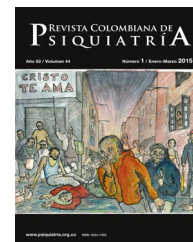




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Situaciones traumáticas en víctimas de desplazamiento forzado en Colombia con diagnóstico de TEPT: inicio, tipos, frecuencias, gravedad e impacto[☆]



Laura Juliana Barchelot Aceros^a, Gonzalo Galvan^{b,*}, Daysy Katherine Pabón-Poches^a, Francisco Vasquez de la Hoz^b, Pedro Elías Ramírez Bustos^a, Manuel Francisco Guerrero Martelo^b, Marlen Simancas Fernández^b, Jairo Miguel Torres-Oviedo^c, Beatriz Brunal Vergara^b, Diana Esther Salgado^b y Virnay Padilla^b

^a Universidad de Investigación y Desarrollo, Bucaramanga, Santander, Colombia

^b Universidad Cooperativa de Colombia, Montería, Córdoba, Colombia

^c Universidad de Córdoba, Montería, Córdoba, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de septiembre de 2020

Aceptado el 16 de agosto de 2021

On-line el 6 de octubre de 2021

Palabras clave:

Conflicto armado

Trastorno de estrés postraumático

Desplazamiento forzado

Colombia

RESUMEN

Introducción: El conflicto armado se asocia con síntomas emocionales y trastornos mentales en las víctimas; los más recurrentes de ellos son el trastorno de estrés postraumático, los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y las reacciones depresivas. El propósito del estudio es caracterizar por sexo las situaciones debidas al desplazamiento forzado de personas que cumplen los criterios diagnósticos de trastorno de estrés postraumático.

Métodos: Estudio no experimental de tipo transversal y con alcance descriptivo, en una muestra conformada por 1.367 sujetos de 18-70 años vinculados en el registro único de víctimas; se clasificó a 588 de ellos como muestra clínica. Se evaluaron por medio del instrumento EGEP-5 los síntomas, la historia y la gravedad del TEPT, que se analizaron mediante técnicas descriptivas y de frecuencia, así como diferencias de medias, y la prueba de la χ^2 en relación con la variable sexo.

Resultados: Al categorizar las situaciones, se observó que las mujeres estuvieron expuestas a violencia física, acoso sexual y violencia de la pareja con una frecuencia significativamente mayor que los varones; por su parte, estos estuvieron expuestos con una frecuencia significativamente mayor que las mujeres a actos terroristas o de tortura, accidentes graves en medios de transporte, otro tipo de accidentes y violencia, abuso o ataque sexual.

[☆] El presente trabajo resulta del proyecto de Investigación «Validación del CIT-Cuestionario de impacto del trauma en la población víctima desplazamiento forzado en Colombia», ID: 2019-1-INV-42-BGA, llevado a cabo por la Universidad de Investigación y Desarrollo y la Universidad Cooperativa de Colombia.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: galvan.patignani@gmail.com (G. Galvan).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.004>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: Todas las personas incluidas en el presente estudio, además del hecho del desplazamiento forzado, han estado expuestas al menos a un evento adverso potencialmente traumatizante; de ellos, algo más de 2 de cada 5 cumplen criterios clínicos de TEPT; no menos notorio es que se trata de personas politraumatizadas por haber estado expuestas a múltiples situaciones traumatizantes.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Traumatic Situations in Victims of Forced Displacement in Colombia with a Diagnosis of PTSD: Onset, Types, Frequencies, Severity and Impact

A B S T R A C T

Keywords:

Armed conflict
Post-traumatic stress disorders
Forced displacement
Colombia

Introduction: Armed conflict is associated with the presence of emotional symptoms and mental disorders in victims, the most recurrent being post-traumatic stress disorder, mood disorders, anxiety and depressive reactions. The purpose of the study is to characterise situations due to forced displacement in people who meet diagnostic criteria for post-traumatic stress disorder according to gender.

Methods: A descriptive, cross-sectional non-experimental study in a sample consisting of 1367 subjects between 18 and 70 years of age included in the single registry of victims, of which 588 were classified as the clinical sample. The symptoms, history and severity of PTSD were evaluated using the EGEF-5 instrument. The data were analysed using descriptive and frequency techniques, as well as differences in means and Chi2 in relation to the gender variable.

Results: In categorizing situations, it was observed that women were exposed with a significantly higher frequency than men to physical violence, sexual harassment and partner violence; in turn, men were exposed with a significantly higher frequency than women to acts of terrorism or torture, serious accidents in means of transport, other types of accidents and violence, abuse or sexual assault.

Conclusions: All the people included in this study, in addition to the fact of forced displacement, have been exposed to at least one potentially traumatizing adverse event; of these, just over two-fifths meet clinical criteria for PTSD and, no less noticeable, is the fact that they are polytraumatized people, having been exposed to multiple traumatic situations.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Uno de los problemas que más han marcado la historia y la vida de los colombianos es el conflicto armado interno¹, entendido este como una forma de violencia político-social para reprimir o destruir a un grupo humano por su orientación social, política, gremial, racial, cultural o ideológica, estén organizados o no², que lleva afectando al país más de 60 años. Las consecuencias en los afectados han sido: miedo, dolor, abandono, aislamiento social, desconfianza, apatía, inseguridad, vulnerabilidad, desesperanza y odio en la población³, entre otros³, y los efectos más considerables los han tenido que sobrellevar las poblaciones colombianas en situaciones de precariedad, pobreza y abandono social y, de estos, en gran número son población campesina⁴⁻⁷.

Este panorama desolador del conflicto se refleja en los aproximadamente 4.629.190 colombianos que entre 1958 y 2012 han tenido que huir de sus residencias en aras de salvaguardar su vida y la de sus familiares; asimismo se ha evidenciado

en los 261.619 asesinatos documentados en población civil y con los 25.000 desaparecidos^{4,8,9}. Ahora bien, una de las dinámicas del conflicto armado que mayor impacto han generado en la vida de los colombianos en aspectos físicos, financieros, sociales y humanos es el desplazamiento forzado^{5,10}.

Es a partir de esta dinámica y del cúmulo de características subyacentes del desplazamiento forzado que el Centro de Memoria Histórica¹¹ ha denominado Colombia como una «nación desplazada», considerando los casi 6,5 millones que tuvieron que abandonar sus tierras, más del 50% mujeres, una proporción considerable de menores de edad, un 15% de afrocolombianos y un 10% de población indígena, agravante considerable a este fenómeno de ordenamiento social y político. Por otro lado, Gómez-Restrepo et al.¹² identificaron en población indígena una alta tendencia de afecciones mentales debidas a la pérdida de los rasgos culturales desencadenados por el proceso de desplazamiento forzado. Al mismo tiempo, un 87% de las personas que habían sido desplazadas eran de regiones rurales y, por último y en aras de enmarcar la «nación

desplazada», el 99% de los municipios de Colombia han sido blanco de estos actos de lesa humanidad^{6,11,13}.

Ciertos eventos de origen humano son más traumatógenos que las catástrofes naturales^{14,15}, en tanto en medio de un conflicto se crean unos escenarios particulares con impacto real en la vida de las personas y su comunidad¹⁶; así, la vida y la integridad de los colombianos fue perturbada por el conflicto armado y hoy todavía, acaso en mayor escala, se observan las consecuencias físicas y mentales en las víctimas^{4,6,11,17-22}.

