterización Psicológica, Estrategias de Afrontamiento, Esquemas Maladaptativos Tempranos y Perfil Cognitivo.

MENTAL HEALTH AND CHARACTERIZES PSYCHOLOGY OF VICTIMS OF FORCED DISPLACEMENT IN THE CITY OF BUCARAMANGA.

Forced displacement is one of the problems that has caused greater impact on society. Through, this investigation had make to establish the state of mental health and psychological characterization, in a sample of 100 people, consisting mostly by women, between 18 and 79 years old, mostly belonging to stratum 1, who were applied a battery of instruments, with the aim of identifying mental disorders according to DSM-IV TR, the maladaptation schemes, coping strategies and content schematics related personality disorders. This investigation was made on a Descriptive level, with a non-experimental design of transverse cut. Among the most significant results was found a higher prevalence of major depressive disorder in a Current (33%), and Posttraumatic Stress Disorder in the same proportion (33%), percentages that may be related to the presence of Risk of Suicide in a (55%). More coping strategies used by the sample were: religion (84%) and expected (76%) on the other hand, within the schemes maladaptation are: the emotional deprivation (89%), insufficient self-control (87%) and vulnerability to damage (73%); finally cognitive profile that prevails in the sample is Narcicista (88%). According to the discoveries made in the investigation, I could say that the forced displacement generates a significant involvement in the mental health of the victims.

Keywords: Forced Displacement, Mental Health, Psychological characterization, Coping strategies, Schemes early Maladaptation, Cognitive Profile.

1. INTRODUCCIÓN

El panorama mundial, nacional y departamental evidencia que la problemática del desplazamiento se ha ido recrudeciendo a través del tiempo. Santander se ha convertido en uno de los principales departamentos receptores de desplazados con un total de 99.804 de personas. Asimismo, según la Agencia Presidencial para la acción social y la cooperación internacional (Acción Social, 2007), el total de personas declaradas en Santander como desplazadas es de 100.332. En la misma línea el Sistema Único de Registro de la Acción Social muestra que la mayor concentración de desplazados en Santander abarca alrededor de 46.000 personas asentadas en los municipios del Área Metropolitana de Bucaramanga y Lebrija.

De lo anterior, cabe mencionar que la afectación en el campo de la salud pública es preocupante y según la cifra del proyecto global para los desplazados expuesto por la OPS (2006), los 25 millones de personas afectadas por desplazamiento interno en el mundo se caracterizan por una desproporcionada vulnerabilidad, ya que se considera que una de las tres cuartas partes de ellas no son cobijadas por la asistencia humanitaria que brinda el gobierno.

La vulnerabilidad que sufren estas personas víctimas de desplazamiento comprende no sólo el aspecto económico sino también, el aspecto físico, emocional, social y psicológico; es así, como diversos estudios realizados como el del Ministerio de Protección Social (2003), han arrojado resultados alarmantes en cuanto a la afectación de la salud mental en las personas, con la presencia marcada de la prevalencia de trastornos como la Depresión y el Estrés Postraumático. Todo esto, estimuló a que se formulara el interrogante a investigar: ¿Cuál es el estado de salud mental y la caracterización psicológica de víctimas de desplazamiento forzado en Bucaramanga?,

para lo cual se tomó una muestra de 100 personas víctimas del desplazamiento forzado, quienes de manera voluntaria participaron de la investigación y permitieron evaluar la presencia de trastornos mentales, perfiles cognitivos asociados a los trastornos de la personalidad, estrategias de afrontamiento y esquemas maladaptativos tempranos con el fin de poder establecer cómo las personas perciben e interpretan los sucesos que acontecen en su entorno.

A continuación se presenta una amplia y actualizada revisión teórica, así como un estado del arte de estudios relevantes en el área.

Posteriormente, se presentan los hallazgos de la investigación, teniendo en cuenta la prevalencia de los trastornos mentales, de los perfiles cognitivos asociados a los trastornos de la personalidad, las estrategias de afrontamiento y los esquemas maladaptativos tempranos, dispositivos cognitivos, que se constituyen como factores de riesgo para la determinación del bienestar mental de las personas, en este caso de las personas víctimas de la situación de desplazamiento quienes sufren una importante afectación en la salud mental lo cual será examinado a lo largo del presente estudio.

Finalmente se presentan algunas conclusiones y recomendaciones.

2. JUSTIFICACIÓN

En Colombia el fenómeno del desplazamiento se ha convertido en estos últimos años en una grave problemática de orden social. En términos cuantitativos, el número de personas afectadas por la violencia, es abrumador debido a su gran impacto en el campo de la salud pública como lo indica la Organización Panamericana de la Salud OPS (2006). El Proyecto “1 billón” se refiere a más de un billón de personas desplazadas en 47 países; de la misma manera, instituciones como la oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2005), refiere que existen 19,2 millones de personas de interés para esta organización en el mundo, de las cuales, 15 millones, aproximadamente (en el 2004), son desplazados o refugiados en relación con la violencia.

En Colombia, país donde se encuentra la mayoría de desplazados de América, según las estadísticas de la Acción Social, 2006 citado por la OPS, 2006, reportan que las personas en situación de desplazamiento se encuentran alrededor de 1,75 millones, registrados desde 1995 hasta finales del 2005 por el gobierno Colombiano.

.Las personas en situación de desplazamiento, se ven obligadas a abandonar no sólo pertenencias y propiedades tangibles como su tierra, su espacio; sino sus afectos, ilusiones y relaciones expresadas en las maneras propias de vivir y sentir su región, sus vecinos y familiares. Así, el desplazamiento destruye además de comunidades, creencias, valores, prácticas, formas y estilos de vida (Bello, 2001). Ante esta situación, el Estado tiene la obligación fundamental de brindar protección y asistencia humanitaria.

Pese a ello esta problemática ha ido incrementado y a su vez los esfuerzos de trabajar con esta población debido a que las víctimas presentan alteraciones psicopatológicas de diferente índole, las cuales incluyen procesos de pensamiento

desadaptativo y factores de riesgo psicológico que no permitirán afrontar la situación de una manera funcional. Entre la sintomatología que se destaca según Castaño, (1994) se encuentran, el sufrimiento emocional, los duelos no elaborados y los trastornos psíquicos.

Es por el anterior motivo, que se pretende antes de intervenir con la población a trabajar, caracterizar el estado mental de los afectados para poder direccionar las estrategias de intervención a llevar a cabo con dicha población. Por tal razón se hace necesario determinar el estado de salud mental (SM) y la caracterización psicológica, de la muestra de víctimas de desplazamiento forzado en la ciudad de Bucaramanga.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El fenómeno del desplazamiento forzado se ha constituido como una problemática que ha demandado la asistencia humanitaria por parte del gobierno no solo a nivel económico y social sino también en la esfera de la salud mental, razón por la cual las afectaciones psicosociales de las víctimas de desplazamiento se han convertido en un tema prioritario y de interés para las diferentes disciplinas que abordan el tema de la salud, lo cual hace necesario describir el estado mental de las víctimas de este hecho a través del interrogante: ¿Cuál es el estado de salud mental y la caracterización psicológica de víctimas de desplazamiento forzado en Bucaramanga?

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Determinar el estado de salud mental (SM) y las características psicológicas en una muestra de la población mayor de 18 años víctima de desplazamiento forzado en la ciudad de Bucaramanga.

4.2. Objetivos Específicos

Identificar los trastornos mentales presentes en la muestra de víctimas de desplazamiento forzado.

Describir los esquemas maladaptativos tempranos que muestran mayor prevalencia en las personas víctimas de desplazamiento forzado.

Establecer las creencias centrales de los trastornos de la personalidad de mayor prevalencia en las personas víctimas de desplazamiento forzado.

Identificar las estrategias de afrontamiento más utilizadas en personas víctimas de desplazamiento forzado.

5. MARCO TEÓRICO

Para poder cumplir con los objetivos propuestos en el presente proyecto de investigación “Estado de Salud Mental y Caracterización Psicológica de Personas Víctimas de Desplazamiento Forzado en la ciudad de Bucaramanga”, se emprenderá un barrido teórico que sustenta el trabajo que es llevado a cabo dentro de la misma investigación; para ello se tomará en cuenta la temática planteada, como lo es, el desplazamiento forzado, la salud mental y el modelo cognitivo.

El desplazamiento forzado será abordado teniendo en cuenta la magnitud y el impacto que ha generado tanto en las víctimas de dicha problemática como en la sociedad; una de sus repercusiones se puede percibir en la salud mental, por lo cual se ahondarán aspectos relativos a las características psicológicas de dicha población, que permitirán determinar la presencia o no de trastornos mentales pertenecientes al eje I y su relación con ciertos factores cognitivos definidos desde las estrategias de afrontamiento, los contenidos esquemáticos y los esquemas maladaptativos.

5.1. El Problema del Desplazamiento

5.1.1. Contextualización

Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados existen aproximadamente entre 20 y 25 millones de personas que alrededor del mundo han sido víctimas de desplazamiento interno, cifra que ha sido considerada como elevada en comparación con años anteriores.

En el mundo, centenares de miles de personas fueron desplazadas en el año 2006 dentro de su país, sobre todo en, Irak, Líbano, Sri Lanka, Timor Oriental, Sudán y Colombia (ACNUR, 2007), lo cual pone en evidencia el incremento notable de los conflictos armados internos a nivel internacional y nacional.

En Colombia este fenómeno ha afectado a miles de personas, según el informe de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento -CODHES- existen aproximadamente 3.8 millones de personas que sufren desplazamiento forzado (CODHES, 2007). Al mismo tiempo la Subdirección de Atención a Población Desplazada de Acción Social presenta una nueva información del Registro Único de Población Desplazada – RUPD, contenida en el Sistema de información de Población Desplazada - SIPOD con corte al día 31 de diciembre de 2007, en la cual se señala que a nivel nacional la cifra de personas en situación de desplazamiento asciende a 2'359.838, lo cual corresponde a un total de 526.725 hogares que han sufrido este flagelo en Colombia. Estas cifras han sido muy discutidas debido a que existen circunstancias que impiden realizar un censo real debido a las propias peculiaridades del desplazamiento, como lo señalan las entidades responsables de ello en varias ocasiones, el CODHES, la ONG de Apoyo a Víctimas de Violencia Sociopolítica Pro-Recuperación Emocional (AVRE) y la Red de Solidaridad Social, dado que muchos no son registrados o en muchas ocasiones se da la situación de desplazamiento "emergente", que por el hecho de regresar a su hogar cuando la situación se estabiliza, se contribuye a incrementar las cifras aunque se considera que por el hecho de que muchas personas deciden no registrarse, las cifras tienden a encontrarse por debajo de la cantidad real de población desplazada permanente o emergente.

El problema del desplazamiento forzoso en Colombia, es un problema de vieja data, dentro de sus antecedentes se puede reconocer como situación de desplazamiento forzoso los movimientos migratorios del siglo XIX, según Bushnell (1996), las guerras civiles del siglo XIX dan origen al desplazamiento forzado, las cuales se caracterizaban por poseer un fuerte componente de expropiación territorial y apropiación de la mano de

obra, mediante el reclutamiento forzado de los peones y aparceros de las haciendas y la apropiación de todos los bienes del enemigo por parte del ganador.

Otros hechos que originaron desplazamiento fueron el asesinato en 1948 del líder liberal populista Jorge Eliécer Gaitán, lo cual desencadenó un período de violencia de casi 20 años en el que murieron aproximadamente 300.000 civiles y más de 2'000.000 de personas tuvieron que huir de sus lugares de pertenencia. De igual manera, Osorio & Lozano (1999), señalan que en Urabá, a mediados de los años cincuenta, cuando se abrió la carretera al mar y las tierras se valorizaron, los campesinos que habían abierto la selva y sembrado los primeros bananos fueron obligados a vender sus tierras por casi nada o a abandonarlas por conservar la vida, teniendo que enfrentar una forma de vida ajena y nueva para ellos.

A pesar de la violencia, que flageló al país durante los años 50's a causa del conflicto entre los partidos políticos tradicionales, liberales y conservadores y del surgimiento de la guerrilla en los años 60's, es sólo a partir de la década de los 80's y 90's que se agudiza el fenómeno del desplazamiento forzado debido a la creación de grupos paramilitares, narcotráfico y delincuencia común (Meertens, 2002). Lo cual llevó a que Colombia se convirtiera en uno de los países donde más se violan los derechos humanos de las personas por causa de la violencia; este factor ha ocasionado el mayor número de migraciones internas en Colombia, siendo desplegada por los grupos armados al margen de la ley contra algunos sectores de la población Colombiana, movidos por el interés de apropiación y control de grandes territorios del país o simplemente porque la población que reside en regiones que hacen parte del contexto del conflicto armado, son consideradas por una de las partes en enfrentamiento como su adversario (Vidales, 1997).

Es así, como se logra observar que el hecho del desplazamiento forzoso como tal, ha sido en Colombia una problemática que ha estado presente a lo largo de su historia, aunque sólo hasta hace unos cuantos años se ha empezado a considerar el desplazamiento forzado como un hecho de gran importancia ya que éste es uno de los otros resultados de la violencia en nuestro país y en el mundo.

El término violencia remite etimológicamente al concepto de fuerza, y se corresponde con verbos tales como violentar, violar, forzar. Lo cual indica que “la violencia en sus múltiples manifestaciones implica siempre el uso de la fuerza para producir daño. La violencia es una representación del ejercicio del poder, en cualquiera de sus expresiones, física, sexual, psicológica, económica, gestacional, etc.” (Observatorio de Salud Pública de Santander, 2005, p. 6).

La violencia en Colombia es vista como un fenómeno independiente que ocurre en contra de la voluntad de las personas, generando tanto muertes como procesos migratorios (Camargo & Serrano, 2002), que no sólo se limitan a los hechos ocasionados por la guerra de los partidos políticos tradicionalistas, sino que también incluye, el conflicto interno entre los diversos grupos armados al margen de la ley y el gobierno nacional; esta clase de violencia como lo señala Molina (2004), tiene la capacidad de destruir una comunidad o sociedad y embotellar a sus integrantes en círculos de venganza e impotencia, obstaculizando el crear y desplegar estrategias alternativas para transformar dicho conflicto.

Según Adolfo Atehortúa (1998), la violencia es la manifestación de un conflicto que hace parte de la dinámica de cualquier sociedad por la simple razón de estar integrada por diversos grupos o personas, que poseen diferentes intereses dentro de la misma sociedad, siendo en el caso de Colombia, la vía para obtener o cumplir los

propios propósitos de cada grupo o persona, creando diferencias y en ocasiones conllevando a descargar una fuerza, considerada por muchos como incontrolable e inexorable que posee el ser humano.

El conflicto armado en Colombia es una de las manifestaciones de violencia, que se caracteriza por el camino de las armas entre los grupos armados que existen, ya sean grupos al margen de la ley o grupos pertenecientes a las fuerzas armadas del estado, los cuales tienen como objetivo último defender intereses sociales, ideológicos, económicos, políticos y geográficos. Según Molina (2004), el conflicto puede ser concebido como la labor y/o búsqueda de una posición relativa en un mismo período por dos o más entidades en movimiento y en proyección hacia caminos iguales o diferentes, es también percibido como la tensión permanente entre la convivencia y la destrucción, convirtiéndose en algo inevitable y constructivo, pero para nada placentero.

De este modo, el conflicto posee diferentes manejos dentro de una sociedad y de acuerdo al uso que se le de al mismo, este puede generar modificaciones positivas al interior de una sociedad o por el contrario puede ocasionar deterioro y violencia dentro de la misma, como lo es la manifestación del hecho del desplazamiento forzado.

En Colombia el conflicto armado ha afectado a un gran número de personas, sobre todo a la población perteneciente a grupos afrocolombianos, población rural y grupos indígenas.

Este conflicto se agudizó en un comienzo con el surgimiento de los grupos izquierdistas quienes pregonaban la lucha armada como la estrategia para tomar el poder para el pueblo. En la actualidad una de las principales causas del desplazamiento forzado es el conflicto armado que se presenta entre los grupos armados al margen de la ley y el Estado, generando una de las consecuencias sociales más dramáticas y

produciendo que miles de personas se desplacen en el interior del país. En este sentido, es preciso mencionar que las acciones realizadas por parte de los grupos amados se constituyen como la causa fundamental del desplazamiento, es por ello como lo señala Rojas (1993), que el conflicto armado interno que existe entre el estado contra grupos guerrilleros desde hace varias décadas y la infracción de las normas del Derecho Internacional Humanitario a manos de las partes en confrontación, son causas tanto directas e indirectas de desplazamiento forzado.

En la actualidad, es reconocido el incremento de la población desplazada en el país, situación que ha originado riesgos en un alto sector de la población. El CODHES (2008), ha estimado que desde 1985 hasta el año 2007 más de 4 millones de personas se han movilizadado a cabeceras municipales y capitales de departamentos, con los consecuentes efectos individuales, familiares y sociales por este fenómeno; tal es el caso del departamento de Santander, uno de los principales centros de recepción de desplazados del Nororiente Colombiano; muestra de ello, son las consecuencias de las actuaciones del grupo paramilitar “los masetos” palabra derivada del grupo paramilitar muerte a secuestradores en el Magdalena medio, el cual impulsó un gran flujo de abandono de tierras de campesinos que migraron al departamento de Santander (Jerez, 2001). Actualmente Santander se ha convertido en unos de los principales departamentos receptores de desplazados lo cual es confirmado por la cifra revelada por la Acción Social de 99.804 de personas para el año 2007, asimismo, el total de personas declaradas en Santander como desplazadas es de 100.332 por esta misma entidad. De igual manera, el Sistema Único de Registro de la Acción Social muestra que la mayor concentración de desplazados en Santander abarca alrededor de 46.000 personas asentadas en los municipios del Área Metropolitana de Bucaramanga y Lebrija.

De este modo, el desplazamiento es considerado como una estrategia permanente, que utilizan los actores armados para consolidar su control territorial y así poder instaurar y controlar procesos de producción de cultivos ilícitos y garantizar el tráfico de armas e ingreso ilegal de divisas, entre otras cosas. Por otro lado, han surgido nuevas modalidades en las que la población residente ya no es desplazada, sino que se ve obligada por el respectivo actor armado a vincularse de manera forzada a los procesos productivos ilegales, sin posibilidades de salir de la zona para proteger su vida, integridad y libertad, lo cual evidencia la magnitud de esta problemática.

5.2. Desplazamiento Forzado: Definición

Después de revisar la incidencia de esta problemática en el contexto internacional, nacional y regional, se procede a realizar una exploración conceptual acerca del desplazamiento forzado con el fin de entender de una mejor manera esta problemática y los resultados de esta investigación.

5.2.1. Conceptualización del Desplazamiento Forzado

Según la Conferencia Episcopal de Colombia (1995, p.14), el desplazamiento forzado es “una migración provocada, en gran parte por el enfrentamiento, la acción, la interacción o la simple presencia de uno o más actores armados en la llamadas zonas de violencia”.

El desplazamiento forzado es una condición por medio de la cual los seres humanos se ven obligados a migrar dentro del territorio nacional por causa de hechos violentos, los cuales afectan la integridad de individuos, familias o grupos sociales. Al hablar del termino desplazado cabe mencionar que es un termino relativamente nuevo, pues solo hasta hace muy poco quienes salen de su lugar de residencia por circunstancias violentas, encontraron un vocablo con cierta especificidad, “Desplazado”; el cual hace

referencia a la situación especial de esta población, la cual los diferencia de otro tipo de migrantes. Igualmente, este vocablo hace referencia a una persona civil que por lo general se encuentra ubicada en zona rural y que se ve obligada a abandonar su sitio de origen, sus actividades económicas, sociales y culturales, porque su integridad o su vida se ve amenazada por alguna razón que designe violencia.

En Colombia, este término es reconocido legalmente desde el año 1995, a pesar de que los hechos históricos reporten este fenómeno desde tiempo atrás, pero fue solo a través de la Sentencia C-225 de 1995, de la Corte Constitucional Colombiana que se da reconocimiento a esta problemática para posteriormente dar origen en el año de 1997 a la ley 387, la cual define como desplazado a “toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia y las actividades económicas habituales porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personal han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos, infracciones al derecho internacional humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren el orden público”; es por ello que “ser desplazado significa haber perdido “su lugar”, dejar de ser y estar en el lugar en el que se ha sido; ser desplazado es sinónimo de incertidumbre, desarraigo, anonimato, dolor, rabia, presencia terca y obstinada del recuerdo y esfuerzo de olvido” (Bello, 2001, p.8).

Se trata de personas que, debido a persecuciones, o actos de violencia, se han visto obligadas a abandonar sus casas y a dejar su lugar de residencia habitual y a permanecer dentro de las fronteras de su propio país (Agier & Hoffman, 1999).

Con el fin de entender el fenómeno del desplazamiento forzado de una manera integral es necesario clarificar la diferencia entre tres grandes tipos de migrantes en función de la causa que origina el desplazamiento, según Sánchez & Jaramillo (1999), existen tres tipos de migrantes:

1) Migrantes por causas socio-económicas: causado por el decremento de medios de subsistencia, especialmente la parte agrícola.

2) Migrantes por desastres naturales: causados por inundaciones, avalanchas, deslizamientos, etc.

3) Migrantes por razones políticas: causado por conflictos de orden político que se dan al interior de un país por la vía de la violencia. Se distinguen dentro de esta tipología tres subtipos:

a) Asilados: “En el derecho de gentes es el amparo que los países o estados ofrecen a los perseguidos políticos para que la autoridad no los pueda procesar o someter a prisión. El perseguido queda protegido por el país extranjero que concede el amparo” (Rozo, 1986, p.16).

b) Refugiados: Es toda aquella persona que se ve obligada a abandonar su país porque su vida, su seguridad, su libertad están amenazadas por una violencia generalizada o debido a una agresión externa o sucesos que alteran gravemente el orden público del país de origen.

c) Desplazados (internos) : Según lo establecido en la Reunión Técnica de la Consulta Permanente sobre Desplazamiento Interno en las Américas (1993), es desplazado toda persona que se ha visto obligada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o sus actividades económica habituales porque su vida, integridad física o libertad han sido vulneradas o se

encuentran amenazadas debido a la existencia de cualquiera de las siguientes situaciones causadas por el hombre: conflicto armado interno, disturbios o tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones de los derechos humanos u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público.

Una vez abordado el concepto de desplazado interno, en contraste con los diferentes tipos de migración es de gran relevancia tener en cuenta, que conocer las características propias de la población afectada por este flagelo es muy importante ya que a su vez, permite conocer la magnitud de dicho fenómeno.

5.3. Población Afectada por el Desplazamiento

Los desplazados no son una colectividad uniforme u homogénea. Proviene de diferentes sitios y han sido víctimas de distintos grupos armados, también incluye un número desproporcionado de mujeres, niños e indígenas quienes en su mayoría no pertenecen a una etnia, nacionalidad, partido político, religión o colectividad ideológica específica, como lo han señalado Giraldo, Abad & Pérez (1997), pero se especifica que este flagelo azota mayoritariamente a la población campesina, personas con vínculos rurales que en su gran mayoría se dedicaban a trabajos agropecuarios. Son personas que se caracterizan porque antes de su desplazamiento trabajaban bajo condiciones difíciles y con contados recursos, eran en gran parte propietarios pobres y asalariados agrícolas, quienes aunque no poseían la tierra la trabajaban para otros, en distintas formas, aunque no se debe desconocer que este fenómeno también ha azotado a personas de distintos niveles socioeconómicos, encontrando incluso, comerciantes, ganaderos, entre otros. Cabe resaltar que dentro de esta población son los niños y las mujeres los grupos de personas más afectadas por el desplazamiento forzado, pues no solo afrontan las

repercusiones del conflicto armado, sino que también han sido víctimas de otras problemáticas tales como, la violencia intrafamiliar, la violencia sexual, maltratos y abusos, explotación laboral, discriminación y desarraigo, lo cual hace que su condición de vulnerabilidad sea mayor (Movilidad Humana, 2000).

