

Prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático TEPT y eventos asociados en víctimas del desplazamiento forzado en la ciudad de Montería¹⁵

Kattia Cabas-Hoyos

Doctora en Psicología con orientación en neurociencia cognitiva aplicada
Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia
Correo electrónico: kcabas@unimagdalena.edu.co;
kattia.cabas@gmail.com

Ilse Villamil Benítez

Magíster en Psicología
Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia
Correo electrónico: Ilse.villamil@upb.edu.co

Alicia Uribe Urzola

Magíster en Psicología
Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia
Correo electrónico: alicia.uribe@upb.edu.co

Carmen Rosa Otero S.

Magíster en Psicología
Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia
Correo electrónico: carmen.oteros@upb.edu.co

Yaninis González Bracamonte

Psicóloga
Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia
Correo electrónico: gonzalez.yaninis@gmail.com

Recibido: 20/05/2020
Evaluado: 02/03/2021
Aceptado: 10/03/2021

Resumen

El desplazamiento forzoso en Montería puede convertirse en un factor de riesgo para la existencia de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), sin embargo, no existen datos de prevalencia del mismo. El objetivo de la investigación fue identificar la prevalencia del TEPT y eventos asociados en adultos que sufrieron desplazamiento y están reasentados en esta ciudad. Participaron 117 adultos (n = 72 mujeres; n = 45 hombres) víctimas del desplazamiento. Para evaluar los eventos asociados al trauma fue empleada la *Clinician Administred PTSD Scale CAPS* y el *PTSD Checklist PCL-C*. Se analizaron eventos ocurridos y presenciados por los individuos. Los resultados mostraron que el 26.49% de la muestra cumplió criterios clínicos de TEPT. Los resultados son consistentes con la literatura existente y establecen un punto de referencia para futuros estudios, así como para el planeamiento de proyectos e intervenciones focalizados en la salud mental de esta población.

Palabras clave

Desplazamiento forzado, eventos traumáticos, prevalencia, TEPT.

15 Para citar este artículo: Cabas-Hoyos, K., Villamil-Benítez, I., Uribe-Urzola, A. Otero, C.R. y González-Bracamonte, Y. (2022). Prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático TEPT y eventos asociados en víctimas del desplazamiento forzado en la ciudad de Montería. *Informes Psicológicos*, 22(1), pp. 251-265. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v22n1a15>

Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder PTSD and associated events in victims of forced displacement in the city of Montería

Abstract

Forced displacement in Montería can become a risk factor for the existence of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD); however, there are no data on its prevalence. The objective of the research was to identify the prevalence of PTSD and associated events in adults who suffered displacement and are resettled in this city. 117 adults (n = 72 women; n = 45 men) who were victims of displacement participated. To evaluate the events associated with trauma, the Clinician Administered PTSD Scale CAPS and the PTSD Checklist PCL-C were used. Events occurred and witnessed by individuals were analyzed. The results showed that 26.49% of the sample met clinical criteria for PTSD. The results are consistent with the existing literature and establish a point of reference for future studies, as well as for the planning of projects and interventions focused on the mental health of this population.

Keywords

Forced displacement, traumatic events, prevalence, PTSD.

Prevalência de transtorno de estresse pós- traumático TEPT e eventos associados em vítimas de deslocamento forçado na cidade de Montería

Resumo

O deslocamento forçado em Montería pode se tornar um fator de risco para a existência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), porém, não há dados sobre sua prevalência. O objetivo da pesquisa foi identificar a prevalência de TEPT e eventos associados em adultos que sofreram deslocamento e são reassentados nesta cidade. Participaram 117 adultos (n = 72 mulheres; n = 45 homens) vítimas de deslocamento. Para avaliar os eventos associados ao trauma, foram utilizados o Clinician Administered PTSD Scale CAPS e o PTSD Checklist PCL-C. Os eventos ocorridos e testemunhados por indivíduos foram analisados. Os resultados mostraram que o 26,49% da amostra preencheu os critérios clínicos para TEPT. Os resultados são consistentes com a literatura existente e estabelecem uma referência para estudos futuros, bem como para o planejamento de projetos e intervenções voltadas para a saúde mental dessa população.