Es innegable el impacto de la guerra en las personas, y este impacto se observa en la presencia de síntomas emocionales y trastornos mentales, tanto a corto como a largo plazo, en quienes han sido víctimas del conflicto armado^{7,14,23-26}, como evidencia la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015 al identificar el conflicto armado y en específico el desplazamiento forzado como uno de los eventos de violencia que con mayor frecuencia experimenta la población colombiana, que se percibe en la población de 18-44 años como un evento traumático al que se asocian algunos síntomas, como nerviosismo, ansiedad y tristeza. En conclusión, se estima que un 45,9% de las personas que se vieron expuestas a este tipo de hechos violentos tienen un trauma psíquico, más acentuado en las mujeres (51,7%)²⁷.

De igual forma, algunos estudios se han dado a la tarea de identificar los principales impactos psicológicos: trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno del estado de ánimo, ansiedad y reacciones depresivas o depresión mayor, fobias, consumo o abuso de alcohol, reacciones psicóticas, síntomas de conversión y riesgo o intento suicida, a lo que se suma el deterioro de la calidad de vida, ruptura de las redes de apoyo (social y afectiva), afectación de roles familiares y desarraigo cultural^{26,28-32}. Se sabe incluso que los efectos de la guerra persisten hasta 5 años después ocurrida la situación de violencia¹⁷ y que la prevalencia en las personas afectadas en contextos bélicos es mayor que en la población general, tal como indican Campos-Ariaset al.²³, quienes identificaron en víctimas de conflicto armado que hasta un 63% de los sujetos presentan algún tipo de síntoma clínico significativo y hasta el 33% cumple los criterios diagnósticos de trastorno mental; este panorama no es ajeno a las víctimas de desplazamiento forzado^{18,33}.

El sometimiento a experiencias traumáticas violentas es de las condiciones que más lesionan y/o quebrantan el equilibrio psíquico de las víctimas^{17,25,29,34,35}, ya que provocan una serie de reacciones que, adaptativas o no, pueden favorecer la aparición de síntomas psicopatológicos a corto, medio o largo plazo, síntomas que se pueden reagrupar en varias entidades clínicas, principalmente en el TEPT^{3,15,16,32,36}.

El trauma puede ser provocado por cualquier situación o acontecimiento impactante, angustiante, terrorífico o peligroso^{28,37-39} al que una persona puede quedar expuesta (escenas de muerte real o inminente, lesiones graves, violencia sexual real o potencial) en calidad de víctima, testigo o conocedor del hecho^{15,40}. Lo anterior, sin duda, producirá un deterioro significativo en lo personal, familiar, social, educativo y ocupacional, entre otras áreas de la vida⁴¹. El TEPT tiene comorbilidad con trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno

por consumo de sustancias, dependencia alcohólica, trastorno límite de personalidad, trastorno de pánico, trastornos afectivos e ideación suicida^{18,42}.

Ahora bien, en Colombia, las víctimas de conflicto armado interno en situación de desplazamiento han tenido que vivir el éxodo del desplazamiento desde las áreas rurales al contexto urbano, lo que ha impactado desfavorablemente en su estructura natural de desarrollo, y se encuentran en la obligación de desarraigarse de sus costumbres, culturas y hábitos de vida para vincularse y adaptarse al nuevo contexto que no los ha acogido voluntariamente y donde la vulnerabilidad, el abandono y la precariedad prevalecen^{12,21}.

El objetivo de esta investigación es caracterizar de manera pormenorizada y detallada por sexo las situaciones traumáticas a las que han estado expuestas personas víctimas de desplazamiento forzado en Colombia que cumplen los criterios diagnósticos de TEPT.

Métodos

Diseño

Estudio no experimental de tipo transversal y con alcance descriptivo en personas víctimas de desplazamiento forzado en el marco del conflicto armado Colombiano. La muestra, conformada inicialmente por 1.367 sujetos, se localizó en las ciudades de Montería (n=821) y Bucaramanga (n=546) mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia; para la selección, se utilizaron 3 criterios de inclusión: edad > 18 y < 70 años, certificar mediante el registro único de víctimas su condición de víctima y aceptar de manera voluntaria mediante la forma de consentimiento informado la participación en el proyecto. De la muestra total, se identificó a 588 sujetos a quienes se clasificó como muestra clínica por cumplir los criterios de TEPT del DSM-V. Teniendo en cuenta la ciudad y el sexo, la muestra final se compuso de 194 varones y 394 mujeres (311 participantes de Bucaramanga y 277 de Montería).

Instrumentos

Para la evaluación de los signos y síntomas de TEPT, se utilizó el instrumento EGEPT-5. Dicho instrumento fue creado por Crespo et al.⁴³ con el objetivo de evaluar los síntomas postraumáticos y diagnosticar el TEPT en adultos que han sido víctimas de distintos acontecimientos traumáticos. Se divide en 4 secciones; la primera, para consignar datos sociodemográficos; la segunda sección indaga por los acontecimientos vividos (26 ítems) incluyendo datos sobre la historia del evento, la gravedad, el momento en que ocurrió, la reacción y las implicaciones del acontecimiento; la tercera sección indaga los síntomas propios del TEPT: síntomas intrusivos (5 ítems), síntomas de evitación (2 ítems), alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (6 ítems), síntomas disociativos (3 ítems) y temporalidad de los síntomas (2 ítems); por último, la cuarta sección recaba datos acerca del funcionamiento del individuo e identifica las áreas de funcionamiento afectadas (7 ítems). La prueba EGEPT-5 ha mostrado unas propiedades métricas satisfactorias para evaluar el TEPT con una fiabilidad

Tabla 1 – Distribución según sexo y grupo etario

Edad (años)	Varones, n (%)	Mujeres n (%)	Total
18-30	71 (36,6)	113 (28,7)	184 (31,3)
31-40	34 (17,5)	78 (19,8)	112 (19)
41-50	30 (15,5)	83 (21,1)	113 (19,2)
51-60 años	38 (19,6)	82 (20,8)	120 (20,4)
≥ 61	21 (10,8)	38 (9,6)	59 (10)
Total	194	394	588

de 0,90, una sensibilidad del 90% sobre los criterios del DSM-IV y una especificidad del 75%⁴³, y se ha utilizado en población colombiana para evaluar la exposición a eventos traumáticos en situaciones de desplazamiento forzado⁴⁴.

Procedimiento

Se efectuaron 25 salidas de campo en 2 municipios de Colombia; por un lado, el grupo de investigación Udipsi de la Universidad de Investigación y Desarrollo en Bucaramanga y su área Metropolitana; por otro, el grupo de investigación Neurocognición de la Universidad Cooperativa de Colombia en Montería. En principio, se localizaron asentamientos humanos distribuidos en 8 zonas diferentes; luego se procedió con la recolección de datos entre agosto y noviembre de 2019, para lo cual se visitó cada uno de los asentamientos, se presentó el consentimiento informado y, una vez firmado, se aplicó el protocolo de evaluación. El análisis estadístico inició con la tabulación de los datos en cada ciudad de aplicación; luego se utilizó una prueba de normalidad y se realizó la clasificación de la muestra clínica, lo que permitió excluir a las víctimas que no cumplían todos los criterios de TEPT del DSM-V. Definida la muestra final, se aplicaron las demás técnicas de análisis descriptivo.