Además, en esta población prevalecen los bajos niveles de escolaridad ya que un 36% no alcanzó a completar la primaria y en algunos casos se presenta el analfabetismo principalmente en la población adulta mayor en un 13,9%. Por otro lado, dentro de algunas de las características sociodemográficas de los grupos poblacionales que se han visto afectados por este fenómeno se pueden mencionar las siguientes: La mayoría de persona desplazadas son mujeres, pues el 54.0% de la población desplazada corresponde al género femenino, el 78,8 % corresponde a jefatura única femenina, son mujeres viudas, que han sido abandonadas o separadas a raíz del proceso del desplazamiento. Un 21,2% de los desplazados corresponde a personas de comunidades negras y un 3,7% a grupos indígenas. Un 17,5 % de los hogares en situación de desplazamiento cuentan con un miembro que presenta discapacidad física o mental (CODHES, 2008).

5.4. Causas del Desplazamiento

El desplazamiento forzado en Colombia es originado por un gran número de causas, sin embargo, las causas más notables que llevan a que miles de ciudadanos migren dentro del territorio nacional, dejando sus pertenencias, abandonando todo lo que poseen, por miedo o por inseguridad, son fundamentalmente, el conflicto armado y la violencia:

- 1) El conflicto armado interno entre diversos actores armados específicamente guerrilla, paramilitares y fuerzas armadas. Según la conferencia Episcopal el desplazamiento responde a la intervención de un actor armado en el 68% de los

casos; de dos actores armados en el 21.1% y de más de dos actores en el 7% de los casos (Sánchez & Jaramillo, 1999).

- 2) El uso de la violencia como mecanismo de resolución de problemas sociopolíticos la cual deriva del mismo conflicto armado con el propósito fundamental de luchar por la tenencia de territorios estratégicos para los distintos actores armados.

De igual manera, Pontin (2003), señala que existen otros factores causales del desplazamiento:

- 3) Carencia de una cultura de valoración de la vida y del respeto del otro en espíritu de tolerancia.
- 4) Incapacidad de reconocer al otro como sujeto de Derechos Humanos y del los derechos y deberes constitucionales.
- 5) Aceptación de la ilegalidad como mecanismo de subsistencia.
- 6) Deslegitimación del Estado e impunidad
- 7) Subordinación de lo Público a intereses privados, que abre y mantiene abiertas las puertas a la corrupción.

Teniendo en cuenta lo anterior, existen diversas causas que originan el desplazamiento forzado en Colombia, lo cual denota que este fenómeno no obedece a desastres naturales sino que por el contrario obedece a hechos violentos que afectan los Derechos Humanos de toda persona. En el origen de toda situación de desplazamiento forzado existe siempre una situación injusta creada deliberadamente por el hombre (Madrid & Garizábal, 1996).

5.5. Tipos de Desplazamiento

Según Sánchez & Jaramillo (1999), existen tres consideraciones básicas para entender el tipo de desplazamiento que se ha desencadenado en Colombia.

- a) Según la cantidad de personas que se desplazan: la tendencia principal es la migración familiar, seguida de la individual y la colectiva la cual corresponde a grupos de familias, amigos o paisanos.
- b) Según los niveles de organización antes del desplazamiento: haciendo referencia a la pertenencia de la población a algún tipo de organización como por ejemplo comunal, sindical, política, cooperativa, parroquial, entre otras.
- c) Según sea el desplazamiento temporal o definitivo: entendiéndose por temporal cuando existe la posibilidad de retornar al sitio de partida y definitivo cuando no es factible volver al sitio de origen o simplemente cuando la población desplazada no lo quiere hacer por temor a la violencia.

Igualmente, existe otra tipología de este fenómeno la cual corresponde a los motivos por los cuales se ven obligados a migrar las personas:

Desplazamiento deliberado de poblaciones de campesinos generado por los diferentes actores armados, el cual se ocasiona para ahuyentar el grupo entero o la comunidad, a través de asesinatos o amenazas físicas.

Desplazamiento no deliberado resultante de confrontaciones entre grupos armados, el cual refiere: bombardeos o acciones militares que atacan indiscriminadamente a la población local, quienes carecen de mínimas garantías y protección hacia sus vidas e integridad física.

Desplazamiento causado por grupos interesados en apropiarse de tierras. Estos grupos actúan a través de actores armados y/o delincuencia común para obligar a los campesinos a abandonar sus hogares y cultivos.

Desplazamiento hacia reservas naturales y forestales, cuyo interés es el establecimiento de cultivos ilícitos. (Norwegian Refugee Council, 2001)

5.6. Implicaciones del Desplazamiento

Al hablar de los efectos del desplazamiento, es importante señalar, que estos abarcan desde la dinámica del desarrollo rural, hasta la marginalidad urbana. Lo cual implica la óptica de los pobladores y a su vez la de los desplazados. Veamos, un poco más detalladamente cómo afecta el desplazamiento en diversos aspectos.

5.6.1. Aspecto social

“El vínculo social del sentimiento de identidad es el más manifiestamente afectado por la migración, ya que justamente los mayores cambios ocurren en relación al entorno, y en el entorno todo es nuevo, todo es desconocido y para ese entorno el sujeto es un desconocido”, (Grinberg, 1984 citado por Bello, 2001, p.20).

El desconocimiento de ese entorno se refiere también a la dificultad que puede presentar el desplazado para trasladarse dentro de la ciudad, para reconocer ciertas instituciones, los servicios urbanos y la manera de acceder a ellos.

Todo tipo de hecho violento que genera desplazamiento, como lo son las masacres, las amenazas y desapariciones, son vivencias que en el individuo afectan sin lugar a duda, la forma de relacionarse de forma positiva y adecuada con los demás, son hechos que repercuten en su vida social.

Cuando una persona es desterrada por la fuerza de su lugar de origen, como es el caso de miles de campesinos que sufren el fenómeno de desplazamiento, se pierde la

vivienda, el trabajo, la identidad, los sueños, la fe y un sinnúmero de elementos que en últimas son las que permiten tener un reconocimiento social, un estatus y unos roles lo cual determina a un individuo como actor social.

Es así, como Restrepo (2002), afirma que el destierro genera un proceso de descontextualización y deculturación en el cual las personas podrían perder o modificar tres de los elementos que conforman al ser humano, su identidad y arraigo, que representa el ser; su cotidianidad, que representa el hacer; y las interrelaciones que representan la comunicación y las relaciones con el mismo, con los demás y con el contexto, aspectos fundamentales para que se de el equilibrio y armonía en los seres humanos.

La identidad social de la persona en situación de desplazamiento se ve afectada por la sencilla razón de que ahora hace parte de un grupo en el cual desconoce las historias y procedencias de los que ahora son sus vecinos, por lo tanto la persona no sabe que esperan los demás de ella, por lo que tampoco sabe que poder decir ni a quien decir.

Sumado a lo anterior se sufre una pérdida del relato construido acerca de si mismo, pues la persona va abandonando o dejando su identificación personal, construida a partir de sus propias experiencias, va dejando además sus expectativas acerca del futuro, de cómo sería el final de sus días (Goofman, 1996).

Algunas otras implicaciones o consecuencias a nivel social en los desplazados según Castillejo (2000), es que pierden contacto con figuras identificatorias y enfrentan pérdidas de tipo afectivo ya sea vecinos, amigos o familiares; pierden su espacio geográfico en el cual se fundamentan formas particulares de vivir, de acuerdo al clima, tipos de alimentos y características del terreno entre otras. Se ven enfrentados a cambios

en las costumbres, creencias y hábitos, se rompe un tejido relacional particular, el cual define códigos, formas y maneras de ser y de estar.

La persona en situación de desplazamiento no cuenta con una preparación para enfrentarse a una nueva cultura, desconociendo las características culturales o climáticas, generando en ellos un shock cultural.

El desplazado al encontrarse con gente desconocida, en la que no confía y sobrellevando un sinnúmero de temores, experimenta la importancia de la confianza y la tranquilidad con la que contaban algún tiempo atrás, la cual ya no es igual, éstas condiciones los llevan a sentirse y convertirse en seres solitarios, aislados, temerosos, dificultando así el llevar una forma adecuada de relación con sus semejantes, de igual manera esta condición de desplazamiento les impide tener un claro y buen manejo de sus sentimientos, emociones y relaciones, llegando a primar en ellos los comportamientos irracionales sobre los racionales, circunstancias que dificultan el tomar decisiones adecuadas ante las situaciones adversas que tiene que enfrentar el desplazado dentro de su ya complicado medio de sobrevivencia (Castaño,1994).

Todas las condiciones anteriormente descritas conllevan a que las personas en situación de desplazamiento continúen manteniendo y sobrellevando el estrés psicológico y dificultad de adaptación y ajuste, años después (Kroll, 2003).

5.6.2. Aspecto Familiar

Una esfera poco mirada, pero que realmente recibe la mayor secuela en todo el proceso del desplazamiento, pues sirve de amortiguador y receptor de toda la tensión es la dinámica familiar (Osorio, 1993).

Los cambios o modificaciones que se dan al interior de las familias que han sufrido la situación de desplazamiento, depende de si éstas se han desintegrado por la

desaparición o muerte de alguno de sus miembros o si la familia se ha desplazado con todos sus miembros.

El grupo familiar de la población desplazada, es el más vulnerable sobre todo en la etapa inicial del éxodo, ya que de este momento depende la construcción de su presente y futuro que incluye decisiones como el alojamiento, y el medio de subsistencia (Osorio, 1993).

Según el CODHES (1997), un gran porcentaje de víctimas de desplazamiento corresponde a mujeres (53%) y (54%) a niños y niñas menores de edad, eso se debe a que casi siempre son los hombres las víctimas del asesinato y las amenazas, por lo cual la mayoría de familias desplazadas se convierten en familias incompletas, en donde son las mujeres las que responden como cabeza de familia.

Las mujeres se convierten en jefes de hogar, por lo que son las encargadas de responder por el sustento y crianza de sus hijos, obligándolas tal situación a desempeñar algún oficio o trabajo para conseguir ingresos y responder frente a tal situación, lo cual les exige ausentarse por largas horas de su hogar, aunque en muchos casos los niños también se ven en la necesidad de trabajar para colaborar económicamente para suplir algunas necesidades en el hogar.

En las familias que se desplazan con todos sus integrantes, pueden existir dificultades a la hora de asumir roles, pues por lo general la ciudad brinda más posibilidades de trabajo a las mujeres que para los hombres, conllevando a que ocasionalmente sean los hombres los que deban quedarse entonces en casa para realizar los trabajos u oficios que comúnmente hacían de las mujeres. Entonces se ve una modificación o cambio de roles que deben asumir en pareja, alterándose en ocasiones los esquemas de poder y autoridad.

Según Bello (2001), en las familias en situación de desplazamiento las relaciones entre padres e hijos también se alteran, en el caso de los hijos adolescentes, los padres sienten que se les salen de las manos, pues al llegar a lugares tan grandes como lo son las ciudades, sienten que pierden el control de saber con quien o en donde andan. En otros casos, suele suceder que en las familias desplazadas se presente la repartición de los hijos a diferentes hogares de familiares o a algunos amigos cercanos.

Para afrontar el fenómeno del desplazamiento algunas familias se ven obligadas a unir varios núcleos familiares o a recibir allegados o familiares cercanos como una forma de supervivencia en la ciudad, llevando a aumentar el número de integrantes de una familia y así generando procesos de transformación de las relaciones y comunicación dentro de los mismos o dentro del nuevo núcleo familiar. Estos procesos de transformación de la dinámica familiar, son entre otros, causales de fenómenos tales como la violencia intrafamiliar y en muchos otros casos el Abuso Sexual, fenómenos que son favorecidos por ambientes de tensión, hacinamiento y crisis, como lo es la situación de desplazamiento; es así, como la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, el desplazamiento forzado, son considerados como varios de los flagelos que han azotado de manera significativa a personas, familias y la sociedad en general (Carvajal & Quintero 2008; Lozano & Nuñez 2007).

Se puede decir entonces que el desplazamiento forzado genera en las familias serios traumatismos, que son creados por todas las situaciones adversas a las que se ven enfrentadas, ya sean a nivel social o económico.

No obstante, la forma en que cada familia desafía las adversidades y su grado de afectación dependerá de sus propias características: “Los vínculos de pareja o familia sólidos y estables ayudarán a afrontar y tolerar, en mejores condiciones, los avatares de

las experiencias de cambio y elaborar los duelos respectivos. Si, por el contrario, estos vínculos son muy conflictivos, la situación de migración agudizará los conflictos y será el disparador de rupturas matrimoniales o de problemas entre padres e hijos” (Grinberg, 1984, citado por Bello 2001, p, 25).

5.6.3. Aspecto económico

En cuanto a las implicaciones económicas que genera el desplazamiento forzado, el impacto es fuerte, pues este genera un aumento aceleradamente de población urbana, con el surgimiento de barrios periféricos o invasiones que carecen de los servicios públicos, servicios sociales, instituciones educativas y fuentes de trabajo (Sánchez & Jaramillo,1999).

Teniendo en cuenta que la mayoría de personas en situación de desplazamiento tuvieron que dejar todas sus pertenencias o venderlas a precios muy bajos, carecen de recursos por lo que no hay que desconocer que esta situación los lleva a albergarse en las ciudades pero en condiciones de pobreza. Solo pueden acceder a sectores donde las tierras se consiguen a muy bajos precios debido a las condiciones o características de las mismas, como por ejemplo, tierras que no cuentan con servicios públicos, o que se encuentran en situación de alto riesgo.

Como lo señalan Castaño & López (1994), después del desplazamiento, el subsistir y poder tener una estabilización socioeconómica, dependerá fundamentalmente del nivel de educación de éstas personas y del grado de organización y participación previo al desplazamiento, a mayor organización, se elevan más las posibilidades de reconstruir redes de apoyo y con ellas un proyecto de vida.

Por lo general, las personas en situación de desplazamiento, antes se dedicaban a los trabajos agropecuarios, a trabajar sus tierras como medio de sostenimiento, al llegar a

la ciudad se ven enfrentados a otro tipo de condiciones, lo cual los lleva a optar por el comercio informal o economía de “rebusque” para poder suplir sus necesidades.

La sobrevivencia de las personas en situación de desplazamiento las obliga a desempeñar en muchos casos trabajos en circunstancias de sobreexplotación y de inestabilidad, (Bello, 2001).

Lo mencionado anteriormente permite observar que el cambio del campo a la ciudad, genera en los desplazados un deterioro en sus condiciones económicas y por ende en sus condiciones de vida.

En conclusión, los efectos que trae consigo el desplazamiento, son diversos y aunque se señalen muchos en diferentes niveles, en la realidad todos convergen en una afectación que no permite ver por separado estos aspectos.

5.7. Consecuencias Psicológicas del Desplazamiento Forzado

El fenómeno del desplazamiento forzado, ha ocasionado variadas incidencias de carácter social, económico, cultural y psicológico en la población afectada.

Es por esto, que ésta investigación se dirige principalmente a describir el estado mental actual de la población en situación de desplazamiento, ya que el individuo como ser integral, interactúa consigo mismo y con otros en su medio habitual, para lo cual requiere de un adecuado funcionamiento de la salud mental, eje fundamental para alcanzar un equilibrio emocional que le permita vivir una realidad social funcionalmente.

Las concepciones sobre salud mental varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes o predominantes. El que una persona sea considerada como enferma o con un

deterioro en su bienestar psicológico, no sólo depende de alteraciones emocionales sino también de las actitudes de la sociedad (Torregrosa, 1996).

Al hablar de las consecuencias psicológicas de las víctimas del desplazamiento forzado, es importante comenzar por abarcar el tema de la salud mental de esta población, ya que las repercusiones psicológicas de cualquier evento violento, como lo es el desplazamiento forzado, afectan de forma directa y significativa la salud mental de las personas víctimas de este tipo de sucesos. Entendiéndose por Salud Mental, la existencia de un estado de balance armónico entre los aspectos cognitivo, emocional y comportamental en el individuo que no involucre más esfuerzo del necesario para conservar dicho bienestar. Como lo refieren la Política Nacional del Campo de la Salud Mental (2007), la salud mental representa un bien social y personal de naturaleza simbólica, emocional y relacional, y por lo tanto, un anhelado bienestar que favorece al desarrollo humano y social, produciendo así capital social, cultural, simbólico y económico, que posibilita el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la restitución de los derechos. Lo cual pone de manifiesto que este concepto indica un concepto dinámico que encierra un equilibrio integral entre los elementos que integran al ser humano y que le permiten establecer relaciones armónicas con el medio.

Si bien es cierto, existen fenómenos como el desplazamiento forzado que marcan la vida de las personas, ya que este hecho equivale a un sinnúmero de sucesos violentos que afectan el bienestar de quienes los sufren, ¿pero realmente qué sucede con la salud mental de las personas que han sido víctimas de hechos traumáticos como el desplazamiento? Este interrogante ha sido realizado, por diversas personas que han realizado investigaciones, intentando comprender de una mejor manera el panorama de la violencia y su relación con la salud mental; dentro de las cuales cabe mencionar las

de los autores Alejo (2005); Gaborit (2006); Londoño, Muñiz, Correa, Patiño, Jaramillo, et al (2005); Santacruz, Chams & Fernández (2006); investigaciones que ponen una vez mas en evidencia la repercusión, que de manera significativa y directa tienen los hechos violentos como el desplazamiento forzado en la salud mental de sus víctimas.

No obstante, es de vital importancia aclarar que las respuestas emocionales de las personas ante este tipo de hechos no son iguales pues según Rozo (2000), dependen en gran medida de recursos psicológicos de la víctima, de su historia de vida personal y social, de la magnitud o gravedad del suceso y de las características de la personalidad de cada quien. Es decir, que las diferencias individuales marcan una pauta importantísima a la hora de comprender las transformaciones que se dan en la vida de una persona que ha sufrido un hecho traumático.

Es por ello, que mediante la presente investigación se intenta caracterizar psicológicamente a la muestra de población víctima del desplazamiento y analizar las diferencias significativas que pueden contribuir a que este acontecimiento sea vivido de manera diferente por las personas.

Al hablar específicamente de las secuelas psicológicas se debe mencionar que la crisis que se genera a partir del fenómeno del desplazamiento, se debe a una desorganización emocional en el individuo, la cual se hace presente por medio de sentimientos de tristeza, miedo, decaimiento, temor, preocupación, zozobra, desesperanza y ansiedad.

Asimismo, Sánchez & Jaramillo (1999), señalan que existen varias teorías que explican las secuelas psicológicas o los cambios en el bienestar psicológico de esta población a partir de diferentes factores. Estas teorías se clasifican en dos grandes categorías, las tradicionales y las contemporáneas. La primera teoría incluye:

1. **Duelo y Separación:** el duelo es un proceso mediante el cual se reacciona frente a la pérdida de un ser o un objeto real o imaginario, dentro del desplazamiento se pueden presentar pérdidas como la de la identidad cultural, el rol, la vivienda, los seres queridos, el trabajo. Estas pérdidas generan, una sintomatología propia de un duelo típico por aquellos elementos importantes que cobraban un sentido en la vida de las personas que incluye su propio espacio o territorio.
2. **Fatalismo:** es la sensación de expectativa por encontrarse en una situación que depende de la suerte o fatalidad, es como encontrarse a la deriva y se asocia con la dificultad para poner en marcha estrategias que permitan afrontar acontecimientos difíciles y el estrés psicológico que genera el estrés psicológico, por tanto se considera que esta población fatalista es más vulnerable para padecer trastornos psicológicos a partir del desplazamiento.
3. **Migración Selectiva:** se refiere al principio de selección natural donde son los fuertes y con mejores estrategias de afrontamiento quienes tienen más probabilidades de no padecer dificultades emocionales.

Las teorías contemporáneas se fundamentan en los siguientes factores:

1. **Eventos Vitales Negativos:** el desplazamiento trae consigo una serie de eventos negativos como lo son las múltiples pérdidas tanto materiales como humanas, este tipo de pérdidas o eventos negativos generan afectación en la salud mental.
2. **Redes de Apoyo Social:** existe una relación entre el apoyo social y el bienestar psicológico de las personas la cual indica que en el fenómeno del desplazamiento cuando se dejan amigos, familiares, vecinos se reducen las redes de apoyo aumentando así, el riesgo a padecer tanto enfermedades físicas como emocionales.

3. Diferencia de Valores: Los valores dependen de la cultura a la que pertenezca la persona que ha sido sufrido el flagelo del desplazamiento y a partir de ella, se puede entender cómo las personas en ocasiones afrontan los hechos.

De esta manera, se entiende que las secuelas o implicaciones en la salud mental de las víctimas de desplazamiento forzado dependen en gran medida de una serie de factores propios de cada sujeto.

Cabe mencionar además que en algunos estudios realizados sobre salud mental, se ha encontrado que las personas que han padecido trastornos psicopatológicos antes de la experiencia traumática son más vulnerables a reincidir en los mismos o en la aparición de nuevos trastornos después de un acontecimiento de este tipo (Hodgkinson & Stewart, 1998; Jones & Barlow, 1990; citados por Aristizabal & Palacio, 2003).

Por otra parte, Morrison (1973) afirma que existen nueve variables que se relacionan con la salud mental y que actúan antes, durante y después del desplazamiento. Antes del desplazamiento: personalidad del migrante, sus experiencias significativas, bagaje cultural, y características de las causas por las que se abandona el sitio de origen y los tipos que motivan a desplazarse al nuevo lugar. Durante la migración sólo reconoce la variable del estrés que se da en el momento del desplazamiento; mientras que para después de la migración observa tres: actitud del nuevo ambiente hacia el migrante, homogeneidad del nuevo ambiente; y cumplimiento de expectativas y aspiraciones.

Lo anteriormente mencionado, justifica de gran manera el trabajo que realizan las diferentes entidades que velan por la restauración de la salud mental de las personas que se encuentran en situación de desplazamiento, pues es de gran importancia conocer las condiciones que anteceden y preceden a las víctimas del desplazamiento. Aunque es importante resaltar que el trabajo que se realiza con personas desplazadas, debe ir mas

allá del mero asistencialismo y darle prioridad al trabajo en la salud mental para proporcionar de esta manera mejores procesos de reestablecimiento y de ajuste a las nuevas circunstancias de vida que deben empezar a afrontar estas personas.

Finalmente, se puede decir que la afectación psicológica que causa el desplazamiento varía de acuerdo a las vivencias que se dan antes, durante y posterior al evento traumático y de acuerdo a los recursos psicológicos con los que cuenta cada persona, sin desconocer que existe una tendencia de la población en particular a desarrollar unos trastornos psicológicos más que otros según lo evidenciado a través de este proceso investigativo.

5.8. Trastornos Psicológicos Asociados al Desplazamiento

Los trastornos mentales se presentan cuando se da un deterioro significativo en el funcionamiento y desempeño de las actividades en los diferentes niveles de la vida, teniendo en cuenta la frecuencia e intensidad en que se presentan. Sin embargo, la experiencia de un hecho violento a nivel sociopolítico, como lo es el desplazamiento, puede ser un catalizador o detonante de la aparición de nuevos trastornos o de aquellos que fueron anteriormente establecidos en la persona por la vivencia de experiencias anteriores.

Según el Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud (2001), en un estudio realizado por la Corporación AVRE en 1991, los cuadros clínicos en los que pudo establecerse el diagnóstico de un trastorno como tal, con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV, correspondieron a una minoría (trastorno de estrés postraumático, depresión mayor, duelo patológico y adicción a sustancias psicoactivas). No obstante, encontraron que estaban presentes sintomatologías importantes en una gran mayoría de la muestra; los diez síntomas de mayor ocurrencia en hombres y mujeres

fueron: preocupación constante (87%), debilidad (79%), sensación de que nada resulta como lo desea (64%), intranquilidad (54%), sentimiento de soledad (51%), agrieras (46%), dificultad para dormir (45%), oleadas de calor (45%), nerviosismo e irritabilidad (43%), y dolores de cabeza (43%). Igualmente, en el Estudio Nacional de Salud Mental – Colombia, realizado por el Ministerio de Protección Social en el 2003, se halló que un 40.1% de la población colombiana presentó algunos de los 23 trastornos del DSM-IV alguna vez en su vida, un 16.0% reportó la presencia de estos trastornos en los últimos doce meses y un 7.4% en los últimos treinta días. Los trastornos más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad en un 19.3%, seguidos por los trastornos del estado de ánimo con un 15% y los trastornos de uso de sustancias psicoactivas en un 10.6%, en cuanto a la prevalencia de los trastornos a nivel individual los más comunes fueron las fobias en un 12.6% seguido por el trastorno depresivo mayor en un 5.3%. Por otro lado se encontró que de acuerdo al nivel de escolaridad, las personas con básica primaria reportaron en un 41.1% mayor prevalencia de los trastornos del DSM-IV; de igual manera sucede con personas separadas o viudas quienes puntúan en un 45.3%, por último se encontró que la prevalencia de intento de suicidio en la población fue de 4.9%. Asimismo, Londoño et al (2005), obtuvo como resultado en un estudio investigativo en Bojayá (Chocó) que el estado de salud mental de las personas víctimas de la violencia armada se caracterizó por la presencia de síntomas de ansiedad y de trastornos del estado de ánimo. De las 40 personas víctimas de la violencia armada, 15 (37%) presentaron trastorno por estrés postraumático. De este modo, es evidente que la afectación en la salud mental de las personas víctimas de hechos como el desplazamiento pone de manifiesto una sintomatología que corresponde a los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad (estrés postraumático) y en ocasiones los trastornos de angustia, esto sin dejar

de lado un sinnúmero de síntomas que no alcanzan a tipificarse como un trastorno mental según el DSM-IV TR.

Los trastornos del estado de ánimo se caracterizan fundamentalmente por una alteración en el humor de la persona presentándose en algunos casos estados de exaltación como por ejemplo, el maniaco, o por estados de profunda tristeza y anhedonia como la depresión mayor, la que se describe como un trastorno, en el cual se presentan sentimientos tristeza profunda, desesperanza, desánimo, decaimiento y además, con alteraciones en las percepciones propias, del mundo, y de los otros. En cuanto a los trastornos de ansiedad específicamente el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) es el que está más asociado con las secuelas del desplazamiento como lo señalan los estudios de Corredor & Jagua (2004); Camacho & Contreras (2004). Del TEPT cabe anotar que es un trastorno que generalmente tiene su aparición tras la exposición a experiencias traumáticas o estresantes que afectan tanto las integridad física como emocional, donde cobran un gran sentido las muertes, agresiones, amenazas e intimidaciones; de la misma forma, se encuentran los trastornos de angustia y la fobia social los cuales manejan de base la presencia de un miedo o malestar intenso en ausencia de un peligro real. Finalmente, es relevante entender que las repercusiones de los hechos violentos tienen manifestaciones psicológicas que alteran la salud mental de las personas ya que los síntomas o secuelas se configuren o no en la presencia de un trastorno.

5.9. Aproximación a la Terapia Cognitiva

Se espera con la presente investigación hacer una aproximación psicológica desde el modelo cognitivo en cuanto a los esquemas maladaptativos tempranos, los contenidos esquemáticos de los trastornos de personalidad y las estrategias de

afrontamiento en la especificidad de la situación del desplazamiento con el fin de elaborar un perfil cognitivo de este tipo de víctima.

5.9.1. Conceptos Básicos

Los orígenes más inmediatos de la psicología cognitiva, se remontan a 1956 aproximadamente, año en que se inicia de forma sistemática el estudio de los procesos cognitivos. La psicología en la década de los cincuenta se caracterizaba por un fuerte apogeo del conductismo, corriente que surgió a mediados de los años veinte y que desde entonces se impuso como la corriente psicológica dominante, especialmente en Norteamérica, este paradigma marginó los procesos cognitivos como fundamentales dentro del estudio de la psicología, como lo fue el estudio de la memoria, la atención, el razonamiento o el mismo lenguaje, los cuales recibieron muy poca atención (Carretero,1998).

El conductismo se caracterizaba por su rigor metodológico y por hacer énfasis en aquellas conductas o comportamientos observables del individuo.

Sin embargo, fue en la misma década de los cincuenta con el abandono relativo del positivismo, como único camino para la ciencia, que muchos psicólogos empiezan a contemplar la posibilidad de que aquellas observaciones que ellos hacían, no fueran tan objetivas como pensaban, pues comenzaron a creer que estas observaciones estaban mediadas por aspectos subjetivos, como sus motivaciones, deseos, intenciones entre otras. Todo esto fue dando paso a la naciente Psicología cognitiva, la cual retoma o recupera la conciencia como objeto de estudio para la psicología, conciencia vista desde lo cognitivo como el asentamiento de los procesos mentales. Es así, como la psicología cognitiva se fundamenta en el concepto de cognición, que hace referencia al procesamiento del conocimiento y la información; por ende, el individuo no se comporta

solo a razón de fuerzas inconscientes o sólo por simple respuesta a los estímulos externos e internos, sino de acuerdo a la manera como procesa, a nivel cognoscitivo, la información que capta del su medio. Todo esto quiere decir que tanto las conductas como las emociones de los individuos están intervenidas por las percepciones que estos tienen de los hechos. Lo que establece o determina lo que una persona siente no es la situación en si, sino la interpretación que hace de la misma, por lo cual la respuesta emocional de una persona dependerá de las percepciones que el mismo tiene, por la manera en que interpreta y piensa acerca del hecho o evento.

Según Calderón (2004), el análisis o estudio de los procesos cognitivos se puede efectuar a partir de tres niveles:

1. Tríada Cognitiva: consiste en tres pautas cognitivas que inducen a la visión acerca de si mismo, la visión de sus experiencias o de su entorno y la visión del futuro.
2. Distorsiones Cognitivas: son los errores que se dan en el procesamiento de la información y que derivan de los esquemas cognitivos, sencillamente son las interpretaciones erróneas de la realidad.
3. Esquemas Cognitivos: son los significados personales concernientes al si mismo, a los eventos, las personas y las cosas, hacen referencia a la forma en que los individuos estructuran su visión del mundo

Dentro de los fundadores de la terapia cognitiva, se encuentran Aaron Beck y Albert Ellis; este ultimo creó la terapia racional emotiva, basada en su modelo A-B-C, mediante este modelo, Ellis afirmaba que los trastornos emocionales (C) no procedían directamente de los acontecimientos o experiencias actuales o pasadas (A), sino de ciertas creencias o ideas irracionales que el individuo había adquirido (B) (Ellis, 1999).

Por tanto la teoría de Ellis enfatiza en modificar aquellas creencias irracionales que posee el individuo por creencias más racionales y funcionales, pues en últimas lo que determinan que un hecho o acontecimiento tenga mayor o menor afectación, son las creencias o las valoraciones personales de un individuo.

En Beck & Freeman (1995), se exponen los orígenes del modelo cognitivo, a raíz de los trabajos realizados sobre la depresión, donde se logró identificar que en los sujetos que padecían este trastorno, sus sentimientos y conductas estaban determinadas por sus esquemas cognitivos o estructuras de pensamiento formadas a partir de las experiencias; que en términos de Ellis corresponden a las creencias irracionales. Estas estructuras de pensamiento solían realizar interpretaciones equivocadas de los hechos, lo que Beck denominó Distorsiones cognitivas, las cuales generan problemas o repercusiones a nivel emocional y conductual.

La terapia cognitiva propuesta por Beck, se constituye entonces a partir de que el individuo sea capaz de detectar sus distorsiones cognitivas y posteriormente modificarlas.

Con los desarrollos de la terapia de Beck y Ellis, la psicología cognitiva se fue posicionando como sistema de psicoterapia, y hoy por hoy es considerada una de las corrientes más influyentes.

Cabe recordar entonces que para el modelo cognitivo, los trastornos o perturbaciones mentales son básicamente un desorden del pensamiento, se presentan cuando el individuo distorsiona la realidad, causando así emociones disfuncionales y dificultades conductuales (Beck, 2000).

Teniendo en cuenta las variables analizadas dentro de la investigación se hace necesario ubicar conceptualmente; las estrategias de afrontamiento, los contenidos

esquemáticos de los trastornos de personalidad y los esquemas maladaptativos tempranos, elementos estos a partir de los cuales se constituye el perfil cognitivo en la presente investigación.

5.9.2. Estrategias de Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento hacen parte del modelo cognitivo y del grupo de variables a analizar las cuales intentar evaluar cómo las personas afrontan las situaciones que viven a diario. Es por ello que se ahondará en detalle en que consisten.

5.9.2.1. Afrontamiento

Como se mencionó anteriormente, el modelo cognitivo considera que las emociones y conductas de una persona se encuentran determinadas por sus percepciones y demás procesos cognitivos los cuales le permiten al individuo utilizar las estrategias para afrontar los diferentes eventos a los que se enfrenta la vida de todo ser humano. Entendiéndose por afrontamiento a la capacidad que posee el hombre para sortear y sobrellevar las situaciones por las que pasa una persona. Según, Belloch, Sanin & Ramos (1995), se indica que el afrontamiento es fundamental como proceso mediador entre acontecimientos estresantes y la salud mental.

Lazarus & Folkman (1986), enuncian que dentro del proceso de afrontamiento existen tres etapas: 1) Anticipación, 2) Impacto o confrontación 3) Postimpacto o postconfrontación.

1. Anticipación: Esta etapa se da cuando no se ha desarrollado el acontecimiento pero se sospecha que éste ocurrirá y se realiza una valoración de cómo se abordaría si aconteciera.

2. Impacto o confrontación: Durante este espacio se confronta los pensamientos anticipados (en la etapa anterior) y los que se viven a partir de la situación estresora, reevaluando de esta manera la situación actual.
3. Postimpacto o postconfrontación: En esta última etapa, la persona se ve enfrentada a solucionar todos los hechos, producto de la situación estresora a la que se ha visto sometido.

Como lo indican Lazarus & Folkman (1986), el concepto de afrontamiento se desarrolló aproximadamente en los años 40's y 50's y refieren que el afrontamiento es el esfuerzo tanto cognitivo como conductual que se modifica de acuerdo a las demandas internas y externas que necesite suplir la persona, estas varían según la evaluación que realice la persona de acuerdo con los recursos que posee, de igual manera, éste proceso cambia, pasando de estrategias defensivas a estrategias para la resolución de problemas de acuerdo con las evaluaciones y reevaluaciones que la persona realice de su entorno y de sí mismo.

Las estrategias de afrontamiento o estrategias coping, permiten al individuo orientar para la resolución del problema, para reducir o eliminar la respuesta emocional o para modificar la evaluación inicial que se hace de la situación (Lazarus & Folkman, 1986; Fernández-Abascal & Palmero, 1999 citados por Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre, 2006).

Según Lazarus y Folkman (1986), existen dos tipos de estrategias de las cuales se desglosan ocho maneras de afrontamiento. Las dos tipos de estrategias son; 1) Estrategias para la regulación emocional, las cuales designan la tendencia a lograr un equilibrio emocional cuando se ha hecho una evaluación de una situación amenazante u ofensiva, con el fin de conservar la confianza y tranquilidad. 2) Estrategias para resolver

problemas, éstas se dirigen al reconocimiento del problema y así, obtener alternativas de solución, de acuerdo a la aplicación y ganancia que esta traiga consigo. En este mismo sentido, las ocho maneras de afrontamiento que se derivan de las categorías anteriores son:

- 1) Manejo confrontador: se refiere a la resolución de los problemas de manera a través de una forma directa, agresiva o arriesgada.
- 2) Distanciamiento: consiste en alejarse de las circunstancias adversas impidiendo que estas impliquen afectación.
- 3) Autocontrol: se define en el control propio de los sentimientos y emociones
- 4) Búsqueda de Apoyo Social: consiste en buscar asistencia de otros a nivel emocional, social, económico y otros.
- 5) Aceptación de Responsabilidad: se fundamenta en aceptar las responsabilidades de los propios actos.
- 6) Escape – Evitación: consiste en focalizar la atención en otros pensamientos ineficaces que no se relacionan con la confrontación directa de la realidad.
- 7) Resolución Planificada del Problema: indica poner en marcha un plan concebido con anterioridad.
- 8) Revaloración Positiva: Ver los aspectos positivos de las situaciones que acontecen.

De lo anterior se concluye que el afrontamiento incluye una utilización constante de diversas estrategias de acuerdo a la situación y al progreso la misma, lo cual hace pensar que el afrontamiento es cuestión de etapas, ya que en un principio el afrontamiento en un hecho traumático como el desplazamiento puede darse como un proceso de duelo debido a las múltiples pérdidas a las que se ven sometidas las personas, posteriormente se puede

presentar ansiedad, depresión y decaimiento seguido de la aceptación de la pérdida, éste procesos puede tardar días, meses o años, dependiendo de las maneras de afrontamiento que se empleen.

Por otro lado, es importante mencionar que algunos autores como Fernández-Abascal & Palmero (1999), indican que las respuestas cognitivas y actitudinales pueden ser activas, pasivas o evitativas; activas cuando los respuestas se encuentran dirigidas a buscar una solución, pasivas cuando no se genera ningún tipo de respuesta frente a la situación a afrontar y evitativas cuando se evade la situación para no ser afrontada; debido a esto las estrategias pueden ser adaptativas o no, si estas promueven la salud a largo o corto plazo.

De esta manera, se ha implementado La Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M) que permite evaluar las estrategias que son utilizadas por las personas frente a diversas situaciones cotidianas.

La Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) surgió a raíz de las modificaciones que se hicieron a la Escala de Estrategias de Coping-Revisado (EEC-R) de Chorot & Sandín (1993 citado por Londoño et al, 2006), este instrumento estaba conformado por nueve escalas: 1) Focalización en la situación problema 2) Autocontrol 3) Reestructuración cognitiva 4) Búsqueda de apoyo social 5) Religión o espiritualidad 6) Búsqueda de apoyo profesional 7) Autofocalización negativa 8) Expresión emocional abierta y 9) Evitación.

A partir de la modificación realizada, La Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M), y a través de su análisis factorial, se logró obtener doce factores específicos, que representan la información sobre la manera como la población emplea sus recursos tanto cognitivos como comportamentales para resolver los problemas.

La Escala de Estrategias de Coping Modificada, (EEC-M), fue reagrupada en 12 factores: solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, reevaluación positiva, negación y autonomía (Londoño et al, 2006).

Solución de Problemas: estrategia cognitiva en la que se busca analizar las causas del problema y generar alternativas de solución.

Búsqueda de Apoyo Social: estrategia comportamental en la cual se expresa la emoción y se buscan alternativas para solucionar el problema mediante la ayuda de otras personas, principalmente por el grupo de amigos o familiares.

Espera: estrategia cognitivo-comportamental se define por esperar que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo.

Religión: estrategia cognitivo-comportamental que busca a través del rezo y la oración tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generan ante el mismo.

Evitación Emocional: estrategia cognitivo-comportamental en la cual se evitan expresar las emociones, dada la carga emocional o la desaprobación social.

Búsqueda de Apoyo Profesional: estrategia comportamental en la cual se busca el recurso profesional para solucionar el problema o las consecuencias del mismo.

Reacción Agresiva: estrategia comportamental en la que se expresa la ira y la hostilidad abiertamente como consecuencia de la frustración y la desesperación, reaccionando de manera agresiva hacia los demás, hacia sí mismo o hacia los objetos.

Evitación Cognitiva: estrategia cognitiva en la que se busca eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores a través de la distracción.

Reevaluación Positiva: estrategia cognitiva que busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen al enfrentar la situación.

Expresión de la dificultad de afrontamiento: describe la tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, para expresarlas y resolver el problema.

Negación: tendencia a comportarse como si el problema no existiera, se trata de no pensar en el problema y alejarse de las situaciones que se relacionan con él de manera temporal, como una medida para tolerar o soportar el estado emocional que se genera.

Autonomía: hace referencia a la tendencia en responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales.

5.9.3. Esquemas

Un esquema según lo establecido por Young (1999), es la organización de la información que el individuo ha almacenado por la vivencia de las respuestas ante las experiencias vividas anteriormente y también de las experiencias que se encuentran cohesionadas y de manera constante, siendo los encargados de guiar las percepciones y valoraciones posteriores.

Los esquemas son estructuras cognitivas internas que determinan la interpretación, codificación, comprensión y visión de mundo que tienen las personas acerca de sí mismos, de los otros y de las circunstancias en las que se ven inmersos, es por ello, que el contenido de los esquemas, según Beck & Freeman (1995 p.69), se relaciona con las relaciones personales o con categorías impersonales; personales

cuando la relación se da con uno mismo o con los demás e impersonales cuando la interacción se da con objetos inertes. Asimismo, refieren que en psicopatología el término “esquema” designa “una estructura con un contenido idiosincrásico altamente personalizado, que se activan durante trastornos tales como, la depresión, la ansiedad, las crisis de angustia y las obsesiones, y se vuelven predominantes”.

Desde Piaget (1997), los esquemas mentales son estructuras funcionales altamente dinámicas que determinan los procesos de asimilación, entendida esta como un aspecto primordial en el procesamiento cognitivo que implica una función biológica y psicológica y que permite incorporar al esquema toda la información recibida.

Los esquemas poseen diferentes funciones, de acuerdo con esto se pueden dividir en esquemas cognitivos, dirigidos a seleccionar, interpretar y almacenar determinada información; los esquemas afectivos, encargados de originar los sentimientos o emociones; los esquemas motivacionales, que aluden a los deseos en el individuo; los esquemas instrumentales, que disponen al individuo para la acción y los esquemas de control que direccionan el accionar de toda persona (Beck & Freeman ,1995).

Por otro lado, se considera que el origen y configuración de los esquemas se encuentran determinados por factores tanto genéticos como ambientales, así lo señala (Piaget, 1997, citado por Restrepo, 2007), lo cual indica que los aspectos hereditarios y aprendidos tienen gran influencia a la hora de estructurar los esquemas.

5.9.3.1. Esquemas Maladaptativos

Los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT) hacen parte de los esquemas cognitivos determinados por el ambiente de carácter disfuncional. Young 1999, citado por Restrepo, 2007, concibe los EMT como estructuras considerablemente estables y duraderas que se construyen durante la infancia, se desarrollan a través de toda la vida

del individuo y son disfuncionales en alto grado; estos esquemas sirven como plantillas a través de las cuales se procesará posteriormente la información. Una característica de estos, es que son resistentes al cambio, y a pesar de tener un carácter disfuncionales suelen ser en gran medida cómodos.

El origen de los esquemas maladaptativos es aprendido y se da a partir de experiencias traumáticas experimentadas en la infancia es por ello, que traen consigo un factor implícito de vulnerabilidad que son aprendidos de manera similar a otro tipo de vulnerabilidades cognitivas. Igualmente, Manrique (2005) afirma, que los esquemas maladaptativos tempranos tienen su base en los siguientes aspectos:

- 1) *Necesidades Emocionales Básicas no Satisfechas*: Hace referencia a las necesidades emocionales no satisfechas en la infancia.
- 2) *Experiencias Tempranas de Vida*: Son el aspecto fundamental para que se desarrollen los EMT en la infancia debido a experiencias traumáticas que por lo general tiene lugar dentro del núcleo familiar.
- 3) *Temperamento Emocional*: Este aspecto designa el temperamento que se desarrolla de acuerdo a la personalidad de cada individuo.

Según, La Teoría Centrada en Esquemas existen una serie de Esquemas Maladaptativos Tempranos clasificados de acuerdo a dominios.

De acuerdo a las revisiones teóricas que se han realizado del Young Schema Questionnaire, para evaluar los esquemas maladaptativos tempranos, han surgido diferentes versiones del cuestionario. El Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition validado por Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Maestre et al (2005) en una muestra de población colombiana y utilizado dentro de la presente investigación, agrupó once factores a evaluar, entre los que se encuentran:

Abandono: Este esquema hace referencia a que los demás son personas con inestabilidad emocional e indignos de confianza para ofrecer apoyo. Implica el sentimiento de que los otros no pueden proveer apoyo emocional, conexión o protección. Debido a que son personas emocionalmente impredecibles o inestables.

Insuficiente Autocontrol y Autodisciplina: Se caracteriza por la dificultad generalizada para ejercer control sobre los propios impulsos y emociones, por restringir la expresión de las mismas, además, de ello, indica la falta de disciplina para lograr cumplir con las metas u objetivos propuestos.

Desconfianza/Abuso: Hace referencia a la creencia de que las otras personas herirán, engañarán, o harán a la persona víctima de sus abusos, humillaciones, engaños o mentiras.

Deprivación Emocional: Se refiere a la creencia de que las propias necesidades de afecto, empatía y cuidado nunca serán satisfechas por las demás personas de forma adecuada.

Involucra el sentimiento de que no se es comprendido, escuchado, valorado o apoyado de forma adecuada por los demás.

Vulnerabilidad al daño o a La Enfermedad: Es una creencia que se dirige hacia la anticipación de catástrofes, este indica el excesivo temor a que la calamidad o el desastre ataque sin poder prevenirlo y sin ser capaz de protegerse a si mismo.

Autosacrificio: Consiste en la concentración excesiva y voluntaria de satisfacer las necesidades de los demás en situaciones de la vida cotidiana, se apropian de conductas como evitar dolor a los demás y sentirse egoístas.

Estándares Inflexibles/Hiper crítica: Consiste en la tendencia a exigirse por cumplir estándares muy elevado de conducta con el fin de evadir las críticas. Implica un daño significativo en el disfrute de actividades placenteras, sentimientos de presión, disminución

de trabajo, deterioro en la relajación, autoestima, perfeccionismo, reglas rígidas y deberías, preocupación por tiempo y eficiencia.

Inhibición Emocional: Exagerada inhibición de los sentimientos con el fin de evitar la desaprobación de los otros.

Derecho/Grandiosidad: Sentimiento de superioridad ante los demás, acompañado de la creencia de que se tiene el derecho a acceder a privilegios que los otros no poseen.

Inmaduro /complicado.

Finalmente, se destaca la importancia que tiene el conocimiento y comprensión de estos elementos cognitivos –Esquemas Maladaptativos Tempranos- para éste trabajo de investigación, con la población en situación de ya que beneficia el entendimiento de los resultados de la misma

5.9.4. Contenidos Esquemáticos de los Trastornos de Personalidad

La personalidad constituye los rasgos y características propias de cada individuo que permiten hacer una diferencia entre los seres humanos, estas características suelen ser permanentes al largo del tiempo. Además, la personalidad como la conciben Beck & Freeman (1995), es una organización estable formada por modalidades y sistemas, entendidos como estructuras o esquemas de los cuales dependen las respuestas conductuales. Del mismo modo, señalan, que se habla de trastornos de la personalidad cuando sus rasgos o características son disfuncionales impidiéndole la adaptación al medio.