Aspectos éticos

Ajustándose a los lineamientos de la Ley 1090 de 2006, este proyecto se desarrolló sobre la base del numeral 9 del artículo 2, el cual refiere los aspectos relacionados con la investigación en humanos, el respeto de la dignidad y el bienestar de las personas que participan con pleno conocimiento de la investigación; el artículo 50, el cual hace énfasis en los principios éticos de respeto y dignidad, la importancia de salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

Análisis estadístico

En primera instancia se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la distribución de los datos en la muestra total. En segunda instancia, tras la selección de la muestra final (participantes con TEPT), se usaron técnicas descriptivas y de frecuencia; en tercer término, se analizaron las diferencias de medias para variables independientes y, por último, la prueba de la χ^2 no paramétrica para analizar las diferencias a partir del sexo.

Resultados

Como puede observarse en la [tabla 1](#), la población víctima de desplazamiento con síntomas de TEPT de la muestra (el 67% mujeres y el 33% varones) tenía edades entre los 18 y los 79 años; la franja de 18-30 años es la de mayor frecuencia (31,3%) y la de 61-79 años, la de menor frecuencia (10%). La media de edad de la muestra total fue $40,99 \pm 15,11$ años; las mujeres mostraron una media de edad mayor que la de los varones: $41,38 \pm 14,61$ frente a $40,19 \pm 16,10$ años.

En la [tabla 2](#) se detalla que las víctimas de desplazamiento forzado de la muestra indican que generalmente están casadas o hacen vida en pareja (44,20%); asimismo reportan haber terminado el bachillerato (40,6%). Por el contrario, una minoría de los evaluados reportan viudedad (6,3%) y formación universitaria (9,7%).

Respecto a la situación laboral, la muestra total se dedica con mayor frecuencia a las labores del hogar (32,2%) y con menor frecuencia se reporta situación de incapacidad (1,7%).

El número de situaciones traumáticas vivenciadas ([tabla 3](#)) por las víctimas de desplazamiento forzado se encuentra entre 1 y 11 (media global, 3,63; varones, 3,60; mujeres, 3,65), sin diferencias por sexo. Se resalta la alta frecuencia del combate o las explosiones en zona de guerra (43,70%), seguida de muerte accidental o violenta de una persona o ser querido (43,40%) y «otras» (43,20%), que se refiere al evento del desplazamiento forzado. En cuanto a las diferencias por sexo, se evidencia que las mujeres han experimentado significativamente más violencia física ($\chi^2 = 7,590$; $p = 0,006$), acoso sexual ($\chi^2 = 7,590$; $p = 0,006$) y violencia de la pareja ($\chi^2 = 10,877$; $p = 0,001$), mientras que los varones han experimentado más situaciones relacionadas con actos terroristas o de tortura ($\chi^2 = 12,382$; $p < 0,001$), accidentes graves en medios de transporte ($\chi^2 = 8,015$; $p = 0,005$), otro accidente grave ($\chi^2 = 7,539$; $p = 0,006$) y violencia, abuso o ataque sexual ($\chi^2 = 8,383$; $p = 0,004$).

De las situaciones traumáticas experimentadas por la muestra ([tabla 4](#)), las que más generan molestia son «otras» (26,50%) y la muerte accidental o violenta de una persona o un ser querido (14,50%). Los varones reportan mayor molestia por el desplazamiento, accidente grave en medio de transporte, violencia física y encarcelamiento, detención o cautiverio. Por su lado, las mujeres reportan mayor molestia por la muerte accidental o violenta de una persona o ser querido, la enfermedad muy grave propia o de un ser querido, desastre natural y violencia de la pareja; sin embargo, las diferencias no tienen significación estadística.

De los detalles de la situación traumática que genera mayor molestia ([tabla 5](#)), no se presentan diferencias por

Tabla 2 – Características sociodemográficas de la muestra

	Varones, n (%)	Mujeres, n (%)	Total, n (%)
Estado civil			
Soltero	67 (11,4)	144 (24,5)	211 (35,9)
Matrimonio-en pareja	98 (16,7)	162 (27,6)	260 (44,2)
Separación-divorcio	10 (1,7)	28 (4,8)	38 (6,5)
Viudez	5 (0,9)	32 (5,4)	37 (6,3)
Otro	14 (2,4)	28 (4,8)	42 (7,1)
Total	194 (33,0)	394 (67,0)	588 (100)
Nivel de estudios terminados			
Sin estudios	22 (3,8)	70 (11,9)	92 (15,7)
Primarios	66 (11,3)	133 (22,7)	199 (34,0)
Secundarios	81 (13,8)	157 (26,8)	238 (40,6)
Universitarios	24 (4,1)	33 (5,6)	57 (9,7)
Total	193 (32,9)	393 (67,1)	586 (100)
Situación laboral			
Estudiante	32 (5,4)	37 (6,3)	69 (11,7)
Jubilado	4 (0,7)	10 (1,7)	14 (2,4)
Labores del hogar	21 (3,6)	168 (28,6)	189 (32,1)
Ocupado	72 (12,2)	99 (16,8)	171 (29,1)
Parado	31 (5,3)	34 (5,8)	65 (9,7)
Baja laboral	6 (1,0)	11 (1,9)	17 (2,9)
Incapacidad	5 (0,9)	5 (0,9)	10 (1,7)
Otro	23 (3,9)	30 (5,1)	53 (9,0)
Total	194 (33,0)	394 (67,0)	588 (100)

Tabla 3 – Situaciones traumáticas experimentadas

	Varones, n (%)	Mujeres, n (%)	Total, n (%)
Desastre natural (inundación, huracán, terremoto)	72 (37,1)	155 (39,3)	227 (38,6)
Accidente grave en medio de transporte	50 (25,8)	63 (16,0)	113 (19,2)
Otro accidente grave (industrial, doméstico)	44 (22,7)	54 (13,7)	98 (16,7)
Combate o explosión en zona de guerra	74 (38,1)	183 (46,4)	257 (43,7)
Violación, abuso o ataque sexual	14 (18,4)	62 (15,7)	76 (12,9)
Acoso laboral y maltrato psicológico en el trabajo	31 (16,0)	69 (17,5)	100 (17,0)
Acoso sexual	9 (4,6)	46 (11,7)	55 (9,4)
Violencia física (ataque, asalto, maltrato)	61 (31,4)	133 (33,8)	194 (33,0)
Actos terroristas o tortura	55 (28,4)	63 (16,0)	118 (20,1)
Encarcelamiento, detención o cautividad forzosa	25 (12,9)	30 (7,6)	55 (9,4)
Muerte accidental o violenta de una persona o un ser querido	82 (42,3)	173 (43,9)	255 (43,4)
Enfermedad muy grave propia o de un ser querido	68 (35,1)	140 (35,5)	208 (35,4)
Violencia por parte de la pareja	27 (13,9)	102 (25,9)	129 (21,9)
Otras	87 (44,8)	167 (42,4)	254 (43,2)

Tabla 4 – Situaciones traumáticas que generan mayor molestia

	Varones, n (%)	Mujeres, n (%)	Total, n (%)
Desastre natural (inundación, huracán, terremoto)	10 (5,2)	27 (6,9)	37 (6,3)
Accidente grave en medio de transporte	10 (5,2)	13 (3,3)	23 (3,9)
Otro accidente grave (industrial, doméstico)	4 (2,1)	4 (1,0)	8 (1,4)
Combate o explosión en zona de guerra	24 (12,4)	48 (12,2)	72 (12,2)
Violación, abuso o ataque sexual	5 (2,6)	24 (6,1)	29 (4,9)
Acoso laboral y maltrato psicológico en el trabajo	3 (1,5)	9 (2,3)	12 (2,0)
Acoso sexual	3 (1,5)	12 (3,0)	15 (2,6)
Violencia física (ataque, asalto, maltrato)	14 (7,2)	16 (4,1)	30 (5,1)
Actos terroristas o tortura	17 (8,8)	16 (4,1)	33 (5,6)
Encarcelamiento, detención o cautividad forzosa	2 (1,0)	8 (2,0)	10 (1,7)
Muerte accidental o violenta de una persona o un ser querido	23 (11,9)	62 (15,7)	85 (14,5)
Enfermedad muy grave propia o de un ser querido	14 (7,2)	33 (8,4)	47 (8,0)
Violencia por parte de la pareja	5 (2,6)	26 (6,6)	31 (5,3)
Otras	60 (30,9)	96 (24,4)	156 (26,5)

Tabla 5 – Descripción de la situación traumática que genera mayor molestia

	Varones, n (%)	Mujeres, n (%)	Total, n (%)
<i>Gravedad</i>			
Leve	18 (9,3)	29 (7,4)	47 (8,0)
Moderada	44 (22,7)	65 (16,5)	109 (18,5)
Grave	82 (42,3)	181 (45,9)	263 (44,7)
Extrema	50 (25,8)	119 (30,2)	169 (28,7)
Total	194 (33,0)	394 (67,0)	588 (100,0)
<i>Frecuencia</i>			
En una ocasión	90 (46,4)	178 (45,2)	268 (45,6)
En varias ocasiones	86 (44,3)	163 (41,4)	249 (42,3)
Repetidas o reiteradas	18 (9,3)	53 (13,5)	71 (12,1)
<i>Se presentó por primera vez</i>			
Hace menos de 1 mes	3 (1,5)	3 (0,8)	6 (1,0)
Hace más de 1 mes	4 (2,1)	4 (1,0)	8 (1,4)
Hace más de 3 mes	7 (3,6)	9 (2,3)	16 (2,7)
Hace más de 6 mes	7 (3,6)	19 (4,8)	26 (4,4)
Hace más de 1 año	173 (89,2)	359 (91,1)	532 (90,5)

Tabla 6 – Efectos que supuso la situación traumática

	Varones, n (%)	Mujeres, n (%)	Total, n (%)
Lesión grave a sí mismo	48 (24,7)	99 (25,1)	147 (25,0)
Lesión grave o muerte de otros	74 (38,1)	146 (37,1)	220 (37,4)
Amenaza para su integridad física	93 (47,9)	182 (46,2)	275 (46,8)
Amenaza para la integridad física de otros	95 (49,0)	156 (39,6)	251 (42,7)
Amenaza para su vida	85 (44,0)	167 (42,4)	252 (42,9)
Amenaza para la vida de otros	93 (47,9)	157 (39,9)	250 (42,6)
Escenas desagradables	95 (49,0)	195 (49,5)	290 (49,3)
Amenazas para la dignidad personal, honor	72 (7,1)	116 (29,4)	188 (32,0)
Violencia sexual	14 (7,2)	43 (10,9)	57 (9,7)
Ninguna de las anteriores	6 (3,1)	20 (5,1)	26 (4,4)

sexo; generalmente las víctimas refieren que esta situación es grave (44,70%) o extrema (28,70%), que se presentó en una única ocasión o varias y que se presentó por primera vez más de 1 año atrás (90,50%). La media de edad al primer evento era 26,93 años para los varones y 25,9 para las mujeres.

Las consecuencias de la situación traumática que mayor molestia causó se pueden observar en la [tabla 6](#); la situación traumática implicó en la mayoría de los casos escenas desagradables (49,30%) y amenazas a la integridad física (46,80%); muy pocas víctimas reportan que la situación traumática supuso violencia sexual (9,70%) o ninguna de las anteriores (4,40%). Se evidencian diferencias por sexo sin significación estadística; los varones reportan más la presencia de escenas desagradables, amenazas para la integridad física y amenaza para la vida de otros, así como amenaza para su propia vida; por su lado, las mujeres evidencian más implicaciones por la presencia de escenas desagradables, amenaza para su integridad física, amenaza para su vida y amenaza para la vida de otros.

Discusión

Los resultados del presente estudio describen el perfil sociodemográfico de una muestra de víctimas de desplazamiento forzado por conflicto armado colombiano, la prevalencia de TEPT, las características de las situaciones traumáticas experimentadas y sus diferencias a partir del sexo.

El perfil sociodemográfico característico de las personas de las personas víctimas del conflicto armado muestra a sujetos de 18-76 años de edad (mayor prevalencia de la franja de 18-30 años), intervalos similares a los reportados en los estudios de Sinisterra-Mosquera et al.³² (19-74 años) y Botelho-de Oliveira et al.⁴⁵ (18-61 años). Así, los estudios mencionados reflejan que el fenómeno del desplazamiento forzado ha afectado a todos los grupos etarios y que más de una generación se encuentra afectada por este problema¹.

El segundo aspecto relevante de este estudio es el porcentaje de mujeres que conforman la muestra (cerca al 70%); este hallazgo coincide con otros estudios^{28,29,32,45} y, si bien varones y mujeres participaron por igual en el conflicto armado, los tipos de participación fueron diferentes y las mujeres fueron mayormente las sobrevivientes⁴⁶, lo cual ha hecho, entre otras cosas, que tengan que cargar con el dolor de las pérdidas, el miedo, rupturas familiares, enojo y que sus cuerpos se hayan transformado en objetivo militar^{47,48}.

En otros estudios ya se había reportado que buena parte de las víctimas del conflicto armado mayores de edad estaban casadas o en situación de pareja^{10,28,32,48}, lo cual coincide con los resultados del presente artículo. Sin embargo, algunas de las parejas que se presentan en este contexto han resultado de reconfiguraciones de familias preexistentes, y aparecen muchas veces como nuevas formas de organización familiar que tiene un carácter transitorio, muchas veces como estrategia de supervivencia por cuestiones de seguridad o económicas; sin embargo, dadas las condiciones de

precariedad que ofrece el medio, estas nuevas relaciones se prolongan⁴⁹.

Por otra parte, las personas desplazadas suelen tener una baja escolaridad; en este estudio la mayor prevalencia de formación académica se encontró en estudios secundarios; sin embargo, sin estudios y estudios primarios representan un porcentaje más elevado (49,7%), lo que en definitiva muestra baja escolaridad. Si bien es cierto que la muestra está conformada por personas jóvenes entre 18 y 30 años que pueden adaptarse con mayor facilidad a los nuevos entornos⁵⁰, la baja escolaridad representa bajas oportunidades para acceder al sector laboral formal y desventajas para obtener empleos dignos y bien pagos y, por lo tanto, contar con ingresos que permitan suplir las necesidades básicas⁵¹, lo que se corrobora también en que la mayoría de los participantes de este estudio se dedican a labores del hogar; para Ochoa Díaz et al.⁴⁷, es evidente la relación entre bajo nivel educativo, desplazamiento forzado y pobreza, lo que permite evidenciar que las personas víctimas de desplazamiento con TEPT están rodeadas de condiciones socioeconómicas desfavorables.