Las creencias centrales son ideas esenciales y profundas acerca de uno mismo, de los demás y del mundo, concebidas como verdades absolutas, son rígidas, generalizándose en gran manera, y se desarrollan por lo general a partir de la infancia. Las creencias centrales o esquemas de los trastornos de personalidad pueden

considerarse como elementos de vulnerabilidad cognitiva para la psicopatología, éstas son activadas por situaciones amenazantes y se persisten a través de las estrategias interpersonales que mantienen los ciclos disfuncionales propios de los trastornos de personalidad (Londoño, Maestre, Marín, Schnitter, Castrillon et al, 2003).

De acuerdo con esto, es de mencionar que la mayoría de personas que padecen un trastorno de personalidad no son conscientes de su situación, llevándolas a pensar que sus pautas de comportamiento son totalmente normales para ellos. No obstante los individuos que sufren de los trastornos presentan conductas hipertrofiadas, hiperdesarrolladas y otras infradesarrolladas. Para su clasificación se hace necesario elaborar un perfil a partir de los rasgos típicos los cuales comprenden los niveles cognitivos, afectivos y conductuales.

Los perfiles cognitivos se consideran dentro del modelo cognitivo, como factores de vulnerabilidad psicológica dentro de la cadena causal. Estos perfiles son reconocidos como una condición esencial que ante la presencia de ciertos factores psicosociales estresantes congruentes con los esquemas, pueden llegar a producir la psicopatología. Dentro del modelo cognitivo, los trastornos psicológicos refieren la presencia de un perfil cognitivo específico que se estructura a través de los contenidos esquemáticos y de la información que el sujeto procese de manera sesgada y de pensamientos negativos automáticos; por ende, el contenido del pensamiento en cada uno de los trastornos de la personalidad posee sus particularidades (Londoño et al, 2003).

De acuerdo a lo anterior se han construido instrumentos que permiten evaluar las creencias centrales asociadas con los trastornos de la personalidad, fundamentadas en el modelo de la terapia cognitiva. Es así, como el cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad (CCE-TP) permite realizar una evaluación de los

elementos cognitivos en términos de creencias centrales, para lograr de esta manera un mejor alcance en el análisis de los perfiles cognitivos de dichos trastornos, tomando como base la concepción de la personalidad en cuanto dimensiones de rasgos cognitivos, emocionales y comportamentales (Londoño et al, 2003).

El cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad (CCE-TP) fue creado con el objetivo de evaluar las creencias disfuncionales de los trastornos de la personalidad, de acuerdo con las categorías del perfil cognitivo.

Los perfiles cognitivos son:

El perfil cognitivo obsesivo –compulsivo: Se caracteriza por la inflexibilidad ante los cambios y el orden, por lo que mantiene constantemente rituales que les permiten alcanzar su fin, por ende, se presentan estados de ansiedad y presentan dificultades para terminar las actividades iniciadas y tomar decisiones. La estrategia para este perfil consiste en un sistema controlado por reglas por lo cual difiere en sus relaciones interpersonales.

El perfil cognitivo obsesivo – exigente: Se caracteriza por el perfeccionismo extremo de las cosas, por la gran tendencia mantener gran una rigidez mental por lo cual tiende a censurar y criticar a los demás, están determinados por los “debería”. Describe a personas que se caracterizan por presentar una actitud de constante crítica frente a los demás, consideran a los otros como incompetentes, irresponsables, autocomplacientes y descuidados.

El perfil cognitivo pasivo-agresivo: Este perfil describe a personas con tendencia a mostrar rechazo frente a quienes asumen el rol de autoridad, y las consideran como controladoras, intrusivas y entrometidas. Perciben las reglas como la manera en que los

otros buscan frustrarlos; además, de caracterizarse por el sentimiento de insatisfacción permanente.

El perfil cognitivo histriónico: Este perfil corresponde a la expresión emocional exagerada de las emociones, intentan formar alianzas con los demás, siempre y cuando se sea el centro de atención para buscar impresionar y cautivar a los demás.

El perfil cognitivo narcisista: Este perfil manifiesta ideas de grandiosidad y auto exaltación, sin considerar las demandas de los otros y preocupándose por suplir sus propias necesidades.

El perfil cognitivo esquizoide: Este perfil expone el aislamiento y exhortación en los propios pensamientos excluyéndose de las conexiones con el mundo real y otras personas. No se da cabida al establecimiento de acercamientos íntimos con otros, pues representa un riesgo infalible para su integridad, sienten incomodidad al sentir compromisos con los demás y tienden a evitar tener estos compromisos.

El perfil cognitivo límite: Corresponde a un patrón general de inestabilidad emocional viéndose afectadas sus relaciones interpersonales, la auto-imagen y la afectividad, y una notable impulsividad que se da en diversos contextos.

El perfil cognitivo paranoide: El perfil describe personas que se consideran celosas y suspicaces, tienden a ser desconfiadas y a estar en guardia para no ser utilizadas o manipuladas por los demás. Con una tendencia permanente de malas interpretaciones de las intenciones y acciones de los demás, considerando estas acciones como obstaculizantes, discriminativas y humillantes.

Finalmente, la comprensión de los elementos cognitivos: Estrategias de Afrontamiento, Esquemas Maldaptativos y Contenidos Esquemáticos de los trastornos de personalidad, constituyen la forma en que se hará la caracterización psicológica de la

muestra de investigación, personas víctimas de desplazamiento, lo cual nos permitirá identificar el perfil cognitivo de esta población. Así mismo el abordaje conceptual realizado acerca del fenómeno del desplazamiento y del modelo cognitivo permitirá entender con mayor claridad los resultados arrojados en la presente investigación y su implicación en la salud mental de la muestra estudiada.

6. MÉTODO

6.1. Tipo de Investigación

La investigación se desarrolló por medio de un estudio Descriptivo, el cual procura describir cuál es la condición mental de las personas en situación de desplazamiento, determinando la presencia de los trastornos mentales en la muestra, según los criterios establecidos por la American Psychiatric Association señalados en el DSMIV- TR. Asimismo determinar la presencia de los perfiles cognitivos asociados a los trastornos de personalidad, los esquemas maladaptativos tempranos y el uso de las estrategias de afrontamiento en la muestra víctima de desplazamiento forzado.

6.2. Diseño

El diseño implementado corresponde a un estudio no experimental, de corte transversal.

6.3. Participantes

Se trabajó con personas mayores de dieciocho años, víctimas de desplazamiento forzado, pertenecientes a los asentamientos de Guatiguará (Piedecuesta).

6.4. Muestra

La muestra que participó en la presente investigación corresponde a un total de 100 personas víctimas de desplazamiento forzado; 70 mujeres y 30 hombres con un

rango de edad entre 18 y 79 años y un promedio de 37 años, con un nivel educativo medio, primaria 48% y bachillerato 38%, habitantes del municipio de Piedecuesta.

6.5. Lugar

Centro de Proyección Social Piedecuesta de la Universidad Pontificia Bolivariana.

6.6. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en la presente investigación se describen a partir del proyecto nacional en ejecución a cargo de Maestre et al (2006):

Entrevista estructurada M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview) (MINI, 2000), entrevista de breve duración que evalúa los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y el CIE-10. La M.I.N.I está dividida en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos o no.

Modulo A: Episodio Depresivo Mayor: alteración del humor, con una descripción de episodios afectivos en donde la persona expresa haberse sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días y ha tenido pérdida del interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban .

Módulo B: Trastorno Distímico: estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años, en los cuales se ha sentido desanimado o deprimido.

Módulo C: Riesgo de Suicidio: ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado estar muerto, ha querido hacerse daño, ha pensado en el suicidio, ha planeado como suicidarse o ha intentado hacerlo.

Módulo D: Episodio (Hipo) Maníaco: se ha presentado un periodo de tiempo en el cual la persona se ha sentido exaltado, eufórico o tan llena de energía o segura de si mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que no estaba en su estado habitual (sin considerar periodos de intoxicado con drogas o alcohol. Persistentemente ha estado irritado por varios días, ha tenido discusiones, peleaba, o les gritaba a personas fuera de su familia, otros han notado que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparando a otras personas.

Módulo E: Trastorno de Angustia: se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. En más de una ocasión, la persona ha presentado crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o intranquilo, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así, alcanzando un máximo de expresión en los primeros 10 minutos. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control.

Módulo F: Agorafobia: se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia: como

el estar en una multitud, el permanecer en fila, el estar solo fuera de casa, el permanecer solo en casa, el viajar en autobús, tren o automóvil.

Módulo G. Fobia Social: Se caracteriza por un miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas. En el pasado mes, la persona tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estuvieran observando, de ser el centro de atención o temió una humillación, incluyendo cosas como hablar en público, comer en público o con otros, escribir mientras alguien le mira o estar en situaciones sociales.

Módulo H: Trastorno Obsesivo-Compulsivo: presencia de obsesiones y compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente graves como para provocar pérdida de tiempo significativas o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo. En el último mes la persona se ha sentido molesta con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas, como la idea de estar contaminado, sucio o tener gérmenes, o miedo a contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales, o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas.

Módulo I: Trastorno por Estrés Postraumático: aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física, y se ha respondido con temor intenso, terror o impotencia, ha revivido el evento

de una manera angustiosa (ej. Lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas).

Módulos J: Abuso y dependencia de alcohol: grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia alcohólicas a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida auto-administración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de bebidas alcohólicas.

Módulo K: Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas: grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo sustancias no alcohólicas a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ellas. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de las sustancia. En los últimos doce meses se ha tomado alguna de estas drogas, en mas de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de animo: Estimulantes: anfetaminas, “speed”, cristal, dexedrine, ritalina, píldoras adelgazantes. Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, “speedball”. Narcóticos: heroína, morfina, dilaudid, opio, demerol, metadona, codeína, percodan, darvon. Alucinógenos: LSD (ácido) mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, “peace pill”) “psilocybin”; hongos éxtasis, MDA, MDMA. Inalantes: pegamento, “éter”, óxido nitroso, (“laughing gas”), “amyl” o “butyl nitrate” (“poppers”). Marihuana: hashish, thc, pasto, hierba, mota “reefer”. Tranquilizantes: qualude, seconal (“reds”), valium, xanax, librium, ativan, dalmane, halción, barbitúricos, “miltown”. Tranquimazin: lexatin, orfidal. Otras drogas: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. Cualquier otra droga, especificarla.

Módulo L: Trastornos Psicóticos: Mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes en una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes, como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico. Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien lo espiaba, conspiraba o trataba de hacerle daño, ha tenido la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que podría leer o escuchar los pensamientos de otros, ha creído que alguien o que una fuerza externa ha metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual, a tenido la impresión de que está poseído, a creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor, o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente, ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces.

Módulo M. Anorexia Nerviosa: consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o el tamaño del cuerpo. En los últimos tres meses la persona ha evitado engordar, ha temido ganar peso o ponerse gorda.

Módulo N. Bulimia Nerviosa: consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso, en donde la autovaloración se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. En los últimos meses se ha dado atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimento en un período de 2 horas, al menos dos atracones por semana.

Módulo O. Trastorno de Ansiedad Generalizada: ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observa en un período superior a 6 meses y que se centra en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. La persona se ha sentido

preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos seis meses, todos los días.

Módulo P: Trastorno Antisocial de la Personalidad: patrón general de desprecio o violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o a principios de la adolescencia y continúa en la edad adulta. Antes de cumplir los quince años faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia, mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia, iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba, destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos, maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente, ha forzado a alguien a tener relaciones. Después de cumplir los quince años se ha comportado repetidamente de una forma que otros consideran irresponsable como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse, ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (Ej.: destruir alguna propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito), ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos), ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse, ha expuesto a otros a peligros sin que le importara, no ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros.

Módulo Q: Trastornos Sexuales: la actividad sexual genera malestar o dificultades en la relación interpersonal, generalmente acompañada por una significativa pérdida del interés en la actividad sexual, fantasías y deseos sexuales, lo que lleva a la evitación del contacto genital con la pareja; cuando se tiene actividad sexual hay retraso en la consecución del orgasmo o dolor en genitales tras la culminación de la relación.

Young Schema Questionnaire YSQL₂ (Castrillón, et al. 2005). Desarrollado por Young para evaluar los esquemas maladaptativos tempranos y fue validado en Colombia, por medio de la aplicación del Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition en la ciudad de Medellín en una muestra aleatoria y representativa de 1419 estudiantes universitarios (Castrillón et al. 2005). Este instrumentó arroja una alta confiabilidad que oscila entre el .071 y el 0 .85 según el alfa de Crombach.

Cuestionario de contenidos esquemáticos de los trastornos de la personalidad CCE-TP (Londoño, et al. 2005). Consta de 29 ítems y evalúa los contenidos esquemáticos de los trastornos de la personalidad, entre los que se encuentran perfiles cognitivo paranoide, cognitivo esquizoide, cognitivo histriónico, cognitivo límite, cognitivo narcisista, cognitivo obsesivo compulsivo, cognitivo obsesivo – exigente, cognitivo pasivo-agresivo. Los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de 6 valores, representando la presencia de las creencias y el grado en que esta lo describe. Este cuestionario obtuvo un alto nivel de confiabilidad correspondiendo a un alfa de crombach de 0,931.

Escala de Estrategias de Coping Modificado EEC-M (Londoño, et al. 2005). Consta de 69 preguntas, evalúa 12 estrategias de afrontamiento al estrés y está basado en la teoría de Lázarus y Folkman (Lazarus y Folkman, 1986). Entre las estrategias de afrontamiento al estrés que evalúa se encuentran: Solución de Problemas (SP), Búsqueda de Apoyo Social (BAS), Espera (ESP), Religión (REL), Evitación Emocional (EE), Reacción Agresiva (RA), Evitación Cognitiva (EC), Reevaluación Positiva (EP), Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA), Negación (NEG) y Autonomía (AUT). Este cuestionario obtuvo un alfa de crombach de 0,847 en su validación para Colombia.

6. 7. Procedimiento

1. Revisión bibliográfica, elaboración del consentimiento informado y preparación de los protocolos a utilizar.
2. Contacto con la comunidad y selección de la muestra.
3. Aplicación de los cuestionarios.
4. Análisis y Procesamiento de datos recolectados a través del programa estadístico SPSS Windows versión 13.0.
5. Análisis de resultados y elaboración del informe final.

7. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el presente estudio. Inicialmente se presentan los datos descriptivos de la muestra y a continuación la comparación de medias y los gráficos de prevalencia en función de las variables analizadas.

Tabla 1.
Estadísticos Descriptivos Datos Sociodemográficos (n= 100).

Edad	Media	Desviación Típica	Máximo	Mínimo	
	37,07	14,148	79	18	
Sexo	Masculino		Femenino		
	30 %		70 %		
Estado Civil	Soltero	Casado	Unión Libre	Viudo	Separado
	21 %	33 %	40 %	4 %	2 %
Nivel Educativo	Ninguno	Primaria	Bachillerato	Superior	
	11 %	48 %	38 %	3 %	
Nivel Socio Económico	1		2	3	
	90 %		6 %	4 %	

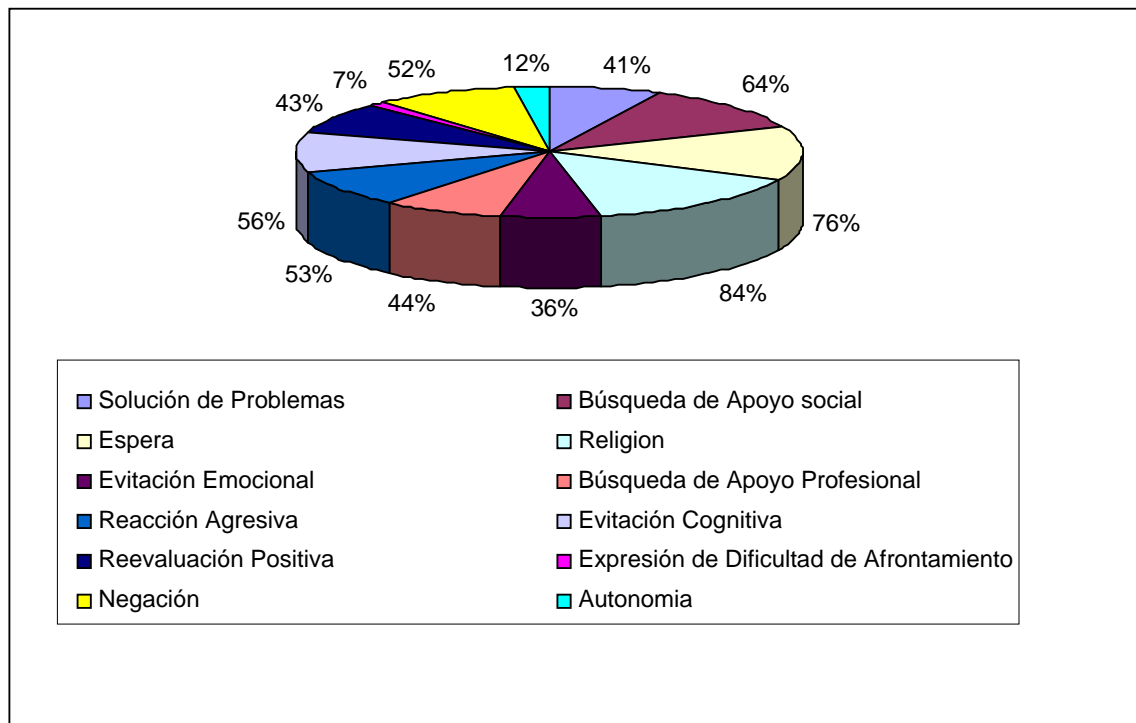
En la tabla 1, se observa una descripción estadística de las características sociodemográficas de la muestra con la cual se trabajó. La muestra de investigación se constituyó por 100 sujetos en total, en su mayoría mujeres con un 70%, frente a un 30% de hombres, con un rango de edad entre 18 y 79 años y con una edad promedio de 37,07

años. En cuanto a su estado civil, la mayoría tienen unión estable (40% unión libre y 33% casados). Respecto al nivel educativo, la mayoría de la muestra que corresponde a un 48% tiene estudios de básica primaria y un 38% bachillerato, se observa un porcentaje importante de analfabetismo 11% y un porcentaje menor de personas con estudios superiores 3%.

Finalmente, el estrato socio económico al cual pertenece la muestra es en su mayoría 90% es el estrato 1.

Gráfico 1.

Porcentaje de Uso de Estrategias de Afrontamiento (n=100).



En el gráfico 1, se observa que las estrategias de afrontamiento más utilizadas en la muestra son las de religión (84%), espera (76%), búsqueda de apoyo social (64%) y evitación cognitiva (56%). Mientras que las estrategias menos utilizadas fueron la

autonomía (12%) y la de expresión de dificultad de afrontamiento (7%). Estos porcentajes fueron obtenidos en función de las puntuaciones por encima del percentil 75 establecidos en los datos de validación. (Londoño et al, 2006).

Tabla 2.

Comparación de Medias Para Estrategias de Afrontamiento Según el Sexo(n= 100).

Estrategias	Media		Desviación Típica		t
	F	M	F	M	
Solución de Problemas	36,31	35,83	7,00	8,47	0,29
Apoyo Social	28,83	27,27	7,72	9,53	0,86
Espera	29,81	29,73	8,08	8,39	0,04
Religión	32,34	30,13	8,36	7,63	1,24
Evitación Emocional	27,03	26,13	9,58	7,21	0,46
Apoyo Profesional	13,59	11,20	7,42	6,22	1,54
Reacción Agresiva	15,43	15,53	5,34	5,39	-0,09
Evitación Cognitiva	19,37	18,43	5,52	4,36	0,83
Reevaluación Positiva	20,56	20,60	4,43	3,64	-0,05
Expresión de Dificultad de afrontamiento	12,03	11,60	3,40	3,77	0,56
Negación	10,30	10,13	3,68	3,82	0,20
Autonomía	4,77	4,60	2,50	2,01	0,33

* p < 0,05, ** p < 0,01 ; F = Femenino, M = Masculino

En la tabla 2, se observa la comparación de medias para Estrategias de Afrontamiento por sexo, en la cual no se observan diferencias estadísticamente significativas en la presencia de estrategias entre hombres y mujeres, lo cual indica que es similar el uso de Estrategias de afrontamiento de acuerdo con el sexo, sin embargo se observa la tendencia a puntuar más alto en las mujeres en el uso de todas las estrategias.

Tabla 3.

Comparación de Medias Para Estrategias de Afrontamiento Según el Estado Civil (n=100).

Estrategias	Media					Desviación Típica					F
	S	C	UL	V	SP	S	C	UL	V	SP	
Solución de Problemas	34,19	37,48	36,23	37,00	32,50	7,29	7,69	7,66	4,08	2,12	0,76
Apoyo Social	30,05	26,36	28,85	27,50	35,50	7,51	8,29	8,85	5,45	4,95	1,12
Espera	29,05	29,48	30,13	30,75	34,00	8,91	7,94	8,42	6,02	2,83	0,21
Religión	28,52	32,00	32,33	37,25	35,50	6,65	9,49	7,85	4,35	2,12	1,46
Evitación Emocional	24,62	26,94	27,43	31,75	23,00	9,51	8,90	8,34	13,62	2,83	0,76
Apoyo Profesional	11,71	13,03	13,38	14,00	10,00	6,29	7,66	7,42	6,98	4,24	0,29
Reacción Agresiva	13,76	14,55	17,30	14,25	14,00	4,33	4,78	5,85	6,18	4,24	2,15
Evitación Cognitiva	19,00	19,67	18,48	22,00	17,00	5,80	5,49	4,51	6,48	7,07	0,63
Reevaluación Positiva	21,19	19,94	20,60	22,00	21,00	4,49	4,26	4,22	0,82	5,66	0,41
Expresión de Dificultad de afrontamiento	10,38	11,61	12,90	11,75	13,00	2,67	2,82	4,12	4,57	1,41	1,98
Negación	9,14	11,30	9,73	13,50	8,50	3,09	3,65	3,84	2,65	4,95	2,34
Autonomía	4,19	4,91	4,80	4,25	6,50	2,09	2,39	2,54	2,06	0,71	0,64

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; S = Soltero, C = Casado, UL = Unión Libre, V = Viudo, SP = Separado

Tabla 4.

Comparación de Medias Para Estrategias de Afrontamiento Según el Nivel Educativo (n=100).

Estrategias	Media				Desviación Típica				F
	N	P	B	S	N	P	B	S	
Solución de Problemas	39,00	36,92	34,39	36,33	7,87	7,60	7,06	5,03	1,43
Apoyo Social	24,82	28,50	29,18	28,67	6,97	7,99	9,16	4,93	0,80
Espera	35,00	29,77	28,42	28,33	8,89	6,31	9,41	10,79	1,95
Religión	35,82*	32,90	29,32	27,00	8,69	7,45	7,92	14,00	2,83
Evitación Emocional	28,64	27,44	25,95	19,33	8,26	8,93	9,11	7,64	1,06
Apoyo Profesional	13,91	13,23	11,95	15,00	8,04	7,54	6,44	8,00	0,41
Reacción Agresiva	16,00	15,35	15,45	15,33	4,82	5,19	5,85	4,73	0,04
Evitación Cognitiva	20,55	19,52	18,37	16,00	5,65	5,56	4,59	4,58	0,99
Reevaluación Positiva	19,27	21,02	20,74	16,00	3,55	3,93	4,61	2,65	1,78
Expresión de Dificultad de afrontamiento	11,55	11,44	12,39	14,33	3,39	3,42	3,61	4,04	1,05
Negación	12,09*	10,71	9,39	7,00	3,91	3,60	3,61	2,00	2,73
Autonomía	4,64	5,27	4,16	3,33	2,33	2,61	1,88	2,31	2,00

* p < 0,05, ** p < 0,01; N = Ninguno, P= Primaria, B= Bachillerato, S= Estudios Superiores

Tabla 5.

Comparación de Medias Para Estrategias de Afrontamiento Según el Nivel Socioeconómico (n=100).

Estrategias	Media			Desviación Típica			F
	1	2	3	1	2	3	
Solución de Problemas	36,66	33,17	29,75	7,51	5,34	4,65	2,23
Apoyo Social	27,74	34,00	33,75	8,42	3,90	4,79	2,56
Espera	29,59	32,00	31,00	8,53	2,61	0,82	0,29
Religión	31,81	33,33	26,25	8,29	2,94	10,21	1,02
Evitación Emocional	27,34	22,67	19,75	9,14	3,88	2,50	2,11
Apoyo Profesional	13,01	11,67	11,50	7,32	6,31	4,20	0,17
Reacción Agresiva	15,48	15,33	15,25	5,53	3,93	2,06	0,00
Evitación Cognitiva	19,21	18,17	17,75	5,35	4,17	2,75	0,25
Reevaluación Positiva	20,58	20,67	20,25	4,29	3,83	2,99	0,01
Expresión de Dificultad de afrentamiento	11,90	13,33	9,75	3,49	3,56	3,50	1,26
Negación	10,27	10,83	9,00	3,72	3,97	3,56	0,30
Autonomía	4,73	4,50	4,75	2,39	2,43	2,06	0,03

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; 1 = Estrato 1, 2 = Estrato 2, 3 = Estrato 3.

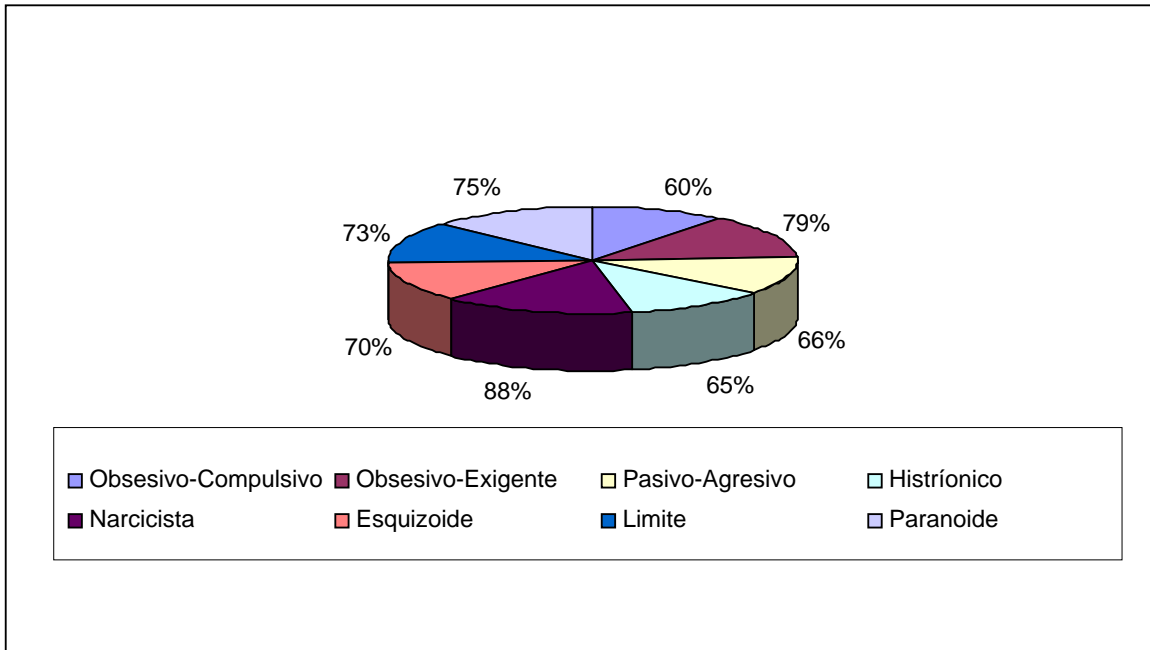
En la tabla 3, se observa la comparación de medias para Estrategias de Afrontamiento según el estado civil, los datos de esta tabla evidencian que no existen diferencias estadísticamente significativas, lo cual señala que el uso de Estrategias de afrontamiento es similar en los diferentes estados civiles. Aunque, en la Estrategia Reacción Agresiva, son las personas en unión libre quienes tienden a puntuar más alto.

En la tabla 4, se observa la comparación de medias para las Estrategias de Afrontamiento en función del Nivel Educativo. Los datos muestran una diferencia estadísticamente significativa al nivel de 0,05 donde las personas sin ningún nivel de escolaridad utilizan en mayor medida las estrategias de Religión y de Negación con respecto al resto de la muestra.

En la tabla 5, se observa la comparación de medias para Estrategias de Afrontamiento según el nivel socioeconómico, los datos señalan, que no existen diferencias estadísticamente significativas, lo cual revela que la presencia de estrategias es muy equivalente en la muestra de acuerdo con el estrato.

Gráfico 2.

Porcentaje Perfiles de los Trastornos de Personalidad (n=100).



En el Gráfico 2, se observa que los perfiles de los trastornos de personalidad más presentes en la muestra fueron el narcicista (88%), el obsesivo-exigente (79%), el paranoide (75%) y el límite (73%).

Estos porcentajes son considerados de acuerdo con los datos normativos que establecen el percentil 75 como punto de corte. (Londoño et al, 2003).

Tabla 6.

Comparación de Medias Para Perfiles Cognitivos de los Trastornos de Personalidad Según el Sexo (n=100).

Perfiles	Media		Desviación Típica		t
	F	M	F	M	
Obsesivo Compulsivo	18,19	17,10	4,64	4,67	1,07
Obsesivo Exigente	7,27	7,63	2,99	2,59	-0,58
Pasivo Agresivo	12,63	13,67	3,97	3,30	-1,25
Histriónico	20,59	20,77	5,22	5,56	-0,16
Narcisista	9,89	10,37	2,33	1,54	-1,03
Esquizoide	9,09	9,33	3,86	3,74	-0,30
Límite	17,83	19,10	5,14	3,38	-1,24
Paranoide	23,27	25,60	7,72	6,26	-1,46

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; F = Femenino, M = Masculino

En la tabla 6, se presenta la comparación de medias para Perfiles Cognitivos de los trastornos de personalidad según el Sexo, en la cual se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas, sin embargo existe la tendencia a que los hombres tengan un mayor puntaje en los Perfiles Cognitivos de los trastornos personalidad que las mujeres, lo cual es más notorio en los trastornos paranoide, límite, narcicista y pasivo-agresivo.

Tabla 7.

Comparación de Medias Para Perfiles Cognitivos de los Trastornos de la Personalidad Según el Estado Civil (n=100).

Perfiles	S	C	Media		SP	S	Desviación Típica			F	
			UL	V			C	UL	V		SP
Obsesivo Compulsivo	16,33	18,52	17,90	20,00	18,00	4,27	4,80	4,92	1,63	2,83	0,94
Obsesivo Exigente	6,43	7,15	7,95	9,00	6,50	2,48	2,74	3,14	2,58	0,71	1,42
Pasivo Agresivo	11,48	13,52	13,23	14,00	11,00	3,50	4,02	3,90	0,82	0,00	1,24
Histriónico	21,57	20,15	20,40	22,00	21,00	3,94	5,23	6,15	3,27	7,07	0,31
Narcisista	10,19	10,09	9,75	11,00	11,00	2,04	1,77	2,54	1,15	0,00	0,51
Esquizoide	9,00	9,15	9,15	9,75	10,00	3,07	3,48	4,35	6,18	1,41	0,06
Limite	18,33	17,91	18,30	17,75	21,00	4,90	4,79	4,68	5,74	0,00	0,22
Paranoide	24,05	24,85	23,58	21,50	21,50	6,79	7,97	7,57	5,45	3,54	0,31

* p < 0,05, ** p < 0,01 ; S = Soltero, C = Casado, UL = Unión Libre, V = Viudo, SP = Separado

Tabla 8.

Comparación de Medias Para Perfiles Cognitivos de los Trastornos de la Personalidad Según el Nivel Educativo (n=100).

Perfiles	N	Media			Desviación Típica				F
		P	B	S	N	P	B	S	
Obsesivo Compulsivo	20,82	17,15	17,82	19,00	3,49	4,97	4,43	1,73	1,98
Obsesivo Exigente	7,27	7,35	7,34	8,67	2,41	2,82	3,14	2,31	0,20
Pasivo Agresivo	13,45	13,23	12,37	13,67	3,45	3,96	3,82	2,52	0,47
Histriónico	21,18	20,90	20,45	17,00	5,42	5,32	5,43	2,65	0,56
Narcisista	10,45	9,77	10,21	10,33	1,44	2,11	2,39	0,58	0,49
Esquizoide	10,91	8,75	9,29	7,67	3,27	3,90	3,88	1,53	1,13
Limite	16,91	17,85	18,97	19,00	5,65	4,95	4,17	3,46	0,73
Paranoide	29,91*	23,58	23,00	20,67	5,34	7,40	7,26	6,66	3,03

* p < 0,05, ** p < 0,01; N = Ninguno, P= Primaria, B= Bachillerato, S= Estudios Superiores

Tabla 9.

Comparación de Medias Para Perfiles Cognitivos de los Trastornos de la Personalidad Según el Nivel Socioeconómico (n=100).

Perfiles	Media			Desviación Típica			F
	1	2	3	1	2	3	
Obsesivo Compulsivo	17,88	17,67	17,75	4,85	3,01	0,96	0,01
Obsesivo Exigente	7,47	7,17	5,75	2,98	1,60	0,50	0,70
Pasivo Agresivo	12,97	13,17	12,00	3,97	1,94	0,82	0,13
Histriónico	20,53	21,00	22,50	5,43	4,73	3,00	0,27
Narcisista	9,91	10,67	11,75	2,19	1,03	0,50	1,74
Esquizoide	9,27	8,33	8,00	3,94	2,34	2,16	0,36
Limite	17,98	19,83	21,00	4,86	2,23	2,00	1,18
Paranoide	23,93	23,83	25,00	7,59	4,79	6,00	0,04

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; 1 = Estrato 1, 2 = Estrato 2, 3 = Estrato 3.

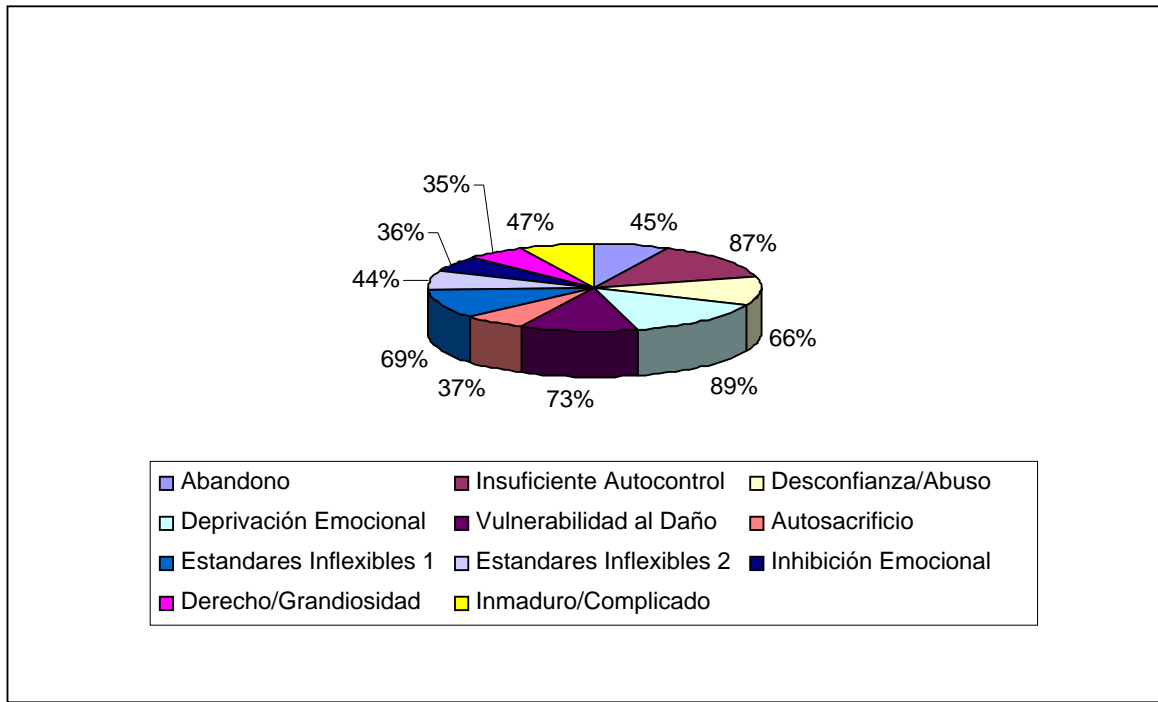
En la tabla 7, se observa la comparación de medias para Perfiles Cognitivos de los trastornos de personalidad según el estado civil; los datos de esta tabla evidencian que no existen diferencias estadísticamente significativas, aunque en el Perfil Cognitivo Paranoide, los casados tienen un puntaje mayor en comparación al resto de estados civiles.

En la tabla 8, se observa la comparación de medias para Perfiles Cognitivos de los trastornos de personalidad en función del Nivel Educativo. Los datos muestran una diferencia estadísticamente significativa al nivel de 0,05 donde las personas sin ningún nivel de escolaridad obtienen mayor puntaje en el Perfil Cognitivo Paranoide con respecto al resto de la muestra.

En la tabla 9, se observa la comparación de medias para los Perfiles Cognitivos de los trastornos de personalidad según el nivel socioeconómico, los datos señalan, que no existen diferencias estadísticamente significativas.

Gráfico3.

Porcentaje Esquemas Maladaptativos Tempranos (n =100).



En el Gráfico 3, se puede ver que los esquemas maladaptativos tempranos que puntuaron más alto en la muestra fueron el de deprivación emocional (89%), insuficiente autocontrol (87%), vulnerabilidad al daño (73%) y estandares inflexibles 1 (69%).

Por el contrario los que menos puntuaron dentro de la muestra fueron el de derecho/grandiosidad (35%) e inhibición emocional (36%).

Estos porcentajes consideran puntuaciones superiores al punto de corte (percentil 75) establecido por (Castrillón et al, 2005).

Tabla 10.
Comparación de Medias Para Esquemas Maladaptativos Según el Sexo (n= 100).

Esquemas	Media		Desviación Típica		t
	F	M	F	M	
Abandono	20,86	20,93	7,51	7,93	-0,05
Insuficiente autocontrol y autodisciplina	23,10	25,90	7,64	6,34	-1,76
Desconfianza/abuso	19,11	20,07	6,69	4,46	-0,71
Deprivación emocional	21,56	19,80	5,61	4,28	1,53
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	16,76	14,97	4,32	4,67	1,85
Autosacrificio	13,66	13,40	3,98	4,30	0,29
Estándares Inflexibles 1	14,50*	12,30	4,56	3,59	2,35
Estándares Inflexibles 2	11,26	10,47	3,78	3,75	0,96
Inhibición emocional	6,99	5,87	3,31	2,64	1,64
Derecho/ grandiosidad	7,99	7,13	3,32	3,29	1,18
Inmaduro/complicado	5,56	4,80	2,94	2,54	1,23

* p < 0,05, ** p < 0,01 ; F = Femenino, M = Masculino

En la tabla 10, se observa la comparación de las medias de los Esquemas Maladaptativos según el sexo, en ella se encuentra una diferencia estadísticamente significativa al nivel de 0,05 donde las mujeres puntúan en mayor medida en el Esquema Estándar Inflexible 1 con respecto a los hombres.

Tabla 11.

Comparación de Medias Para Esquemas Maladaptativos Según el Estado Civil (n= 100).

Esquemas			Media			Desviación Típica				F	
	S	C	UL	V	SP	S	C	UL	V		SP
Abandono	18,48	21,30	21,70	23,50	17,50	6,42	7,39	8,25	9,85	0,71	0,88
Insuficiente autocontrol y autodisciplina	23,48	24,03	23,98	28,25	18,00	7,57	6,99	7,86	5,31	0,00	0,68
Desconfianza/abuso	17,48	20,15	19,90	19,75	16,50	6,85	6,05	5,79	6,70	3,54	0,82
Deprivación emocional	21,00	21,85	20,10	23,00	22,50	4,40	5,84	5,41	4,83	0,71	0,68
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	14,05	17,21	16,77	15,50	13,00	3,89	4,78	4,42	2,38	2,83	2,17
Autosacrificio	13,19	13,67	13,85	12,75	12,50	4,15	4,25	4,05	3,59	3,54	0,17
Estándares Inflexible 1	12,76	14,21	14,25	13,25	12,00	3,62	5,00	4,50	1,89	1,41	0,56
Estándares Inflexibles 2	9,05	10,82	12,38*	10,00	10,00	2,82	3,71	3,90	3,83	2,83	3,11
Inhibición emocional	7,00	6,55	6,50	8,50	4,00	3,00	3,01	3,12	5,80	0,00	0,79
Derecho/grandiosidad	7,43	7,61	8,03	8,00	6,50	3,32	3,21	3,56	3,37	0,71	0,20
Inmaduro/complicado	4,19	6,36	5,20	5,25	3,00	2,48	2,90	2,87	1,26	0,00	2,44

* p < 0,05, ** p < 0,01 ; S = Soltero, C = Casado, UL = Unión Libre, V = Viudo, SP = Separado

Tabla 12.
Comparación de Medias Para Esquemas Maladaptativos Según el Nivel Educativo (n= 100).

Esquemas	Media				Desviación Típica				F
	N	P	B	S	N	P	B	S	
Abandono	26,27	19,79	20,74	20,33	5,78	7,30	7,91	9,71	2,27
Insuficiente autocontrol y autodisciplina	28,82*	24,65	22,26	16,00	5,99	6,34	8,09	7,21	3,90
Desconfianza/abuso	23,09	18,73	19,21	19,00	5,59	5,75	6,29	9,54	1,58
Deprivación emocional	21,45	21,63	19,79	25,67	7,03	4,95	5,06	3,77	1,73
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	17,55	16,13	15,74	19,00	5,14	4,20	4,65	4,58	0,86
Autosacrificio	14,18	13,65	13,50	11,33	5,34	3,68	4,16	4,73	0,39
Estándares Inflexible 1	14,36	14,31	13,45	9,33	4,72	4,59	4,07	1,53	1,41
Estándares Inflexibles 2	11,82	11,38	10,63	7,33	4,33	3,34	4,03	4,16	1,42
Inhibición emocional	9,00**	6,92	5,89	3,33	3,26	3,15	2,80	0,58	4,40
Derecho/ grandiosidad	9,64	7,98	7,00	6,00	3,53	3,32	3,17	1,00	2,27
Inmaduro/complicado	6,00	5,65	4,87	3,67	2,72	2,74	3,02	1,15	1,09

* p < 0,05, ** p < 0,01; N = Ninguno, P= Primaria, B= Bachillerato, S= Estudios Superiores

Tabla 13.

Comparación de Medias Para Esquemas Maladaptativos Según el Nivel Socioeconómico (n=100).

Esquemas	Media			Desviación Típica			F
	1	2	3	1	2	3	
Abandono	21,21	19,67	15,25	7,65	7,84	4,42	1,27
Insuficiente autocontrol y autodisciplina	24,38	19,17	21,25	7,49	2,71	6,99	1,71
Desconfianza/abuso	19,69	17,50	15,75	6,10	6,83	4,42	1,11
Deprivación emocional	20,97	23,00	19,50	5,43	3,90	3,00	0,57
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	16,43	14,67	13,75	4,55	3,01	4,42	1,07
Autosacrificio	13,80	12,00	11,00	4,18	1,90	1,41	1,41
Estándares Inflexible 1	13,93	12,17	14,25	4,56	2,48	1,71	0,47
Estándares Inflexibles 2	11,29	8,50	8,75	3,82	2,66	1,50	2,36
Inhibición emocional	6,82	4,50	6,00	3,24	1,64	0,82	1,64
Derecho/grandiosidad	7,96	5,33	6,25	3,38	1,51	1,89	2,22
Inmaduro/complicado	5,53	3,33	3,75	2,85	1,86	2,22	2,41

* p < 0,05, ** p < 0,01; 1 = Estrato 1, 2 = Estrato 2, 3 = Estrato 3.

En la tabla 11, se puede apreciar la comparación de medias de Esquemas Maladaptativos según el estado civil, los datos de esta comparación arrojan diferencias estadísticamente significativas al nivel de 0,05 donde las personas con estado civil unión libre, puntúan más alto en el Esquema Maladaptativo de Estándares Inflexibles 2 con respecto al resto de la muestra.

En la tabla 12, se muestran los resultados de la comparación de medias para Esquemas Maladaptativos según el nivel educativo, en la cual, se observa que existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de 0,05 donde las personas sin ningún nivel de escolaridad obtienen mayor puntaje en el Esquema Maladaptativo Insuficiente autocontrol y autodisciplina en comparación al resto de la muestra; asimismo, sucede con esta misma muestra con el Esquema Maladaptativo de Inhibición Emocional, en el cual, la diferencia estadísticamente significativa se encuentra al nivel de 0,01.

En la tabla 13, se observa la comparación de medias para esquemas Maladaptativos según el Nivel Socioeconómico, los datos, evidencian que no existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 14.
Prevalencia de los Trastornos Mentales Según la Entrevista Estructurada MINI
(n= 100).

Episodio Depresivo Mayor Actual	SI	NO		
	33 %	67 %		
Episodio Depresivo Mayor Pasado	SI	NO		
	9 %	91 %		
Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos	SI	NO		
	13 %	87 %		
Trastorno Distímico	SI	NO		
	15 %	85 %		
Riesgo de Suicidio	No	Leve	Moderado	Alto
	45 %	34 %	12 %	9 %
Episodio Hipomaniaco	SI	NO		
	4 %	96 %		
Episodio Maniaco	SI	NO		
	1 %	99 %		
Trastorno de Angustia alguna vez en la vida	SI	NO		
	12 %	88 %		
Crisis con síntomas limitados alguna vez, actual	SI	NO		
	10 %	90 %		
Trastorno de Angustia actual	SI	NO		
	4 %	96 %		
Trastorno Agorafobia	No	EASA	EACA	HTA
	93 %	2 %	1 %	4 %
Fobia Social	SI	NO		
	13 %	87 %		
Trastorno Obsesivo Compulsivo	SI	NO		
	3 %	97 %		
Estado por Estrés Postraumático	SI	NO		
	33 %	67 %		
Abuso y Dependencia de Alcohol	NO	DSA	ASA	
	91%	6%	3%	
Trastornos Asociados al Uso de Sustancias Psicoactivas	SI	NO		
	0%	100%		
Trastorno Psicótico	AVV	NO		
	3%	97%		
Anorexia Nerviosa	SI	NO		
	1%	99%		
Bulimia Nerviosa	SI	NO		
	1%	99%		
Trastorno de Ansiedad Generalizada	SI	NO		
	12%	88%		
Trastorno Antisocial de la	SI	NO		

Personalidad Alguna Vez en la Vida	3%	97%
Trastornos Sexuales Femeninos	SI	NO
	22%	49 %
Trastornos Sexuales Masculinos	SI	NO
	4%	25 %

EASA= Episodio de Angustia sin Agorafobia ; EACA= Episodio de angustia con Agorafobia; HTA= Agorafobia actual sin Historial de Trastorno de Angustia; DSA= Dependencia de Sustancias Actual; ASA= Abuso de Sustancias actual

En la Tabla 14, pueden apreciarse los resultados relacionados con la presencia de trastornos mentales del Eje I en la muestra, identificados a partir de la aplicación de la Entrevista Estructurada (MINI), los cuales indican una mayor prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor Actual en un 33%, y del Trastorno por Estrés Postraumático con el mismo porcentaje (33%), porcentajes que pueden corresponder con la presencia de riesgo de suicidio en un 55%, el cual se encuentra dividido de la siguiente manera: leve 34%, moderado, 12% y alto 9%. Asimismo el Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos se presenta en un 13%, el Trastorno Distímico en un 15%, el Trastorno de Fobia Social en un 13%, el Trastorno de Angustia alguna vez en la vida en un 12% y Trastorno de ansiedad Generalizada en un 12%.