Respecto a la prevalencia de TEPT en las personas víctimas de desplazamiento, García-Vera et al.¹⁶ indican que esta suele ser una secuela frecuente ante la experimentación de situaciones traumáticas, lo cual se confirma con los hallazgos de este estudio al identificar que cada uno de los sujetos de la muestra se ha visto expuesto al menos a una situación estresante potencialmente traumática y que un 43% cumplía todos los indicadores clínicos para el diagnóstico de TEPT. Hallazgos similares han reportado Alejo et al.²⁸, quienes indicaron que un 97% de los participantes de su estudio informaron haber vivenciado hechos traumáticos y que el 57% cumplía criterios clínicos de TEPT. Sin embargo, en ambos estudios se registraron porcentajes de TEPT subclínico no atendido; es decir, signos y síntomas que, si bien no son suficientes para el diagnóstico de un trastorno, podrían afectar a la calidad de vida de estas personas.

En la misma línea, el estudio de Sinisterra-Mosquera et al.³² indicó una prevalencia de TEPT del 97,27% (n=110) en personas víctimas de desplazamiento ubicadas en la ciudad de Bogotá⁴⁵; hallaron una prevalencia de 57,9% (n=95) en una muestra de voluntarios de Bucaramanga⁴⁵. Todo lo anterior permite comprobar que este tipo de población evidencia secuelas psicológicas considerables en las que prevalece el TEPT, sin omitir otro tipo de afecciones mentales: trastornos del estado del ánimo como la depresión y trastornos de ansiedad como las fobias específicas^{14,16,23,29,35,52}.

La presencia de TEPT en población víctima de desplazamiento forzado puede generar repercusiones importantes. Carvajal⁵³ afirma que, de las principales repercusiones, las víctimas se encuentran en mayor riesgo de acelerar su envejecimiento, alterar la función reproductora, suprimir la respuesta inmunitaria y limitar las capacidades para combatir el cáncer, así como de afecciones de la memoria. Por otra parte y en la misma línea, Luna-Hernández et al.¹⁰ confirman que la presencia de TEPT incide directamente en el desempeño de la atención, lo que se sustenta en que, aun cuando las víctimas de desplazamiento de esfuerzan por integrarse y continuar, por ejemplo, su formación académica, es vital un abordaje clínico que favorezca una mejor adaptación tras el conflicto.

A lo anterior se suma el deterioro de las potencialidades mnémicas a causa del contenido alarmante que suelen presentar, lo que a su vez se traduce en limitaciones funcionales que incluyen los procesos de reforzamiento emocional^{44,45}. Incluso las investigaciones que han facilitado la comprensión genómica del TEPT han evidenciado procesos epigenéticos que indican mecanismos heredables a los que se debe prestar más atención para dilucidar los biomarcadores de riesgo y progreso de la enfermedad⁵⁴. Esto significa que, en ambientes de guerra y combate como los que ha tenido Colombia en el marco del conflicto armado, se pueden proyectar más afecciones, no solo inmediatas, como el TEPT en la población clínica, sino también secuelas a largo plazo tanto en población clínica como subclínica, que tendrán una marca en sus vidas y en las de las próximas generaciones que tengan un vínculo genético directo con estos.

La presencia de TEPT y demás afecciones en las que se pueden ver implicadas las víctimas de desplazamiento forzado están dadas por la variedad de situaciones traumáticas a las que se han expuesto; en esta muestra las situaciones traumáticas más frecuentes fueron combate, explosión y muerte del ser querido, lo que permite comprender que se encuentren secuelas e implicaciones importantes en la salud mental no solo por la exposición directa o vicaria a las situaciones traumáticas, sino por el impacto en las condiciones de vida, los cambios en los estilos productivos y las dificultades para satisfacer las necesidades básicas^{1,8,18,20,23,33,48,51}.

La mayor parte de los estudios se enfocan en la presencia de estresores traumáticos individuales⁵⁵; sin embargo, desde no hace mucho, los estudios epidemiológicos en adultos indican que la exposición a múltiples eventos traumáticos por parte de adultos no es una excepción⁵⁶. Además, se sabe que la exposición a una mayor cantidad de eventos traumáticos se asocia no solo con una mayor posibilidad de aparición de síntomas psiquiátricos (depresión, ansiedad, disociación y TEPT), sino incluso una mayor gravedad^{18,57-59}.

En cuanto al análisis de las situaciones traumáticas por sexo, en el presente estudio las mujeres han reportado mayores índices de acoso sexual que los varones. Este hallazgo es una constante en otros estudios de similares características, donde se encuentra que las mujeres son más vulnerables que los varones a sufrir violencia sexual en contextos de conflicto; no obstante, estos índices parecen estar sesgados, ya que los índices de acoso estarían subreportados^{4,48,60,61}. En cuanto al trauma sexual y las diferencias por sexo, este estudio pone en evidencia que la violencia sexual afecta a las mujeres, que están reconocidas como un grupo que sufre graves violaciones de los derechos humanos, de los cuales los atentados sexuales son práctica instrumental de la legítima violencia contra la mujer y una muestra del control del cuerpo como objetivo de poder en el marco del conflicto armado^{48,60,62}.

El problema de los subreportes en cuanto a situaciones traumatizantes de índole sexual no solo se ha descrito de las mujeres, sino también de los varones⁶³. En el presente estudio fueron los varones quienes mostraron índices de violencia sexual mayores que las mujeres (casi un 19%) e índices algo menores de acoso sexual (casi un 5%). Valdés-Correa⁶⁴ expresa que en el Registro Único de Víctimas de Colombia se identifica apenas a 2.140 varones como víctimas de ataques contra la

libertad y la integridad sexual. Los estudios llevados a cabo en otros países indican cifras más elevadas en contextos similares: el 23,6% en República Democrática del Congo; el 80% en Sarajevo; el 76% de los presos políticos en El Salvador, y el 21% en Sri Lanka^{22,65,66}. Estas cifras podrían dar cuenta de que las halladas en el presente estudio no representan más que subreportes, como se ha indicado en otras investigaciones^{22,64}.

A pesar de que los estudios sobre violencia sexual en varones dentro del marco de conflictos armados (en general, guerras) son escasos⁶⁶, se sabe que las prácticas pueden incluir desnudez, masturbación, esterilización forzada, incesto forzado, feminización, homosexualización, violencia genital (incluida la emasculación) e incluso violación⁶⁶⁻⁶⁹.

En todo caso, para ninguno de los sexos la violencia sexual es un simple e inevitable daño colateral de los conflictos armados y de las guerras; varones y mujeres de cualquier edad son violentados y torturados sexualmente de manera deliberada y no por simple error o casualidad⁶⁹. En definitiva, el abuso sexual tiene un peso importante en las consecuencias emocionales que pueden experimentar las personas en medio de un conflicto armado⁷⁰ y, en general, este tipo de violencia toca de maneras diferentes a varones y mujeres⁴⁷.

Por otro lado, las mujeres de este estudio muestran diferencias estadísticamente significativas con la situación de la violencia por parte de la pareja. Múltiples estudios y reportes han encontrado estos resultados entre mujeres víctimas de conflictos armados^{4,48,52,60}; en particular estos resultados concuerdan con los de Vu et al.⁶¹, quienes reconocen que es otra de las formas de expresión de violencia contra la mujer que se expone a desplazamiento en contextos de conflicto armado. Agudelo-Vélez¹ afirma que esta forma de violencia deteriora las condiciones de vida de las mujeres y de las familias, dada la normalización de estos patrones machistas en algunas culturas como la colombiana, y hace evidente que el fenómeno de la violencia de género no es exclusivo del contexto del conflicto o del desplazamiento; otros estudios y reportes también lo respaldan.

El reporte de violencia física en las mujeres también fue mayor entre las mujeres que entre los varones; en cuanto a hallazgos similares, Pedraza-Palacios⁷¹ indica que, al referirse a las mujeres que, aun aisladas del contexto del conflicto armado, son más vulneradas que los varones, pues se ven expuestas a la violencia del conflicto y a la violencia dentro de su hogar, lo cual en el contexto del conflicto se acentúa. Siendo más específico, refiere 4 planos diferentes de violencia hacia la mujer dentro del conflicto armado en particular: un plano territorial-material, uno social-comunitario, uno político-ideológico y un plano corporal-mental. Estos planos representan las diferentes pérdidas que atraviesan las mujeres desplazadas en el marco de un conflicto armado, y se comprueba que se agrede a las mujeres de diferentes maneras y con variadas implicaciones.

Los varones del presente estudio reportan diferencias estadísticamente significativas en el reporte de actos terroristas y tortura respecto a las mujeres; Castaño et al.²⁹ y Cudris Torres et al.³⁰ coinciden en que entre los eventos más frecuentes que experimentan las víctimas de desplazamiento están los actos terroristas. La Coalición Colombiana contra la Tortura indica que la tortura y el trato cruel, inhumano y degradante han sido prácticas en Colombia llevadas a cabo por diferentes

participantes del conflicto armado y aparecen en este contexto con diferentes objetivos (obtener información o confesiones y/o ejercer el control social de comunidades)⁷².

La prevalencia de tortura en diferentes poblaciones incluidas en situaciones de conflictos bélicos es difícil de conocer, pero diferentes estudios la han situado en un 5-35% y hasta el 85% de los prisioneros de guerra⁷³. Las consecuencias de la tortura implican síntomas de diferentes tipos: psicológicos (ansiedad, depresión, irritabilidad, agresividad, labilidad, aislamiento), cognitivos (confusión, desorientación, problemas de memoria y/o concentración, alteración en la capacidad de lectura) y neurovegetativos (pérdida de energía, insomnio, pesadillas, disfunciones sexuales).

Por otra parte, García-Vera et al.¹⁶ señalan que el trastorno más frecuente en víctimas adultas de atentados terroristas es el TEPT; se conoce además que, entre las personas que han pasado por eventos traumáticos, las que han padecido tortura en particular muestran una mayor prevalencia de vida de TEPT que quienes no pasaron por este tipo de eventos⁷³ y en definitiva muestran una mayor prevalencia de trastornos mentales que la población general^{29-31,74}.

Además, los varones muestran un reporte significativamente mayor de accidentes graves en medios de transporte u otros accidentes graves. Según la Organización Mundial de la Salud⁷⁵, los accidentes de tránsito representan un problema de salud pública, y en tiempo de guerra esto no es una excepción, ya que las personas continúan en movimiento y esto implica el uso de medios de transporte. El hecho de que la movilidad se mantenga expone a las personas a accidentes de tránsito. Sin embargo, los medios y entes encargados de reportarlas no comunican las muertes y las heridas físicas y otras secuelas derivadas de accidentes, ya que todos los esfuerzos se concentran en la atención de las consecuencias directas de las heridas infligidas por ataques con armas en los conflictos⁷⁶. De hecho, existen pocos reportes que comparen el impacto en la salud de los accidentes de tránsito frente a las heridas por arma⁷⁷. En un estudio observacional en periodo de guerra en un servicio de cirugía de 1 mes de duración, de un total de 78 pacientes ingresados, el 36% ingresó por accidentes de tránsito y la estancia media de estos pacientes fue más larga que las de los pacientes heridos por arma⁷⁶.

Tras evaluar los eventos traumáticos a los cuales se vieron expuestos con mayor frecuencia varones y mujeres víctimas de desplazamiento, se evaluó cuáles generaron mayor molestia en unos y otros. En el caso de las mujeres, fueron muerte accidental o violenta de una persona o ser querido, enfermedad grave propia o de un ser querido y desastres naturales. Este hallazgo es coherente con el planteamiento de Meertens et al.⁴⁶, quienes afirman que las mujeres se ven afectadas en 3 sentidos diferentes; el primero se da por la pérdida de sus seres queridos, el segundo enmarca la pérdida de bienes de subsistencia y el tercero incluye desarraigo emocional y social producto del desplazamiento. En el caso de los varones, las situaciones traumáticas que les generaron mayor molestia se relacionan con eventos vividos directamente, como violencia física, encarcelamiento, detención o cautiverio y accidentes graves en medio de transporte, lo que resulta coherente, dado que los varones son los principales actores del conflicto y las situaciones relacionadas con aspectos públicos y colectivos les afectan más⁴⁷.

Respecto a las implicaciones que tuvieron las situaciones traumáticas que generan mayor molestia en la vida de las víctimas del desplazamiento, tanto varones como mujeres, destacan las escenas desagradables, las amenazas a la integridad física propia y de otros, como amenazas para la propia vida y la de otros, lo que muestra relación con el evento del desplazamiento. Salcedo-Avilá et al.⁷ explican que, ante el estrés y la angustia constantes por las amenazas de reclutamiento, las extorsiones o persecuciones, aparece el desplazamiento; este puede ser disperso o planeado y como una estrategia de huida para proteger a sus familias de las situaciones de terror que implantan los grupos armados. Si bien el desplazamiento constituye la experiencia central, a esta se adicionan diversos eventos traumáticos que van configurando un efecto acumulativo de estrés⁴⁴.

Otras características que permitieron comprender las situaciones traumáticas que generan mayor malestar en la muestra de víctimas tienen que ver con que el evento se presentó en varias ocasiones o repetidamente (54,4%), más de 1 año atrás, con un evento que fue grave y extremo (68,1%); esto coincide con lo expuesto por Londoño et al.⁷⁸: cuanto mayor sea la frecuencia del evento traumático, mayor es la gravedad de los síntomas y, a su vez, la gravedad del trauma contribuye a determinar sus consecuencias emocionales⁷⁰.

De las consecuencias emocionales asociadas con traumas frecuentes, Hahenaars et al.⁷⁹ apuntan al desarrollo de una actitud de desconfianza como estrategia para afrontar el mundo impredecible, peligroso e inseguro en el que han vivido, así como el desarrollo de sentimientos de vergüenza y culpa. Esto sin duda está relacionado con diferentes efectos del combate, el conflicto, la guerra y el trauma¹, limita la adaptación de las víctimas de desplazamiento a nuevos contextos y se relaciona con conductas desadaptativas como el consumo de sustancias psicoactivas, la ideación suicida y las crisis de pánico, entre otras⁷⁸.

Conclusiones

Las víctimas de desplazamiento de la muestra han reportado un elevado porcentaje de criterios clínicos de TEPT, lo que evidencia una alta prevalencia de este trastorno y la necesidad de tratamiento psicológico especializado; se trata de una población politraumatizada, que en su mayoría ha estado expuesta a más de un evento traumático y que, a pesar de que en términos estimados han pasado al menos 15 años entre los hechos traumáticos y este estudio, la vivencia de las molestias que estos eventos ocasionan a los evaluados siguen siendo, actualmente y para la mayoría, entre moderadas y graves.

Cabe resaltar que varones y mujeres han estado expuestos más o menos a igual cantidad de situaciones adversas, pero no a las mismas situaciones; por ejemplo, es notable que este estudio sea uno de los primeros en contexto del conflicto armado en Colombia que registra con claridad la ocurrencia de la violencia sexual contra los varones, además de la violencia sexual ya comúnmente subreportada contra las mujeres en contextos de guerra.