Por otro lado se encuentran presentes los Trastornos Sexuales Femeninos en un 22%.

Es de reasaltar que los Trastornos Asociados al Uso de Sustancias Psicoactivas no se encontraron presentes dentro de la muestra.

De lo anterior se puede concluir que existe una mayor presencia de los trastornos afectivos,(específicamente el Episodio Depresivo Mayor Actual y el Riesgo Suicida), seguidos de los de Ansiedad, específicamente el Trastorno por Estrés Postraumático, así como una importante afectación del funcionamiento sexual femenino, lo cual será retomado en la discusión.

Tabla 15.

Comparación de Medias Para Trastornos Mentales Según el Sexo (n=100).

Trastorno	Media		Desviación Típica		t
	F	M	F	M	
Episodio Depresivo Mayor Actual	0,40 *	0,17	0,49	0,38	2,31
Episodio Depresivo Mayor Pasado	0,13 *		0,34		2,08
Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos	0,16	0,07	0,37	0,25	1,23
Trastorno Distímico	0,17	0,10	0,38	0,30	0,91
Riesgo de Suicidio	0,99 *	0,53	0,94	0,94	2,21
Episodio Hipomaniaco	0,04	0,03	0,20	0,18	0,22
Episodio Maniaco	0,01		0,12		0,65
Trastorno de Angustia alguna vez en la vida	0,11	0,13	0,32	0,35	- 0,27
Crisis con síntomas limitados alguna vez, actual	0,07	0,17	0,26	0,38	- 1,46
Trastorno de Angustia actual	0,03	0,07	0,17	0,25	- 0,88
Trastorno Agorafobia	0,20	0,07	0,73	0,25	0,97
Fobia Social	0,14	0,10	0,35	0,30	0,58
Trastorno Obsesivo Compulsivo	0,04		0,20		1,15
Estado por Estrés Postraumático	0,39	0,20	0,49	0,41	1,82
Abuso y Dependencia de Alcohol	0,03	0,33 **	0,24	0,61	- 3,62
Trastorno Psicótico	0,04		0,20		1,15
Anorexia Nerviosa	0,01		0,12		0,65
Bulimia Nerviosa	0,01		0,12		0,65
Trastorno de Ansiedad Generalizada	0,13	0,10	0,34	0,30	0,40
Trastorno Antisocial de la Personalidad Alguna Vez en la Vida		0,10 **		0,30	- 2,76

* p < 0,05, ** p < 0,01 ; F = Femenino, M = Masculino

Tabla 16.

Comparación de Medias Para Trastornos Mentales Según el Estado Civil (n= 100).

Trastorno	Media					Desviación Típica					F
	S	C	UL	V	SP	S	C	UL	V	SP	
Episodio Depresivo Mayor Actual	0,29	0,30	0,35	0,50	0,50	0,46	0,47	0,48	0,58	0,71	0,28
Episodio Depresivo Mayor Pasado	0,05	0,06	0,13	0,25		0,22	0,24	0,33	0,50		0,70
Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos	0,05	0,09	0,23			0,22	0,29	0,42			1,46
Trastorno Distímico	0,19	0,12	0,15	0,25		0,40	0,33	0,36	0,50		0,28
Riesgo de Suicidio	0,71	0,85	0,98	0,50	0,50	0,84	0,94	1,05	1,00	0,71	0,47
Episodio Hipomaniaco		0,06	0,03	0,25			0,24	0,16	0,50		1,56
Episodio Maniaco		0,03					0,17				0,50
Trastorno de Angustia alguna vez en la vida	0,10	0,18	0,05	0,25	0,50*	0,30	0,39	0,22	0,50	0,71	1,66
Crisis con síntomas limitados alguna vez, actual	0,10	0,12	0,10			0,30	0,33	0,30			0,20
Trastorno de Angustia actual		0,09			0,50		0,29			0,71	4,51
Trastorno Agorafobia	0,14	0,36			0,50	0,65	0,93			0,71	1,77
Fobia Social	0,14	0,12	0,15			0,36	0,33	0,36			0,26
Trastorno Obsesivo Compulsivo	0,05	0,03	0,03			0,22	0,17	0,16			0,11
Estado por Estrés Postraumático	0,38	0,18	0,38	0,75	0,50	0,50	0,39	0,49	0,50	0,71	1,88
Abuso y Dependencia de Alcohol	0,19	0,03	0,18			0,51	0,17	0,50			0,86
Trastorno Psicótico		0,06	0,03				0,24	0,16			0,47
Anorexia Nerviosa		0,00	0,03					0,16			0,36
Bulimia Nerviosa		0,03					0,17				0,50
Anorexia Nerviosa Tipo Compulsivo Purgativo											.
Trastorno de Ansiedad Generalizada	0,05	0,12	0,18			0,22	0,33	0,38			0,74
Trastorno Antisocial de la Personalidad Alguna Vez en la Vida	0,05	0,03	0,03			0,22	0,17	0,16			0,11
Trastornos Sexuales Femeninos	0,19	0,28	0,48			0,40	0,46	0,51		.	1,76
Trastornos Sexuales Masculinos	0,20	0,25	0,07			0,45	0,46	0,26		.	0,55

* p < 0,05, ** p < 0,01; S = Soltero, C = Casado, UL = Unión Libre, V = Viudo, SP = Separado

Tabla 17.

Comparación de Medias Para Trastornos Mentales Según el Nivel Educativo (n= 100).

Trastornos	Media				Desviación Típica				
	N	P	B	S	N	P	B	S	F
Episodio Depresivo Mayor Actual	0,18	0,33	0,37	0,33	0,40	0,48	0,49	0,58	0,44
Episodio Depresivo Mayor Pasado		0,08	0,13			0,28	0,34		0,72
Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos		0,08	0,21	0,33		0,28	0,41	0,58	1,99
Trastorno Distímico	0,18	0,13	0,18		0,40	0,33	0,39		0,39
Riesgo de Suicidio	0,55	0,77	1,05	0,67	0,69	0,88	1,11	0,58	1,09
Episodio Hipomaniaco		0,06	0,03			0,24	0,16		0,45
Episodio Maniaco				0,33**				0,58	15,52
Trastorno de Angustia alguna vez en la vida	0,27	0,13	0,08		0,47	0,33	0,27		1,15
Crisis con síntomas limitados alguna vez, actual	0,09	0,10	0,11		0,30	0,31	0,31		0,12
Trastorno de Angustia actual	0,18	0,02	0,03		0,40	0,14	0,16		2,24
Trastorno Agorafobia	0,27	0,19	0,11		0,65	0,73	0,51		0,30
Fobia Social	0,09	0,15	0,11	0,33	0,30	0,36	0,31	0,58	0,51
Trastorno Obsesivo Compulsivo		0,02	0,03	0,33*		0,14	0,16	0,58	3,55
Estado por Estrés Postraumático	0,27	0,31	0,34	0,67	0,47	0,47	0,48	0,58	0,58
Abuso y Dependencia de Alcohol	0,09	0,15	0,11		0,30	0,46	0,39		0,18
Trastorno Psicótico		0,02	0,03	0,33*		0,14	0,16	0,58	3,55
Anorexia Nerviosa			0,03				0,16		0,54
Bulimia Nerviosa			0,03				0,16		0,54
Anorexia Nerviosa Tipo Compulsivo Purgativo									.
Trastorno de Ansiedad Generalizada	0,18	0,13	0,11		0,40	0,33	0,31		0,29
Trastorno Antisocial de la Personalidad Alguna Vez en la Vida	0,09		0,05		0,30		0,23		1,21
Trastornos Sexuales Femeninos	0,43	0,31	0,31		0,53	0,47	0,47		0,58
Trastornos Sexuales Masculinos	0,50	0,08	0,08		0,58	0,28	0,29		2,79

* p < 0,05, ** p < 0,01; N = Ninguno, P= Primaria, B= Bachillerato, S= Estudios Superiores

En la tabla 15, se observa la comparación de medias de los trastornos mentales en función del sexo; los datos evidencian una diferencia estadísticamente significativa al nivel de 0,05 donde las mujeres obtienen un mayor puntaje en los trastornos de Episodio Depresivo Mayor Actual, Episodio Depresivo Mayor Pasado y Riesgo de Suicidio en comparación con los hombres. De igual manera, sucede con los Trastornos de Abuso y Dependencia de Alcohol y Trastorno Antisocial de la personalidad Alguna Vez en la Vida, ya que existe una diferencia estadísticamente significativa al nivel de 0,01 en donde el puntaje de los hombres es más alto que en las mujeres.

En la tabla 16, se observa la comparación de medias de los trastornos mentales en función del Estado Civil, los datos, evidencian una diferencia estadísticamente significativa al nivel de 0,05 donde las personas pertenecientes al estado civil separado obtienen mayor puntaje en el Trastorno de Angustia alguna vez en la vida en comparación al resto de la muestra.

En la tabla 17, se observa la comparación de medias de la entrevista estructurada MINI en función del Nivel educativo al nivel de 0,01 donde las personas con estudios superiores obtienen mayor prevalencia en el Trastorno Maníaco en comparación al resto de la muestra; asimismo, sucede con esta misma muestra de personas con estudios superiores con una diferencia estadísticamente significativa al nivel de 0,05 en la presencia de los trastornos Obsesivo Compulsivo y Psicótico con respecto al resto de la muestra.

De los resultados anteriormente descritos cabe resaltar que fueron los trastornos afectivos (Episodio Depresivo Mayor Actual 33% y el Riesgo Suicida 55%), junto a los

trastornos de ansiedad (trastorno por estrés postraumático 33%, Fobia Social 13% y Trastorno de ansiedad Generalizada 12%) los más prevalentes en la muestra.

Así mismo las estrategias de afrontamiento más usadas por la muestra fueron religión (84%), espera (76%), búsqueda de apoyo social (64%) y evitación cognitiva (56%), los perfiles cognitivos más presentes fueron el narcicista (88%), el obsesivo-exigente (79%), el paranoide (75%) y el límite (73%) y los esquemas que puntuaron más alto fueron el de privación emocional (89%), insuficiente autocontrol (87%), vulnerabilidad al daño (73%) y estándares inflexibles 1 (69%).

8. DISCUSIÓN

Ni la violencia sociopolítica, ni el desplazamiento forzado de personas civiles, son acontecimientos recientes en Colombia. Este último fenómeno, el desplazamiento, se ha convertido en uno de los objetos de estudio e intervención más abordados en los últimos años, debido al gran impacto que éste ha generado en la sociedad. El abuso perpetrado a miles de personas civiles colombianas, en manos de la violencia ha generado eco no sólo a nivel nacional, sino que ha traspasado las fronteras internacionales. La población colombiana no armada es la principal afectada, ya que los efectos del conflicto interno que se libra en el país, obstaculizan la implementación de estrategias para cambiar esta situación de manera positiva (Molina, 2004).

Desde la perspectiva de la salud mental, el desplazamiento es una derivación de la situación sociopolítica que deteriora las condiciones de vida de las personas víctimas de este flagelo. En la presente investigación se ha encontrado que existe una afectación en la Salud Mental de esta población, lo cual es ratificado de igual manera por otras investigaciones clínicas (Alejo, 2005; Estudio Nacional sobre Salud Mental en Colombia, 2003 & Londoño, 2005), estudios en los cuales se confirma que este hecho es un desencadenante del padecimiento de trastornos mentales. Asimismo se han identificado en esta investigación los esquemas maladaptativos, el uso de estrategias de afrontamiento y los perfiles cognitivos asociados a los trastornos de personalidad más prevalentes en la muestra víctima de desplazamiento forzado.

En cuanto, a la muestra con la cual se trabajó en la investigación, cabe mencionar que esta se encuentra en un rango de edad de entre 18 y 79 años, correspondiendo en su mayoría a mujeres y personas con estrato socioeconómico bajo, estadísticas que se relacionan con los informes del CODHES (2008), en donde señalan que el 54.0% de la

población desplazada corresponde al género femenino. Esta prevalencia de la población femenina en los registros de personas desplazadas y en esta investigación, obedece en gran parte a que son en su mayoría los hombres las víctimas directas de hechos como las desapariciones, torturas y asesinatos, dejando así a mujeres viudas, abandonadas o separadas, que a partir del fenómeno del desplazamiento son las que asumen la jefatura de los hogares, haciéndose responsables de la estabilidad familiar, lo que se hace manifiesto de igual manera en los resultados de los informes del CODHES (2008), en donde señalan que el 78,8 % corresponde a jefatura única femenina.

En línea con lo anterior, es de indicar que la mayoría de las personas se encuentran en unión libre en un 40%, lo cual puede corresponder con que la mayor parte de la muestra, son mujeres que son viudas o separadas, pero que después de su condición de desplazamiento, han establecido nuevas relaciones o vínculos afectivos con otras personas, lo cual se indica y se confirma a partir y en función de los datos encontrados en las entrevistas realizadas a la muestra.

Los resultados de esta investigación obtenidos mediante la aplicación de la entrevista estructurada M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview), la escala de estrategias de Coping modificado EEC-M, el Young Schema Questionnaire YSQ L₂ y el cuestionario de contenidos esquemáticos de los trastornos de la personalidad CCE-TP, se orientaron a identificar la presencia de Trastornos mentales según el DSM-IV TR, el uso de estrategias de afrontamiento, la presencia de perfiles cognitivos asociados a los trastornos de personalidad y los esquemas maladaptativos en la población víctima. La identificación de estas variables, nos permitió describir las características psicológicas de esta muestra.

En primer lugar, en cuanto a la prevalencia de los trastornos mentales, se encontró que existe un alto índice en la presencia de los Trastornos del Estado de Ánimo, Riesgo de suicidio y Trastornos de Ansiedad como también los señala (Londoño et al, 2005); así mismo en algunos otros estudios se ha encontrado que estos trastornos tienen una alta prevalencia en víctimas de eventos traumáticos (Palacio, 2006).

Respecto a los Trastornos del Estado de ánimo, el Episodio Depresivo Mayor se presenta en un 33% y el riesgo de suicidio en un 55%, este último se encuentra dividido de la siguiente manera: leve 34%, moderado, 12% y alto 9%.

Este porcentaje es significativo ya que está presente en más de la mitad de la muestra y que además puede relacionarse con los Trastornos afectivos, en este caso con la Depresión, ya que esta abarca sentimientos de desesperanza, desinterés, de inutilidad y pérdida en el deseo de vivir (DSM IV-TR, APA, 2002), lo cual se configura como un factor que puede desatar un riesgo inminente de suicidio que va desde el desear estar muerto, la propia ideación hasta el mismo intento. Sin embargo, la cifra de personas con riesgo de suicidio supera el porcentaje de personas que padecen el trastorno de Depresión Mayor lo cual pone de manifiesto que el riesgo de suicidio no sólo obedece al padecimiento de un trastorno específico como la Depresión, sino que se puede presentar sin que se dé el Trastorno depresivo como tal, pero puede estar asociado a algunos síntomas que lo determinan, como lo demuestra el Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud (2001), mediante un estudio realizado por la Corporación AVRE en 1991, donde encontraron que en la muestra estaban presentes sintomatologías importantes, que no se configuraban en un trastorno como tal, las más prevalentes fueron, la preocupación constante (87%), sensación de que nada resulta como lo desea (64%), intranquilidad (54%), sentimiento de soledad (51%), nerviosismo e irritabilidad

(43%), entre otras; sintomatologías que podrían relacionarse con sentimientos de desesperanza que conllevan a que la persona pierda la capacidad para enfrentarse y controlar las situaciones adversas, sintiéndose incapaces de responder ante la vida (Quirós, 2003); predisponiendo así a la aparición de ideación suicida .

En cuanto al Trastorno por Estrés Postraumático, se indica que este trastorno prevalece en la muestra de igual manera que el Episodio Depresivo en un 33%, siendo este el más asociado según diversos estudios a las repercusiones psicológicas que traen consigo los hechos violentos, en este caso, el desplazamiento forzado (Camacho & Contreras, 2004; Corredor & Jagua, 2004), otros estudios también señalan la prevalencia de este trastorno en personas víctimas de situaciones traumáticas y violentas como lo son el abuso sexual y la violencia intrafamiliar (Carvajal & Quintero 2008; Lozano & Nuñez 2007). De acuerdo al DSM-IV, el estrés postraumático (TEPT), es una reacción patológica caracterizada por ansiedad, que ocurre después de la exposición a un hecho anormal, sorpresivo y cuyo componente principal es el de involucrar peligro de muerte o perjuicio físico o mental, capaz de provocar intenso temor o pánico, disociación de pensamientos y mecanismos evitativos, generados por circunstancias en las que el individuo ha sido testigo, de muertes, heridos y amenazas en contra de la vida, hechos que caracterizan la dinámica del desplazamiento. Es preciso tener en cuenta que el desplazamiento supone condiciones de vulnerabilidad adicionales como lo es el hacinamiento, vivir en condiciones precarias que generan problemas de salud, estar expuestos en algunos casos a otros abusos como por ejemplo la violencia intrafamiliar, el no contar con una estabilidad laboral, entre otras, lo cual deja de manifiesto que la población víctima de desplazamiento está expuesta a situaciones difíciles tanto antes

como después del desplazamiento. Según Alejo (2005), esta población se ve obligada además a enfrentar diferentes situaciones estresantes propias de la vida cotidiana.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que existe la posibilidad de que la cifra de personas con trastorno por estrés postraumático sea mayor, ya que el diagnóstico de este trastorno, se hace pasados por lo menos 6 meses del acontecimiento traumático, por lo que existe la probabilidad que con el transcurrir del tiempo, más víctimas de desplazamiento sean vulnerables a la aparición del mismo.

Por otro lado, se halló en un 22% la presencia de los Trastornos Sexuales Femeninos, porcentaje que se relaciona con que la mayoría de la muestra pertenece al sexo femenino, la prevalencia los trastornos sexuales femeninos puede relacionarse con situaciones tensionantes particulares del núcleo familiar como la violencia doméstica, el hacinamiento, la crisis económica, y la marginalidad, situaciones propias del fenómeno del desplazamiento.

Del mismo modo, es relevante destacar que en el presente estudio se encontraron hallazgos significativos en cuanto a la comorbilidad entre los trastorno de ansiedad en las personas víctimas de desplazamiento forzado, ya que se encontró una prevalencia del Trastorno de Ansiedad generalizada 12% y de Fobia social en un 13%, lo que puede coincidir con la presencia marcada del TEPT, lo que indica que en condiciones en las cuales una persona siente un riesgo inminente, en el caso por ejemplo, de las personas que han sido víctimas del desplazamiento, pueden desencadenar la aparición simultanea de trastornos afines.

Por otro lado, el Trastorno Asociados al Uso de Sustancias Psicoactivas no se halló presente en la muestra; en otros estudios como por ejemplo el de Salud Mental, (2003) del Ministerio de Protección Social : se ha encontrado la existencia de este

trastorno pero en porcentajes muy bajos, indicando que la prevalencia del Trastorno Asociado al Uso de Sustancias es muy baja en la región oriental, en comparación a otras regiones del país, como por ejemplo la región pacífica y central donde la prevalencia es más alta, lo cual coincide con los resultados encontrados en esta investigación, llevada a cabo en una ciudad perteneciente a la región oriental.

Además, este mismo estudio señala datos similares al de la presente investigación, como, que los trastornos, depresivo mayor actual, depresivo mayor pasado y riesgo de suicidio se presentaron más en mujeres que en hombres; mientras que los trastornos de abuso y dependencia de alcohol se encontraron en mayor medida presentes en el género masculino, así mismo que el trastorno antisocial de la personalidad. Lo cual puede evidenciar que lo determinante en la prevalencia de estos trastornos no obedece a la condición de desplazamiento sino al género.

De lo anteriormente mencionado, puede deducirse que esta prevalencia podría darse, debido a que los hombres y mujeres poseen maneras diferentes de afrontar las situaciones por ejemplo; se percibe socialmente, que es más aceptado que un hombre tienda a afrontar las situaciones con conductas orientadas al consumo de alcohol y de manera agresiva, mientras que las mujeres suelen desarrollar comportamientos de escape afectivo.

En segundo lugar; los resultados de la variable de Estrategias de afrontamiento arrojan que la población en situación de desplazamiento utiliza en mayor medida las estrategias de religión 84%, espera 76%, búsqueda de apoyo social 64%, evitación cognitiva 56% y negación 52%; mientras que las estrategias menos utilizadas fueron las estrategias de expresión de dificultad de afrontamiento 7% y Autonomía 12%, dos de las estrategias activas, que se caracterizan por permitir movilizar la búsqueda de tareas para

enfrentar los problemas. De lo cual se puede concluir que la muestra utiliza más estrategias pasivas que activas, sin embargo dentro de estas últimas, el apoyo social es la estrategia más empleada debido a las mismas condiciones de organización social que se dan al interior de la comunidad, lo cual les permite y facilita buscar alternativas para solucionar sus problemas a través de la ayuda de otras personas, como lo son los líderes de la comunidad, el grupo de amigos, vecinos o familiares.

Los datos anteriores son reforzados con estudios como el de Meisenhelder (2002), según el cual la estrategia de afrontamiento, religión, es una de la más asociadas a acontecimientos traumáticos junto con la estrategia búsqueda de apoyo social; y que su uso, por lo general, se constituye como factor protector frente al TPET (Palacio, 2006).

En el caso de la estrategia de afrontamiento, espera, sucede lo contrario, pues se considera como una estrategia de carácter pasivo; ésta estrategia es utilizada generalmente por las personas con el fin de dejar que las situaciones se resuelvan por sí solas sin ejecutar un plan en marcha, lo que se puede relacionar con la baja presencia de la estrategia autonomía, existiendo en la muestra una poca tendencia a actuar en ocasiones de forma independiente y sin el apoyo de los otros y optando en este caso mejor por la resolución de las problemáticas sin una intervención activa, lo cual puede estar relacionado con la implementación de políticas asistencialistas por parte de instituciones tanto no gubernamentales (ONG) como del gobierno, que han buscado abordar este fenómeno supliendo las necesidades inmediatas de la población con un enfoque asistencialista, lo cual ayuda a solucionar los problemas pero de manera momentánea y obstaculizando que las víctimas lleven a cabo procesos de empoderamiento ante su situación (Pontin, 2003), ya que muchas de estas víctimas se habitúan a este tipo de prácticas, en donde esperan que sean los demás los que les

provean y hagan por ellos, dejando de lado el uso de estrategias activas, para afrontar su situación.