Estos hallazgos deben conducir a los clínicos y demás profesionales de la salud mental a la creación de enfoques diferenciales de atención de este tipo de población en función

de la naturaleza politraumática y de los eventos prevalentes en cada sexo. Esto representa un indicador de gravedad al momento del abordaje terapéutico de esta población, pero también una claridad para quienes se dedican a esta labor, ya que deben hacer unas consideraciones particulares.

Por último, es necesario tener en cuenta que entre las limitaciones del estudio se encuentran la selección no probabilística de la muestra, lo que imposibilita la generalización de los presentes resultados. Se propone que próximos estudios continúen profundizando en las diferencias por sexo en muestras aleatorias con casos y controles, así como desarrollar procesos de investigación de mayor alcance, correlacionales o explicativos.

Financiación

El proyecto de investigación del cual se deriva el presente artículo fue co-financiado entre la Universidad de Investigación y Desarrollo y la Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Montería.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agudelo-Vélez D. Presentación. Impacto del conflicto y la violencia sobre la salud mental: del diagnóstico a la intervención. *Revista de Estudios Sociales*. 2018;2-8.
2. Ruiz-Eslava LF. Salud mental en tiempos de guerra, una reflexión sobre la relación conflicto armado-salud mental en la comunidad indígena Emberá en situación de desplazamiento forzado. *Rev Fac Med*. 2015;63:399-406.
3. Herrera-López V, Cruzado L. Estrés postraumático y comorbilidad asociada en víctimas de la violencia política de una comunidad campesina de Huancavelica, Perú. 2013. *Rev Neuropsiquiatr*. 2014;77:145-59.
4. Centro Nacional de Memoria Histórica. *Cifras. Los registros estadísticos del conflicto armado colombiano*. Bogotá: CNMH; 2018.
5. Ibáñez AM, Moya A. La población desplazada de Colombia: examen de sus condiciones socioeconómicas y análisis de las políticas actuales. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2007.
6. Morffe-Peraza M, Albornoz-Arias N, Mazuera-Arias R. El rostro de la violencia: el postconflicto colombiano y su impacto en la frontera colombo-venezolana (Apure-Arauca. Táchira-Norte de Santander). Bogotá: Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera; 2019.
7. Salcedo-Avilá E, Paes-Machado E. Victimización y desplazamiento forzado de mujeres en el conflicto armado colombiano. *MANA*. 2019;25:95-125.
8. Fernández-Pinto H, Sánchez-Reyes J. Características del desplazamiento forzado en Colombia. *Lebret*. 2010;103-27.
9. Grupo de Memoria Histórica. Los impactos y los daños causados por el conflicto armado en Colombia. En: ¡BASTA YA! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. 1.ª ed. Bogotá: Centro Nacional de Memoria Histórica; 2014. p. 258-327.
10. Luna-Hernández J, Rodríguez-Rojas P, Hernández- Arteaga I. Perfil neuropsicológico de atención y memoria en víctimas del conflicto armado colombiano. *Rev Psicol*. 2018;36(2).

11. Una nación desplazada: Informe Nacional del Desplazamiento Forzado en Colombia. Bogotá: Centro Nacional de Memoria Histórica; 2015.
12. Gómez-Restrepo C, Rincón C, Urrego-Mendoza Z. Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;45:119-26.
13. Unidad de Víctimas. Informe de Gestión. Bogotá: Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas; 2018.
14. Andrade-Salazar J. Psychopathological effects of the Colombian armed conflict in families forcibly displaced resettled in the municipality of Cairo in 2008. *Revista Científica Electrónica de Ciencias Humanas.* 2011;7:111-48.
15. Ducrocq F, Jehel L. Trastornos psicotraumáticos. *EMC.* 2014;18:1-7.
16. García-Vera M, Sanz J. Repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas en las víctimas adultas y su tratamiento: Estado de la cuestión. *Papeles del Psicólogo.* 2016;37:198-204.
17. Charry-Lozano L. Impactos psicológicos y psicosociales en víctimas sobrevivientes de masacre selectiva en el marco del conflicto en el Suroccidente colombiano en el año 2011. *Colombia Forense.* 2011;3:51-60.
18. Gómez-Restrepo C, Tamayo-Martínez N, Buitrago G, Guarnizo-Herreño CC, Garzón-Orjuela N, Eslava-Shmalbach J, et al. Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;45:147-53.
19. Gómez-Restrepo C, De Santacruz C, Rodríguez M, Rodríguez V, Tamayo Martínez N, Matallana D, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del Estudio. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;45.
20. Quitian H, Ruiz-Gaviria R, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;45:31-8.
21. Ramos-Vidal I. Desplazamiento forzado y adaptación al contexto de destino: el caso de Barranquilla. *Perfiles Latinoamericanos.* 2018;26:301-28.
22. Valencia-Agudelo G, Montoya-Polanco J, Loaiza-Mejía D. Desplazamiento forzado y mercado laboral en las principales ciudades de Colombia. *Sociedad y Economía.* 2019:50-70.
23. Campos-Arias A, Oviedo H, Herazo E. Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento en Colombia: Una revisión sistemática. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2014;43:177-85.
24. Hewitt Ramírez N, Juárez F, Parada Baños AJ, Guerrero Luzardo J, Romero Chávez YM, Salgado Castilla AM, et al. Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;26:125-40.
25. Ramírez-Giraldo AR, Hernández-Bustamante O, Romero-Acosta K, Porras-Mendoza E. Trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en personas víctimas del conflicto armado en Colombia: el caso de Chengue y de Libertad. *Psicol Caribe.* 2017;34:30-41.
26. Yurtsever A, Konuk E, Akyüz T, Zat Z, Tükel F, Cetinkaya M, et al. An Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) group intervention for Syrian refugees with post-traumatic stress symptoms: results of a randomized controlled trial. *Front Psychol.* 2018:9.
27. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015: Tomo uno. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.
28. Alejo E, Rueda G, Ortega M, Orozco L. Estudio epidemiológico del TEPT en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Universitas Psychologica.* 2007;6:623-35.
29. Castaño G, Sierra G, Sánchez D, Torres Y, Salas C, Buitrago C. Trastornos mentales y consumo de drogas en la población víctima. *Biomédica.* 2018;38:77-92.
30. Cudris Torres L, Barrios Nuñez A. Malestar psicológico en víctimas del conflicto armado. *Revista CS.* 2018:75-90.
31. Cudris-Torres L, Barrios-Núñez Á. Afectaciones psicológicas en víctimas del conflicto armado. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica.* 2019;38:214-518.
32. Sinisterra-Mosquera M, Figueroa-Lozano F, Moreno-Gutiérrez VMR, Sanguino-Leal J. Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en población en situación de desplazamiento en la localidad de Ciudad Bolívar Bogotá, Colombia 2007. *Psychologia.* 2010;4:83-97.
33. Richards A, Ospina-Duque J, Barrera-Valencia M, Escobar-Rincón J, Ardila-Gutiérrez A. Posttraumatic stress disorder anxiety and depression symptoms, and psychosocial treatment needs in colombians internally displaced by armed conflict: A mixed-method evaluation. *Psychological Trauma: Theory Research, Practice and Policy.* 2011.
34. Ariztizabal E, Howe K, Palacio J. Vulneración psicológica en víctimas y victimarios por efecto del conflicto armado en Magdalena, Atlántico, Cesar. Sucre y Bolívar. *Rev Psicol Univ Antioquia.* 2009;1:8-25.
35. Tamayo-Martínez N, Rincón-Rodríguez C, De Santacruz C, BautistaBautista N, Collazos J, Gómez-Restrepo C. Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;45:113-8.
36. Acosta Sánchez D, Castaño Pérez GA, Sierra Hincapié GM, Moratto Vásquez NS, Salas Zapata C, Buitrago Salazar JC. Salud mental de adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. *CES Psicol.* 2019;12:1-18.
37. Cómo ayudar a los niños y adolescentes a superar los acontecimientos catastróficos y otras experiencias traumáticas. Lo que los padres de familia, los socorristas y la comunidad pueden hacer. National Institute of Mental Health; 2015. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/como-ayudar-los-ninos>.
38. Trastorno por estrés postraumático. National Institute of Mental Health; 2016. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico>.
39. La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos. World Health Organization; 6 de agosto de 2013.
40. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™. American Psychiatric Association; 2014.
41. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. World Health Organization; 2019.
42. Almerge JC, Gutiérrez LC. Trastornos de ansiedad relacionados con traumas y otros factores de estrés. *Medicine.* 2015;11:4999-5007.
43. Crespo M, Gómez M, Soberón C. EGEP 5. Evaluación global de estrés postraumático. Madrid: TEA; 2017.
44. Reyes-Valenzuela C, Martos-Méndez MJ, Blanco-Abarca A, Blanco R. Exposición a eventos traumáticos y preparación perceptiva en población colombiana desplazada forzosamente en Ecuador. *An Psicol.* 2019;35:483-9.
45. Botelho-de Oliveira S, Conde C. Memoria emocional y trastorno por estrés postraumático en el contexto del desplazamiento colombiano. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2011;4(3).
46. Meertens D, Stoller R. Facing destruction, rebuilding life: gender and the Internally displaced in Colombia. *Lat Am Perspect.* 2001;28:132-48.
47. Ochoa Díaz D, Orjuela Ortiz M. El desplazamiento forzado y la pobreza de la mujer colombiana. *Entramado.* 2013;9:66-83.