De otra manera, las estrategias, negación y evitación cognitiva consideradas pasivas, definen un comportamiento como si no se estuviera viviendo la situación y buscando distracciones para eliminar los pensamientos que generan perturbación (Londoño, 2006), derivados de la situación del desplazamiento, como el miedo, aturdimiento o shock que genera el mismo.

Del mismo modo, es de mencionar que las estrategias de afrontamiento negación y religión, fueron de las más usadas por personas sin ningún nivel de estudios. En relación a la estrategia religión según Londoño et al, 2006, las personas buscan a través del rezo y la oración sobrellevar y resolver el problema o las emociones que se generan ante el mismo. Es importante revelar que el uso de esta estrategia se relaciona con la vivencia de eventos catastróficos, como lo es la experiencia del desplazamiento forzado, pues según Solarte (2004), este fenómeno trae consigo una serie de vivencias como el desarraigo, la ruptura del tejido social y la falta de reconocimiento como ciudadanos, las cuales tienden a atenuarse o ser sobrellevadas a través del mundo religioso, prácticas que en algunos casos son auténticas tradiciones transmitidas por a través de la familia.

En tercer lugar, con respecto a los perfiles cognitivos asociados a los trastornos de personalidad, se indican que son caracterizados como agentes de vulnerabilidad para el padecimiento de trastornos mentales que no sólo se conciben como conductas disfuncionales sino también como un conjunto de actitudes, sentimientos, creencias y estrategias (Beck & Freeman, 1995). Dentro de la muestra, el perfil cognitivo asociado a los trastornos de personalidad que más puntuó fue el narcisista 88%, el cual se caracteriza por el sentimiento de grandiosidad y por la falta de consideración de las

demandas de los demás; se puede originar a partir de que el individuo lucha por contrarrestar la sensación de tener poco reconocimiento o méritos por parte de los otros, necesitan de los elogios continuos para regular sus estados de ánimo. Este perfil cognitivo se ha encontrado de igual manera en estudios como el de Carvajal & Quintero, (2008), en víctimas de otro tipo de violencia como lo es la violencia intrafamiliar, lo cual puede indicar que este perfil se relaciona con el hecho de victimización que asumen las personas que han sufrido algún tipo de violencia, en este caso el de desplazamiento forzado, en el cual las personas desarrollan la creencia de que son seres únicos y especiales a partir de la experiencia de situaciones de exclusión o rechazo, o cuando han sido consideradas como diferentes por gran parte de la sociedad debido a su condición social o económica, condiciones propias en el desplazamiento. Como lo indica Frances (1985), citado por Beck & Freeman, (1995), ese rechazo o exclusión van a generar sentimientos de inferioridad que desatarán posteriormente una reacción emocional exagerada donde exteriorizan la creencia de que ellos son merecedores por su situación de que los demás se preocupen principalmente y en gran medida por su bienestar o felicidad. Esta idea puede ser reforzada además en gran medida por las prácticas asistencialistas que llevan a cabo ciertas instituciones o entidades, prácticas que de cierta forma han infundido creencias paternalistas, donde se acostumbra a suministrar o aprovisionar a estas personas para que suplan algunas necesidades básicas, conllevando así que estas víctimas se habitúen a estas prácticas y por ende a asumir una posición de víctima, merecedora por lo tanto de tratamiento especial.

De igual manera, se encontró en la muestra los siguientes perfiles, obsesivo – exigente 79%, paranoide 75% y el esquizoide 70%; perfiles que “se desarrollan como compensaciones del miedo, es decir, como resultado de una sensación de caos,

manipulación o victimización” (Beck & Freeman, p.82, 1995), como lo implican situaciones de desastre o trauma como lo es, el desplazamiento forzado, en donde las personas responden o reaccionan con aturdimiento generando estados de shock, que hacen perder el sentido de orientación, tiempo y hasta su propia identidad, este mismo estado de shock como lo señala Gaborit (2006), explica las deficiencias o dificultades cognitivas que se generan a partir de eventos traumáticos, como lo es el desplazamiento.

En esta misma línea, cabe decir que los perfiles cognitivos asociados a los trastornos de la personalidad puntuaron en mayor medida en hombres que en mujeres, teniendo en cuenta que la mayoría de la muestra se encuentra representada en mayor medida por el género femenino; igualmente, las personas sin ningún nivel de escolaridad obtienen un mayor puntaje en el perfil cognitivo paranoide con respecto al resto de la muestra.

Finalmente, los Esquemas Maladaptativos Tempranos constituyen la última variable en este orden, estos se designan como una estructura rígida, duradera y estable de carácter disfuncional que por lo general se desarrollan e instauran a partir de la infancia. Los esquemas maladaptativos tempranos más prevalentes dentro de la muestra fueron, deprivación emocional 89% y Vulnerabilidad al daño en un 73%, los cuales hacen referencia como lo señala Castrillón, et al, (2005), a la tendencia que presentan las personas en este caso quienes han sido víctimas de la violencia, a creer que sus necesidades no serán satisfechas, a sentir que no son escuchados y entendidos por los otros (Deprivación emocional) y un temor excesivo frente a la idea de sentir que puede ocurrir nuevamente una catástrofe con incapacidad de evitarlo, presentándose generalmente en personas que han vivenciado anteriormente este tipo de circunstancias traumáticas (Vulnerabilidad al daño). La presencia de estos esquemas en la presente

investigación se corroboran de igual manera mediante estudios similares como el de Lozano & Nuñez (2007), en donde hacen referencia a la relación que existe en cuanto a al desarrollo o presencia de estos esquemas en personas que han sufrido un hecho traumático o han sido víctimas de algún tipo de violencia, como la violencia sexual, o en este caso el desplazamiento forzado.

Otros de los esquemas presentes en la muestra de manera significativa fueron el esquema de insuficiente-autocontrol presente en la población en un 87%, el cual hace referencia a la falta de control sobre los propios impulsos, y la falta de disciplina para cumplir con los objetivos propuestos (Castrillón, 2005); estándares inflexibles 1 en un 69%, el cual indica una tendencia a exigirse demasiado lo que implica baja autoestima, dificultades en la relajación y perfeccionismo, esquemas que guardan conexión con el fenómeno de desplazamiento, pues dentro de las múltiples implicaciones psicológicas a sus víctimas, este causa un detrimento en el buen manejo de sus sentimientos, emociones y relaciones (Castaño, 1994), lo cual puede relacionarse con la dificultad para controlar sus impulsos, así mismo disminuyen sus expectativas y aspiraciones, lo cual corrobora esa falta de disciplina para alcanzar metas o propósitos, por otro lado la desorganización emocional que se da en el individuo a partir del desplazamiento, puede ocasionar la baja autoestima y problemas para mantener estados de relajación.

Por último, se encuentra una importante presencia del esquema desconfianza y abuso en un 66%, el cual mantiene una posible conexión con el mismo hecho en sí de desplazamiento forzado, evento que genera una afectación significativa en las personas que son víctimas de él, causando así reacciones de temor y desconfianza hacia los demás, por la creencia de que puede ser herido, maltratado y humillados; esta situación puede presentarse con mayor frecuencia en personas después de haber sido víctima de

amenazas, intimidaciones, torturas y peligros reales, que han alterado el bienestar psicológico y emocional de las personas.

Finalmente, a través de los hallazgos de esta investigación se puede establecer que existe una afectación significativa en la salud mental de las víctimas de desplazamiento forzado, ya que el padecimiento de este fenómeno los hace vulnerables frente a la aparición de trastornos mentales, por lo que es importante resaltar que una vez más que se hace imprescindible el establecimiento de programas de intervención que permitan reestablecer el bienestar psicológico de la víctimas para facilitar el disfrute de una equilibrada salud mental.

9. CONCLUSIONES

Las personas víctimas del desplazamiento forzado presentan una vulnerabilidad psicológica que predispone la aparición de trastornos mentales; éste desajuste emocional corresponde a una sintomatología que estimula un malestar clínicamente significativo, que puede repercutir en el funcionamiento personal, familiar, social y laboral.

En el presente estudio se encontró que la muestra de investigación posee una importante afectación psicológica; la salud mental de esta muestra se ve afectada en mayor proporción por el Trastorno por Estrés Postraumático y por el Episodio Depresivo Mayor Actual, el cual puede guardar estrecha relación con la gran prevalencia del riesgo de suicidio.

Asimismo, se halló que los trastornos sexuales femeninos, la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada pueden originarse a raíz de la vivencia de eventos violentos como lo evidencia esta investigación; sin embargo estos dos últimos pueden estar relacionados con la prevalencia del TPET.

Por otro lado, las estrategias para afrontar las situaciones cotidianas que más usa la muestra de investigación están: la religión, la espera, la búsqueda de apoyo social, la evitación cognitiva y la negación; las cuales en su mayoría se constituyen como estrategias de afrontamiento pasivas.

En cuanto a los perfiles asociados a los trastornos de personalidad fueron el obsesivo – exigente, paranoide, el esquizoide y el narcisista los cuales se conectan con el hecho del desplazamiento como tal, pues como lo indica Beck & Freeman (1995), estos surgen como resultado de una situación de desconcierto, manipulación o victimización, situaciones propias del desplazamiento forzado.

Con respecto a los esquemas maladaptativos tempranos la privación emocional, vulnerabilidad al daño, el insuficiente-autocontrol y la desconfianza-abuso configuran los esquemas con mayor prevalencia en la investigación, lo cual significa que las estructuras cognitivas de carácter disfuncional presentes en la muestra se encuentran enmarcadas en estos esquemas, los cuales se originan a partir de vivencias traumáticas por lo general en la infancia, sin descartar otras etapas del ciclo vital.

De acuerdo con lo anterior, es importante clarificar que la identificación de estas características psicológicas permite de manera final concluir, que la afectación mental que trae consigo el desplazamiento forzado es significativa y que sus secuelas permiten evidenciar la vulnerabilidad psicológica que puede determinar la presencia de trastornos mentales como los encontrados en este estudio.

10. RECOMENDACIONES

El desplazamiento es una problemática que ha ido incrementando su afectación a nivel social en estos últimos años, por lo cual diversas instituciones incluyendo el Estado han puesto en marcha diferentes planes de intervención para este tipo de población; la mayoría de estos planes de intervención se encuentran orientados a cubrir muchas de las necesidades básicas de las víctimas del desplazamiento forzado lo cual se hace necesario para recobrar parte de la estabilidad que antes poseían, sin embargo es necesario que la salud mental sea reconocida como una necesidad primaria dentro de los planes de intervención o atención a estas víctimas para lograr un integral reestablecimiento de las víctimas del desplazamiento forzado, ya que las repercusiones que trae consigo este hecho son de gran impacto en su bienestar.

De igual manera se hace necesario que los profesionales encargados de intervenir con esta población, sean un personal calificado e idóneo que promuevan la reparación emocional de estas víctimas, entendiendo el fenómeno del desplazamiento como un hecho traumático que trae consecuencias psicológicas severas en algunos casos, pero que además involucra frecuentemente otro tipo de problemáticas como lo son la violencia intrafamiliar, el hacinamiento, y el abuso sexual entre otros, por lo tanto sea un personal que pueda realizar un abordaje integral.

Por otro lado, vale la pena señalar que según las bases del modelo cognitivo y de acuerdo con el presente estudio existen factores psicológicos asociados al desplazamiento, es por ello que se recomienda intervenir a partir de estos factores para atenuar los efectos psicológicos que origina el fenómeno del desplazamiento en estas víctimas, para lograr una resignificación de su condición y así conseguir salir de su

condición de víctima y disminuir el impacto de esta problemática social en la salud mental de las personas.

De igual manera, es preciso indicar que aunque en muchas de las víctimas de desplazamiento no se cumplen los criterios para diagnosticar un trastorno como tal, es importante tener en cuenta que muchas de estas presentan una sintomatología significativa que puede ser objeto de atención clínica para ayudar a reducir el malestar y evitar que más adelante estos síntomas se configuren como un trastorno psicológico, que repercutan en su bienestar y salud psicológica.

Finalmente, es importante que los hallazgos de la presente investigación sean tomados en cuenta con el propósito de realizar posteriormente nuevas investigaciones que permitan de igual manera identificar y corroborar las características psicológicas de la población desplazada para así poder implementar planes de intervención para esta población, haciendo especial énfasis en que la intervención psicológica aborde de manera integral la salud mental de las víctimas, traspasando las barreras del asistencialismo.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acción Social, Presidencia, República de Colombia. *Registro único de población desplazada*. Consultado el 12 de diciembre de 2006 de: www.red.gov.co/Programas/Apoyo_Integral_Desplazados/Registro_SUR_Marzo_2006/Registro_SUR_05042006_web_acumulado.htm

ACNUR (2005). *Refugees By Numbers*. Edición 2005. Septiembre. Switzerland. UNHCR Media Relations and Public Information Service. Consultado el 12 de enero de 2008 de <http://www.unhcr.org/basics/BASICS/416e3eb24.pdf>

ACNUR. (2007). Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. *Los Desplazados Internos en el Mundo*. Consultado el 15 de Enero de 2008 de http://www.acnur.org/index.php?id_pag=169

Agier, M. & Hoffman, O. (1999). *Pérdida de Lugar, Despojo y Urbanización: Desplazados, Migraciones Internas y Reestructuraciones Territoriales*. Bogotá Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional de Colombia. F. Cubides, C. Domínguez (Eds.),

Aguilera, A. (2001). Análisis de la Ley 387 de 1997: Su Impacto Psicosocial en la Población Desplazada. [Versión electrónica]. *Revista Reflexión Política*, 3(5), 84 – 94. Recuperado el 12 de enero de 2008 de http://editorial.unab.edu.co/revistas/reflexion/pdfs/der_35_4_r.htm

Alejo, E. (2005). Aplicación del Modelo de Estrés Postraumático en el Estudio del Impacto de la Violencia sobre la Salud Mental en Población Desplazada. [Versión electrónica], *Revista MedUNAB*, mayo. Recuperado el 10 de Febrero de 2008 de http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/NUMEROSA_NTERIORES/REVISTA81/R81_RT_C1.PDF

Amnistía Internacional (2004). Colombia Cuerpos Marcados, Crímenes Silenciados. Violencia Sexual Contra la Mujer en el Marco del Conflicto Armado. Recuperado el 27 de Marzo de 2007 de <http://web.amnesty.org/library/eslidx>.

Aristizabal, E. & Palacio, J. (2003). Subjetivación del Acto de Desplazarse y Aspectos Psicopatológicos Relacionados a Experiencias Violentas. [Versión electrónica], *Revista Investigación y Desarrollo*, 11(2).

Asociación Psiquiatría Americana (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado. DSM IV-TR*. Barcelona: Masson

Atehortúa, A. (1998). *Proyecto de Investigación e Intervención Colectiva. Esbozo de una Matriz Estratégica para Construir Paz*. Cali. Unidad Grafica UNIVALLE.

Beck, A & Freeman, A (1995). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. España: Paidós.

Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos Básicos y Profundización*. España: Gedisa.

Belloch, A.; Sanin, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatológica*. México: Mc Graw Hill.

Bello, M. (2001). *Desplazamiento Forzado y Reconstrucción de Identidades*. Premio Nacional de Ensayo Académico Alberto Lleras Camargo. Colombia: Editoriales ICFES.

Bushnell, D. (1996). *Colombia una Nación a pesar de sí Misma*. Bogotá: Planeta.

Cáceres, N. & Grandez, B. (1999). Principales Trastornos Mentales en Desplazados por la Violencia en el Área Metropolitana de Bucaramanga. Universidad

Pontificia Bolivariana. Bucaramanga. Trabajo de Grado para Obtener el Título de Psicólogo.

Calderón, J. (2004). Examen del Caso Clínico desde el Enfoque Cognitivo-Conductual. [Versión electrónica], *Revista Apertura Psicoanalítica*, 17. Recuperado el 1 de febrero de 2008 de <http://www.aperturas.org/17panelcalderon.html>

Camacho, M. & Contreras, J. (2004). Caracterización del Trastorno de Estrés Postraumático en Población Adulta Víctima del Desplazamiento Forzado Ubicada en Piedecuesta. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga. Trabajo de Grado para Obtener el Título de Psicólogo.

Camargo, Z. & Serrano, E. (2002). Implicaciones de la Actual Situación de Violencia en la Realización de Actividades Cotidianas y en la Interacción Social de un Grupo de Adultos Pertenecientes a la Clase Media de la Ciudad de Cali. Recuperado el día 2 de noviembre de 2007 de <http://correo.puj.edu.co/proyectosintesis/HIPERVINCULOS/PROBLEMATICASOCIAL/PO00106c.htm>

Camilo, G. (2000). Impacto Psicológico del Desplazamiento Forzado: Estrategias de Intervención. Colombia: BELLO, M. N., MARTIN, E., ARIAS, F. Editores

Carvajal, M. & Quintero, L. (2008). Estado de Salud Mental y Caracterización Psicológica de Personas Víctimas de Violencia Intrafamiliar. Universidad Pontificia Bolivariana. Bucaramanga. Trabajo de Grado para Obtener el Título de Psicóloga.

Carretero, M. (1998). *Introducción a la Psicología Cognitiva*. Barcelona: AIQUE

Castaño, B. (1994). *Violencia Sociopolítica en Colombia. Repercusión en la salud Mental de las Víctimas*. Editorial Gente nueva. Bogota.

Castaño, B. & López, P. (1994). Efectos Psicosociales del Desplazamiento Interno en Colombia. Memorias del Seminario Taller Nacional de Propuestas de Políticas Integrales Relacionadas con el Desplazamiento Interno en Colombia, Octubre. Bogota. Ministerio de Gobierno.

Castillejo, A. (2000). *Poética de lo Otro. Antropología de la Guerra, la Soledad y el Exilio Interno en Colombia*. Bogotá: ICANH.

Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre, K., Marín, C., Schitter, M (2005). Validación de Young Schema Questionnaire Long Form – Second Edition (YSQ – L₂) en Población Colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 541-560.

CODHES. (2008). Boletín de Prensa del Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. Bogotá, Colombia. Recuperado el día 20 de febrero de 2008 de <http://www.codhes.org>.

CODHES. (2007). Boletín Informativo de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, 30 de noviembre de 2007. Bogotá, Colombia. Recuperado el 20 de febrero de 2008 de www.codhes.org

Conferencia Episcopal de Colombia (1995). *Desplazados por la Violencia*. Bogota: Kimpres.

Corredor, E. & Jagua, L. (2004). *Caracterización de la Prevalencia del Trastorno por Estrés Posttraumático en Población en Condición de Desplazados por la Violencia Política en el Asentamiento Caminos de Paz en el Municipio de Bucaramanga*. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga. Trabajo de Grado para Obtener el Título de Psicólogas.

Fernández-Abascal, E & Palmero, F (1999). *Emociones y Salud*. Barcelona: Ariel Psicología.

Gaborit, M. (2006) Desastres y Trauma Psicológico. *Revista pensamiento psicológico*, 2(007).

Giraldo, C., Abad, J. & Pérez, D. (1997). *Relatos e Imágenes. El Desplazamiento en Colombia*. Bogotá: CINEP.

Goofman, E. (1996). *Estigma: La Identidad Deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Grinberg, L. (1984). *Psicoanálisis de la Migración y del Exilio*. Madrid: Alianza Editorial.

Izquierdo, G. (2003). Desplazados y Desposeídos. *Revista Javeriana*, 699(139).

Jerez, C. (2001). Impactos del Plan Colombia como Intervención Regional: Un Análisis Político del Caso del Valle del Río Cimitarra en el Magdalena Medio Colombiano. Recuperado el día 23 de Diciembre de 2007 de <http://www.prensarural.org/acvc/jerez20010909.htm>.

Kroll, J. (2003). Posttraumatic Symptoms and the Complexity of Responses to Trauma. *Revista JAMA* 290(5), 667 - 670

Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. España: Martínez Roca S.A.

Londoño, N., Muñiz, O., Correa, J., Patiño, D., Jaramillo, G., Raigoza, J., Toro, L., Restrepo, D. & Rojas, C. (2005). Salud Mental en Víctimas de la Violencia Armada en Bojayá. Choco, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(4).

Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. & Aguirre, D. (2006). Propiedades Psicométricas y Validación de la Escala de Estrategias de Coping

Modificada (EEC-M) en una Muestra Colombiana. *Universitas Psicológica*, 5(2), 327-350.

Londoño, N., Maestre, K., Marín, Schnitter, M., Castrillon, D., Ferrer, A. & Chavez, L. (2003). Validación del Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad (CCE – TP), en Población Colombiana, [Versión electrónica], *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(2), 138 – 162. Recuperado el 15 de febrero de 2008 de http://www.urosario.edu.co/FASE1/medicina/documentos/facultades/psicologia/Vol25N2/10_ValidazCCETP_aplVol25N2.pdf

Madrid, M. & Garizábal, M (1996). *Estudios Sobre Derechos Fundamentales*. Bogotá: Tercer mundo.

Manrique, E. (2005). Huayronqus e Ima Saprás en la Vida y Obra de Arguedas: Depresión y Esquemas Maladaptativos Tempranos, VI(2). Recuperado el día 20 de Enero de 2008 de <http://www.minsa.gob.pe/hhv/revista/2005II/1%20HUAYRONQOS%20E%20IMA%20SAPRAS%20%20EN%20LA%20VIDA%20Y%20OBRA%20DE%20ARGUEDAS.pdf>

Meertens, D. (2002). *Ensayos sobre tierra, violencia y género*. Bogotá: Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional de Colombia.

Meisenhelder, J. B. (2002) Terrorisms, Posttraumatic Stress and Religious Coping. *Issues in Mental Health Nursing*, 23. Recuperado el 2 de enero de 2008 de la base de datos PudMed – MEDLINE.

Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud (2001). Perfil Epidemiológico de la Población Desplazada en Barrio Mandela Colombia. Recuperado el día 20 de

diciembre de 2007 de <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/mandela/index.htm>

Ministerio de Protección Social (2003). Estudio Nacional de Salud Mental. Recuperado el día 10 de febrero de 2008 de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=14822&IDCompany=3>

Molina, N. (2001) La Apropiación de los Espacios Comunes en la Prolongación de los Conflictos. Seminario Ciencias Sociales y Humanas. Ponencia efectuada en 1º Seminario de Ciencias Humanas y Sociales, Coordinado por los Becarios del ICCI – AECI (Institut Català de Cooperació Iberoamericana y Agencia Española de Cooperación Internacional). Recuperado el 16 de Enero de 2008 de: http://www.geocities.com/seminarioicci/ponencia_03.htm

Molina, N. (2004). Resistencia Comunitaria y Transformación de Conflictos. Un análisis desde el Conflicto Político – Armado Colombiano. *Atenea Digital*, 6. Recuperado el 16 de Enero de 2008 de: <http://ddd.uab.es/pub/athdig/15788946n6a32.htm>

Montañés, P. & Mayano, M. (2006). Violencia de Genero sobre Inmigrantes en España. Un análisis psicosocial. España. *Revista Pensamiento Lógico*, 2(6), 21 – 32.

Movilidad Humana. (2000). Diócesis de Santa Marta, Departamento del Magdalena. Colombia: Movilidad Humana.

Morrison, S. (1973). Intermediate Variables in the Association Between Migration And Mental Illness. *International Journal of Social Psychiatry*.