48. Osorio-Sánchez E, Ayala-García E, Urbina-Cárdenas J. La mujer como víctima del conflicto armado en Colombia. *Revista Academia & Derecho*. 2018;9:49-66.
49. Cifuentes-Patiño M. Familia y conflicto armado. *Trabajo Social*. 2009;87-106.
50. Gómez O, Talero A, Pérez F. ¿Qué jóvenes rurales deja el conflicto armado colombiano? Retos en tiempo de posacuerdo. En: Vázquez M, Ospina-Alvarado MDM. *Juventudes e infancias en el escenario latinoamericano y caribeño actual*. Buenos Aires: CLACSO; 2020. p. 199-220.
51. Sierra-Puentes M, Correa-Chica A. Realidad socioeconómica de personas en condición de desplazamiento forzado en Colombia: revisión sistemática. *Suma Psicológica*. 2019;26:55-66.
52. Echenrique C, Medina L, Medina A, Ramírez A. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de reestablecimiento en Sincelejo. *Psicol Caribe*. 2008;21:122-35.
53. Carvajal C. Bases neurobiológicas y farmacoterapia del trastorno por estrés postraumático. *Rev Chile Neuropsiquiatr*. 2002;40:48-68.
54. Guillén-Burgos H, Gutiérrez-Ruiz K. Avances genéticos en el trastorno por estrés. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2018;47:108-18.
55. Krunspick J, Green B, Stockton P, Goodman L, Corcoran C, Petty R. Mental health effects of adolescent trauma exposure in a female college sample: exploring differential outcome based on experiences of unique trauma types and dimensions. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2004;67:264-79.
56. Breslau N, Davis G, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:216-22.
57. Follette V, Polusny M, Bechtle A, Naugle A. Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *J Trauma Stress*. 1996;9:25-36.
58. Green B, Goodman L, Krupnick J, Corcoran CB, Petty RM, Stockton PE, et al. Outcome of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *J Trauma Stress*. 2000;12:271-86.
59. Martin C, Cromer L, DePrince A, Freyd J. The role of cumulative trauma, betrayal, and appraisals in understanding symptomatology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2013;5:110-8.
60. Comisión de la Verdad y Memoria de Mujeres Colombianas, Gallego Zapata M, editor. *La verdad de las mujeres. Víctimas del conflicto armado en Colombia*. Bogotá: Ruta Pacífica de las Mujeres; 2013.
61. Vu AW, Glass NAA, Pham K, Rubenstein L, Glass N, Beyrer C, et al. The prevalence of sexual violence among female refugees in complex humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Curr*. 2014;6.
62. Unidad para las Víctimas. *Mujeres y conflicto armado*. 11 de noviembre de 2015.
63. Colombia: mujeres, violencia sexual en el conflicto y el proceso de paz. Londres. ABColombia; 2013.
64. Valdés-Correa B. Hombres violentados sexualmente en el conflicto armado hablan por primera vez. *El Espectador*. 16 de octubre de 2019.
65. Johnson K, Scott J, Rughita B, Kisielewski M, Asher J, Ong R, et al. Association of sexual violence and Human Rights violations with physical and mental health in territories of the Eastern Democratic Republic of the Congo. *JAMA*. 2010;304:553-62.
66. López-Gómez. Apuntes para entender la violencia sexual contra los hombres en el marco del conflicto armado colombiano. *Controversia*. 2018:83-133.
67. Sivakumaran S. Sexual violence against men in armed conflict. *Eur J Int Law*. 2007;18:253-76.
68. Solangon S, Preeti P. Sexual violence against men in countries affected by armed conflict. *Conflict, Security & Development*. 2012;12:417-22.
69. Wood E. Variación de la violencia sexual en tiempos de guerra: la violación en la guerra no es inevitable. *Revista Estudios Socio-Jurídicos*. 2012;14:19-57.
70. Brew B, Michael D, Ciaran S, Ciaran M. What impact does trauma have on the at-risk mental state? A systematic literature review. *Early Interv Psychiatry*. 2017;12:115-24.
71. Andrade-Salazar J, Alvis-Barranco L, Jiménez-Ruiz L, Redondo-Marín M, Rodríguez-González L. La vulnerabilidad de la mujer en la guerra y su papel en el posconflicto. *El Ágora USB*. 2017;17:290-308.
72. Informe alternativo al 4.º informe periódico del Estado colombiano al comité contra la tortura. Bogotá: Coalición Colombiana contra la Tortura; 2009.
73. Basoglu M, Jaranson J, Mollica R, Kastrup M. Plenum series on stress and coping. The mental health consequences of torture. En: Basoglu M, Jaranson J, Mollica R, Kastrup M, editores. *Torture and mental health: A research overview*. Kluwer Academic Publishers; 2001. p. 35-62.
74. Osorio-Pérez E, Ortega-Breña M. Forced displacement among rural women in Colombia. *Lat Am Perspect*. 2008;35:29-49.
75. Global status report road safety 2013: supporting a decade of action. World Health Organization; 2013. p. 7.
76. Schneider M. War wounded and victims of traffic accidents in a surgical hospital in Africa: an observation on injuries. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2015;30:618-20.
77. The World Bank [internet]. 2014. Disponible en: <http://data.worldbank.org/country/central-african-republic>.
78. Londoño N, Sicachá M, González J. Posibles manifestaciones del trastorno por estrés postraumático en adultos desplazados por el conflicto armado del asentamiento "Acacias Bajo" en Armenia-Quindío. *Sinapsis*. 2011;3:172-85.
79. Hahenaars M, Fisch I, Fisch A. The effect of trauma onset and frequency on PTSD-associated symptoms. *J Affect Disord*. 2011;132:192-9.