Norwegian Refugee Council (2001). Noruega 7 Junio. Recuperado el 3 de enero de 2008 de

[http://www.internaldisplacement.org/8025708F004CE90B/\(httpDocuments\)/5FF905ED960A9997802570B70059012B/\\$file/NRC+Statement+7+June+2001.pdf](http://www.internaldisplacement.org/8025708F004CE90B/(httpDocuments)/5FF905ED960A9997802570B70059012B/$file/NRC+Statement+7+June+2001.pdf)

Observatorio de Salud Pública de Santander (2005). Violencia Intrafamiliar y Violencia Sexual. Recuperado el día 27 de Septiembre de 2007 de <http://www.observatorio.saludsantander.gov.co>.

Organización Panamericana de la Salud (2006). Guía práctica de salud mental en desastres. Washington, D.C. Recuperado el día 4 de Enero de 2008 de <http://www.helid.desastres.net/?e=d-000who--000--1-0--010---4-----0--0-101--11en-5000---50-about-0---01131-001-110utfZz-8-0-&a=d&c=who&cl=CL1.11&d=Js13489s>

Osorio, F. (1993). La Violencia del Silencio, Desplazamiento del Campo a la Ciudad. Bogotá: CODHES.

Osorio, FE. & Lozano, FA (1999). Un país que huye. Desplazamiento y Violencia en una Nación Fragmentada, Horizontes de Comprensión y Acción sobre el Desplazamiento Forzado en Colombia 1995 – 1997. Bogotá: CODHES – UNICEF. Recuperado el día 16 de diciembre de: http://www.codhes.org//index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=36&Itemid=50

Palacio, J. (2006). *Impact Psychologique de la Violence Politique sur les jeunes et la famille: comparaison de familles déplacées et de familles pauvres en Colombia*. Lille. ANRT.

Piaget, J (1997). *Biología y Conocimiento*. (12th ed). Madrid: Siglo Veintiuno.

Política Nacional del Campo de la Salud Mental, Fuerza Impulsora del Desarrollo del País y de la Garantía de Derechos. Bogota. Recuperado el día 23 de febrero de 2008 de

<http://www.dssa.gov.co/download/mental/POL%C3%8DTICA%20DE%20SALUD%20MENTAL.pdf>

Pontin, M. (2003). Excluidos de sus Tierras y del Derecho de la Ciudadanía. Bogota, *Revista Javeriana*, ISSN 0120-3088 (699).

Quirós, E. (2003). El Impacto de la Violencia Intrafamiliar: Transitando de la Desesperanza a la Recuperación del Derecho a Vivir Libres de Violencia. [Versión electrónica]. *Perspectivas Psicológicas*, 3-4, 155-163. Recuperado el 29 de diciembre de 2008 de: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1992-46902003000100017&lng=pt&nrm=is

Restrepo, O. (2002). Elementos para el Análisis del Desplazamiento Forzoso y la Reconstrucción de Identidad, Cotidianidad y Tejido Social con las Víctimas. *Revista Migraciones Forzadas*, 12.

Restrepo, J. (2007) Psicopatología y Epistemología. [Versión electrónica]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1). Recuperado el día 14 de Enero de 2008 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Reunión Técnica de la Consulta Permanente sobre Desplazamiento Interno en las Américas. (1993). Instituto Interamericano de Derechos Humanos. San José.

Rojas, J. (1993). *Desplazamiento, Derechos Humanos y Conflicto Armado*. Bogota: CODHES.

Rozo, E. (1986). *Diccionario de Política y Derecho Público*. Bogotá: ESAP.

Rozo, J. (2000). *Efectos Psicosociales y Culturales del Desplazamiento, Efectos del Desplazamiento y Metodologías de Intervención*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Sánchez, R. & Jaramillo, L. (1999). Impacto del Desplazamiento Sobre la Salud Mental. *Revista Universitas Humanística*, 47.

Santacruz, C., Chams, W. & Fernández, P. (2006). Colombia: Violencia y Salud Mental: La Opinión de la Psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV(1). Recuperado el día 30 de Enero de 2008 de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n1/v35n1a04.pdf>

Solarte, R. (2004). Voces y Silencios: Paradojas de la Virgen. *Revista Theologica xaveriana*, 149.

Subdirección de Atención a Población Desplazada de Acción Social (2007). Estadísticas de Población en Situación de Desplazamiento. Recuperado el día 22 de enero de 2008 de <http://www.accionsocial.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=383&conID=556>

Torregrosa, JR (1996). *Psicología Social Aplicada*. Madrid: .Mc Graw Hill.

Vidales, C. (1997). *La violencia en Colombia*. Colombia: Futuro.

Young, J. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema – Focused Approach*. Third Edition. Professional Resource Press. Sarasota. Florida.

Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*. The Guilford Press. New York

Young, J. (1999). *Terapia Cognitiva para los Trastornos de Personalidad. Una Aproximación Centrada en Esquemas*. Estados Unidos: Professional Resources Press.

12. ANEXOS

Anexo 1: Cuadernillo de Aplicación de Pruebas



ESTADO DE SALUD MENTAL Y CARACTERIZACIÓN PSICOLOGICA EN VÍCTIMAS DE DESPLAZAMIENTO FORZADO EN BUCARAMANGA

La presente investigación se realiza desde la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga, cuya investigadora principal es Phd. Diana María Agudelo Vélez (docente e investigadora de la Universidad) y las coinvestigadoras Náyare Castro Hernández y Deisy Mina Isajar , estudiantes de psicología en proceso de tesis.

El proceso de investigación tiene como principal finalidad estudiar el estado de salud mental de personas que han sido víctimas de desplazamiento forzado, para lo cual se ha creado una base de datos con la información sociodemográfica de los usuarios.

Esta información es de absoluta confidencialidad, con lo cual se asegura que sus datos personales no serán divulgados por ningún medio.

Bienvenido (a)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber recibido toda la información referente a la investigación **Estado de Salud Mental y Caracterización Psicológica en Víctimas de desplazamiento forzado** por parte de Náyare Castro y Deisy Mina, quien dio respuesta a mis inquietudes, manifiesto libre, consciente y voluntariamente mi intención de participar en la investigación.

En constancia firmo:

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: _____ de: _____

Fecha: _____

Nombre, firma y documento de identidad de la investigadora

Nombre _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: _____ de: _____

NOTA

Estudios futuros

Nuestros planes de investigación aparecen resumidos en el formato de consentimiento. Los resultados de nuestra investigación serán grabados con un código numérico y estos no serán colocados en su historia clínica. Los resultados serán publicados en revistas de literatura médica científica garantizando que la identificación de los participantes no aparecerá en estas publicaciones.

Es posible que en el futuro su historia clínica y las repuestas de los cuestionarios sean utilizadas para otras investigaciones cuyos objetivos y propósitos no aparecen especificados en el formato de consentimiento que usted firmará. Si esto llegara a suceder, toda su información será entregada de manera codificada para garantizar que no se revelará su nombre. De igual manera, si otros grupos de investigadores solicitan información para hacer estudios cooperativos, la información se enviará sólo con el código. Es decir, su identificación no saldrá fuera de la base de datos codificada de nuestro grupo de investigación.

CONSENTIMIENTO PARA ESTUDIOS FUTUROS

Yo estoy de acuerdo en autorizar que la información de la historia clínica y de los cuestionarios, de mi representado legal sea utilizada en otras investigaciones en el futuro.

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: _____ de: _____

INSTRUCCIONES GENERALES

A continuación usted encontrará tres cuestionarios que preguntan por la forma de pensar, actuar y sentir de las personas.

Lea las instrucciones de manera atenta y si tiene alguna duda por favor pregunte. Responda a la totalidad de las preguntas. Su información es muy valiosa para el estudio.

Se le recuerda que toda la información es de carácter confidencial y es anónima.

Edad: _____ **Sexo:** _____ **Estrato:** _____

Estado Civil: _____

Nivel Educativo: Ninguno () Primaria () Bachillerato () Superior ()

CUESTIONARIO N° 1

Instrucciones:

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

1 2 3 4 5 6

No me describe; Me describe mínimamente; Me describe un poco; Me describe moderadamente; Me describe mucho; Me describe perfectamente.

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

24. No confío en otras personas	1 2 3 4 5 6
25. Soy una persona desconfiada	1 2 3 4 5 6
26. Estoy constantemente en guardia	1 2 3 4 5 6
27. Tiendo a ser receloso y desconfiado	1 2 3 4 5 6
28. Estoy alerta para que los demás no traten de usarme o manipularme	1 2 3 4 5 6
29. Soy suspicaz	1 2 3 4 5 6

CUESTIONARIO N° 2

Instrucciones:

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

1	2	3	4	5	6
NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

1.	Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1 2 3 4 5 6
2.	Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1 2 3 4 5 6
3.	Procuró no pensar en el problema	1 2 3 4 5 6
4.	Descargo mi mal humor con los demás	1 2 3 4 5 6
5.	Intento ver los aspectos positivos del problema	1 2 3 4 5 6
6.	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1 2 3 4 5 6
7.	Procuró conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1 2 3 4 5 6
8.	Asisto a la iglesia	1 2 3 4 5 6
9.	Espero que la solución llegue sola	1 2 3 4 5 6
10.	Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1 2 3 4 5 6
11.	Procuró guardar para mí los sentimientos	1 2 3 4 5 6
12.	Me comporto de forma hostil con los demás	1 2 3 4 5 6
13.	Intento sacar algo positivo del problema	1 2 3 4 5 6
14.	Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder	1 2 3 4 5 6

	afrontar mejor el problema	
15.	Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1 2 3 4 5 6
16.	Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	
17.	Espero el momento oportuno para resolver el problema	1 2 3 4 5 6
18.	Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1 2 3 4 5 6
19.	Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1 2 3 4 5 6
20.	Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento	1 2 3 4 5 6
21.	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1 2 3 4 5 6
22.	Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1 2 3 4 5 6
23.	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1 2 3 4 5 6
24.	Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1 2 3 4 5 6
25.	Tengo fe en que Dios remedie la situación	1 2 3 4 5 6
26.	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1 2 3 4 5 6
27.	No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1 2 3 4 5 6
28.	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1 2 3 4 5 6
29.	Dejo que las cosas sigan su curso	1 2 3 4 5 6
30.	Trato de ocultar mi malestar	1 2 3 4 5 6
31.	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1 2 3 4 5 6
32.	Evito pensar en el problema	1 2 3 4 5 6
33.	Me dejo llevar por mi mal humor	1 2 3 4 5 6
34.	Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1 2 3 4 5 6
35.	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1 2 3 4 5 6
36.	Rezo	1 2 3 4 5 6
37.	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1 2 3 4 5 6
38.	Pienso que lo mejor es esperar a ver que puede pasar	1 2 3 4 5 6
39.	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al Problema	1 2 3 4 5 6
40.	Me resigno y dejo que las cosas pasen	1 2 3 4 5 6
41.	Inhibo mis propias emociones	1 2 3 4 5 6
42.	Busco actividades que me distraigan	1 2 3 4 5 6
43.	Niego que tengo problemas	1 2 3 4 5 6
44.	Me salgo de casillas	1 2 3 4 5 6
45.	Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1 2 3 4 5 6
46.	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1 2 3 4 5 6
47.	Pido a algún amigo o familiar que me indiquen cuál sería el mejor camino a seguir	1 2 3 4 5 6

48.	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1 2 3 4 5 6
49.	Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1 2 3 4 5 6
50.	Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1 2 3 4 5 6
51.	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1 2 3 4 5 6
52.	Me es difícil relajarme	1 2 3 4 5 6
53.	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1 2 3 4 5 6
54.	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1 2 3 4 5 6
55.	Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1 2 3 4 5 6
56.	Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara”	1 2 3 4 5 6
57.	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1 2 3 4 5 6
58.	Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1 2 3 4 5 6
59.	Dejo todo en manos de Dios	1 2 3 4 5 6
60.	Espero que las cosas se vayan dando	1 2 3 4 5 6
61.	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1 2 3 4 5 6
62.	Trato de evitar mis emociones	1 2 3 4 5 6
63.	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1 2 3 4 5 6
64.	Trato de identificar las ventajas del problema	1 2 3 4 5 6
65.	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1 2 3 4 5 6
66.	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1 2 3 4 5 6
67.	Busco tranquilizarme a través de la oración	1 2 3 4 5 6
68.	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1 2 3 4 5 6
69.	Dejo que pase el tiempo	1 2 3 4 5 6

CUESTIONARIO N°3

INSTRUCCIONES

Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

1	2	3	4	5	6
Completamente falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe perfectamente
1	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.				1 2 3 4 5 6
2	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.				1 2 3 4 5 6
3	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.				1 2 3 4 5 6
4	Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.				1 2 3 4 5 6
5	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.				1 2 3 4 5 6
6	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.				1 2 3 4 5 6
7	Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de tiempo				1 2 3 4 5 6
8	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.				1 2 3 4 5 6
9	Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen.				1 2 3 4 5 6
10	Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.				1 2 3 4 5 6
11	Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.				1 2 3 4 5 6
12	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.				1 2 3 4 5 6
13	Me da una gran dificultad confiar en la gente.				1 2 3 4 5 6
14	Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.				1 2 3 4 5 6
15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.				1 2 3 4 5 6
16	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.				1 2 3 4 5 6
17	Me preocupa volverme un indigente o vago.				1 2 3 4 5 6

18	Me preocupa ser atacado.	1 2 3 4 5 6
19	Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.	1 2 3 4 5 6
20	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.	1 2 3 4 5 6
21	Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.	1 2 3 4 5 6
22	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.	1 2 3 4 5 6
23	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.	1 2 3 4 5 6
24	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.	1 2 3 4 5 6
25	No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros.	1 2 3 4 5 6
26	Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.	1 2 3 4 5 6
27	Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros.	1 2 3 4 5 6
28	Me es difícil ser cálido y espontáneo.	1 2 3 4 5 6
29	Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones.	1 2 3 4 5 6
30	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.	1 2 3 4 5 6
31	Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo.	1 2 3 4 5 6
32	Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo “suficientemente bueno”.	1 2 3 4 5 6
33	Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho.	1 2 3 4 5 6
34	Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien.	1 2 3 4 5 6
35	Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares.	1 2 3 4 5 6
36	Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.	1 2 3 4 5 6
37	Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás.	1 2 3 4 5 6
38	Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras	1 2 3 4 5

	personas.	6
39	Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.	1 2 3 4 5 6
40	Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas.	1 2 3 4 5 6
41	Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono.	1 2 3 4 5 6
42	Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.	1 2 3 4 5 6
43	Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas.	1 2 3 4 5 6
44	No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo.	1 2 3 4 5 6
45	No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo se que son por mi bien.	1 2 3 4 5 6

=====

G. FOBIA SOCIAL

		→		
G1		NO	SI	1
		→		
G2		NO	SI	2
		→		
G3		NO	SI	3
G4				

NO	→	SI
FOBIA SOCIAL <i>(Trastorno de Ansiedad Social)</i> ACTUAL		

=====

H. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

H1		NO	SI	1
		→	H4	
H2		NO	SI	2
		→	H4	
H3		NO	SI	3
			<u>Obsesiones</u>	
H4		NO	SI	4
			<u>Compulsiones</u>	

		→		
		NO	SI	
		→		
H5		NO	SI	5
H6				

NO	→	SI
TRASTORNO OBSESIVO - COMPULSIVO ACTUAL		

=====

I. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

		→		
I1		NO	SI	1
		→		
I2		NO	SI	2
		→		
I3		NO	SI	3
I4	a.	NO	SI	4
	b.	NO	SI	5
	c.	NO	SI	6
	d.	NO	SI	7
	e.	NO	SI	8
	f.	NO	SI	9
		→		
		NO	SI	

I5	a.	NO	SI	10
	b.	NO	SI	11
	c.	NO	SI	12
	d.	NO	SI	13
	e.	NO	SI	14
		→		
		NO	SI	

I6

		→	15
		NO	SI
ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL			

=====

J. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

		→		
J1		NO	SI	1
J2	a.	NO	SI	2
	b.	NO	SI	3
	c.	NO	SI	4
	d.	NO	SI	5
	e.	NO	SI	6
	f.	NO	SI	7
	g.	NO	SI	8

NO	→	SI
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL		

J3	a.	NO	SI	9
	b.	NO	SI	10
	c.	NO	SI	11
	d.	NO	SI	12

NO	→	SI
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL		

=====

K. TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHOLICAS

		→		
K1	a.	NO	SI	

ESPECIFIQUE LA DROGA (S) MAS

USADA:

SOLO UNA DROGA/CLASE DE DROGAS

HA SIDO UTILIZADA.

SOLO LA CLASE DE DROGAS MAS

UTILIZADA ES EXPLORADA

CADA DROGA ES EXAMINA

INDIVIDUALMENTE

b. QUÉ DROGA VA A SER EXPLORADA _____

K2	a.	NO	SI	1
	b.	NO	SI	2
	c.	NO	SI	3
	d.	NO	SI	4
	e.	NO	SI	5
	f.	NO	SI	6
	g.	NO	SI	7

ESPECIFICAR LA DROGA (S)

NO	→	SI
DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL		

K3	a.	NO	SI	8
	b.	NO	SI	9
	c.	NO	SI	10
	d.	NO	SI	11

ESPECIFICAR LA DROGA (S)

NO	→	SI
ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL		

=====

L. TRASTORNOS PSICOTICOS

EXTRAÑOS

L1	a.	NO	SI	SI 1
	b.	NO	SI	SI 2
				→
L2	a.	NO	SI	SI 3
	b.	NO	SI	SI 4
				→
L3	a.	NO	SI	SI 5
	b.	NO	SI	SI 6
				→
L4	a.	NO	SI	SI 7
	b.	NO	SI	SI 8
				→
L5	a.	NO	SI	SI 9
	b.	NO	SI	SI 10

- L6 a. NO SI **SI 11**
 SI
 b. NO SI **SI 12**
 →
- L7 a. NO SI **SI 13**
 b. NO SI **SI 14**
- L8 b. NO SI **SI 15**
- L9 b. NO SI **SI 16**
- L10 b. NO SI **SI 17**

L11

NO	SI
TRASTORNO PSICOTICO ACTUAL	

L12

NO	18 SI
TRASTORNO PSICOTICO ALGUNA VEZ EN LA VIDA	

L13 a. NO SI
 b.

NO	19 SI
TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL	

=====

M. CRITERIO DE ANOREXIA NERVIOSA

M1 a. pies pulg
 cm
 b. Libras.
 Kgs.
 →
 c. NO SI

- M2 → NO SI 1
- M3 → NO SI 2
- M4 a. NO SI 3
 b. NO SI 4
 c. NO SI 5
- M5 → NO SI
- M6 → NO SI 6

NO	SI
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

=====

N. BULIMIA NERVIOSA

- N1 → NO SI 7
- N2 → NO SI 8
- N3 → NO SI 9
- N4 → NO SI 10
- N5 → NO SI 11
- N6 → NO SI
- ↓
 Ir a N8
- N7 (_____) NO SI 12

N8

NO	SI
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	

NO	SI
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO / PURGATIVO ACTUAL	

=====

O. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

- O1 → a. NO SI 1
 →
 b. NO SI 2
 →
 NO SI 3
- O2 → NO SI 4
- O3 a. NO SI 5
 b. NO SI 6
 c. NO SI 7
 d. NO SI 8
 e. NO SI 9
 f. NO SI 10

NO	SI
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

=====

P. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

- P1 a. NO SI 1
 b. NO SI 2
 c. NO SI 3
 d. NO SI 4
 e. NO SI 5
 f. NO SI 6
- NO SI
- P2 a. NO SI 7
 b. NO SI 8
 c. NO SI 9
 d. NO SI 10
 e. NO SI 11
 f. NO SI 12

NO	SI
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD ALGUNA VEZ EN LA VIDA	

Q. TRASTORNOS SEXUALES FEMENINOS

- Q1 a. NO SI 1
 b. NO SI 2
 →
 NO SI 3
- Q2 NO SI 4
- Q3 NO SI 5
- Q4 NO SI 6
- Q5 NO SI 7
- Q6 NO SI 8
- Q7 NO SI 9

NO	SI
TRASTORNO SEXUAL FEMENINO	

=====

R. TRASTORNOS SEXUALES MASCULINOS

- R1 a. NO SI 1
 b. NO SI 2
 →
 NO SI 3
- R2 NO SI 4
- R3 NO SI 5
- R4 NO SI 6
- R5 NO SI 7
- R6 NO SI 8
- R7 NO SI 9

NO	SI
TRASTORNO SEXUAL MASCULINO	

FECHA DE LA ENTREVISTA _____ NUMERO DEL PROTOCOLO _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR _____

MÓDULOS	PERIODO EXPLORATORIO	CUMPLE LOS CRITERIOS	DSM IV	ICD-10
A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)	↑	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Pasado	↑	296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SINTOMAS MELANCOLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	↑	296.20-296.26 episodio único	F32.x
			296.30-296.36 recidivante	F33.x
B. TRASTORNO DISTIMICO	Actual (últimos 2 años)	↑	300.4	F34.1
C. RIESGO DE SUICIDIO	Actual (ultimo mes)	↑		
	Riesgo: ↑ leve ↑ moderado ↑ alto			
D. EPISODIO MANIACO	Actual	↑	296.00-296. 06	F30.X-F31.9
	Pasado	↑		
EPISODIO HIPOMANIACO	Actual	↑	296.80-296. 89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	↑		
E. TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (ultimo mes)	↑	300.01/300. 21	F40. 01- F41. 0
	De por vida	↑		
F. AGORAFOBIA	Actual	↑	300. 22	F40. 00
G. FOBIA SOCIAL (TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL)	Actual (ultimo mes)	↑	300. 23	F40. 1
H. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (ultimo mes)	↑	300. 3	F42. 8
I. ESTADO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO (opcional)	Actual (ultimo mes)	↑	309. 81	F43. 1
J. DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	↑	303. 9	F10. 2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	↑	305. 00	F10. 1
K. DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	↑	304.00-90/305. 20- 90	F11. 1- F19. 1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	↑	304.00-90/305. 20- 90	F11. 1- F19. 1
L. TRASTORNOS PSICOTICOS	De por vida	↑	295.10-295.90/297.1	F20. xx- F29
	Actual	↑	297.3/293.81/293.82	
			293.89/298.8/289.9	
TRASTORNO DE EL ESTADO DE ANIMO CON SINTOMAS PSICOTICOS	Actual	↑	296.24	F32.3/F33. 3
M. ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	↑	307. 1	F50. 0
N. BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	↑	307. 51	F50. 2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA PURGATIVA	Actual	↑	307. 1	F50. 0
O. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	↑	300. 02	F41. 1
P. TRASTORNO ANTISOCAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	↑	301.7	F60. 2
Q. TRASTORNO SEXUAL FEMENINO				
Q2 TRASTORNO DEL DESEO SEXUAL			302.71	F52.0
Q3 TRASTORNO POR AVERSIÓN			302.79	F52.10
Q4 TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN			302.72	F52.2
Q5 TRASTORNO ORGASMICO FEMENINO			302.73	F52.3
Q6 DISPAREUNIA			302.76	F52.6
Q7 VAGINISMO			306.51	F52.5
R. TRASTORNO SEXUAL MASCULINO				
R2 TRASTORNO DEL DESEO SEXUAL			302.71	F52.0
R3 TRASTORNO POR AVERSIÓN			302.79	F52.10
R4 DISFUNCIÓN ERÉCTIL			302.72	F52.2
R5 TRASTORNO ORGÁSMICO MASCULINO			302.74	F52.3
R6 EYACULACIÓN PRECOZ			302.75	F52.4
R7 DISPAREUNIA			302.76	F52.6