Palavras chave

Deslocamento forçado, eventos traumáticos, prevalência, TEPT.

Introducción

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se caracteriza por una sintomatología que se desarrolla después de la exposición directa, observación, conocimiento de algún acontecimiento traumático o exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del evento(s) traumático(s) (Clausen et al., 2020; Cloitre, 2020). Este trastorno supone una quiebra profunda en los sentimientos de seguridad personal donde el individuo experimenta sueños angustiantes y recurrentes, malestar psicológico intenso y prolongado, evitación o esfuerzos para evitar los recuerdos, pensamientos o sentimientos estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s), alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, así como una importante alteración del sistema de alerta en un periodo de cuatro semanas o más (American Psychiatric Association [APA], 2013; Gilbar, Gnall Cole, & Taft, 2020; Rojas-Campos, 2016).

El desplazamiento forzado, por su parte, implica la migración de individuos, familias y comunidades enteras de sus hogares y tierras, siendo una de las consecuencias psicológicamente más devastadoras de la persecución, el conflicto armado, la violencia generalizada y otros tipos de violaciones de los derechos humanos. Esto combinado con los factores estresantes de un trauma y con una pérdida devastadora, aumenta la probabilidad de sintomatologías no sólo del TEPT, sino de trastornos mentales comunes (DMC) como trastorno de depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, así como quejas somáticas y un mayor

consumo de alcohol y drogas ilícitas (Roberts & Browne, 2011; Shultz et al., 2014).

En Colombia, el desplazamiento forzado a causa de la violencia es un fenómeno de gran magnitud, no sólo ha implicado el despojo abrupto de hogares, negocios, propiedades, activos y posesiones personales, también la pérdida de identidad como terratenientes productivos o ciudadanos con empleo remunerado, estatus social, y redes de apoyo se han visto afectados. En el país, a menudo el proceso de desplazamiento se ha caracterizado por actos de violencia extrema, como amenazas, asaltos violentos, asesinatos, masacres, actos violentos contra líderes cívicos, tortura, secuestro, desaparición forzada, asalto sexual y reclutamiento forzado de jóvenes para servir en grupos al margen de la ley (Albuja et al., 2014; Campo-Arias, Oviedo & Herazo, 2014; Habozit & Moro, 2013).

Montería es una ciudad del Caribe Colombiano y capital del Departamento de Córdoba. Este territorio cobra relevancia en la comprensión de la violencia política en Colombia ya que ha padecido el conflicto armado con diversos grupos presentes en la zona. Se plantea que desde 1985 empezó a llegar un número importante de personas desplazadas a la región y ya hacia el año 2003 habían existido unas 30 invasiones donde vivían desplazados (Negrete, 2008). De acuerdo con cifras reveladas por el Registro Único de Víctimas (RUV, 2020), el número de personas registradas en el país como víctimas de desplazamiento forzado es de 8.011.693. En la categoría de hechos victimizantes, Córdoba reporta un acumulado de 301.083 víctimas de desplazamiento forzado y 4.621 por desaparición forzada. Montería, por su parte, cuenta

con 90.356 víctimas de desplazamiento forzado y 1.673 de desaparición forzada.

Según Shultz et al. (2014), el proceso de desplazamiento de Colombia difiere de otros en el mundo debido a que es un proceso prolongado que implica experiencias de vida donde se destacan: 1) amenazas previas a la expulsión y vulnerabilidad en la comunidad de origen; 2) eventos precipitantes que incluyen el mismo momento del desplazamiento; 3) la migración en búsqueda de un hábitat más seguro; 4) la transición durante la reubicación inicial; 5) el reasentamiento a largo plazo; y 6) el retorno a la comunidad de origen.

El presente estudio tendrá como foco la fase de reasentamiento por ser un proceso que persiste durante décadas y que se constituye como el “Nuevo Normal” de quienes lo padecen. Los desplazados reasentados se enfrentan a modificaciones en todos los aspectos de la vida y la calidad de ésta, a saber, aprender a hacer frente a los sistemas urbanos, ingresos escasos en los trabajos del sector informal, buscar apoyo de diversos servicios sociales, y lidiar con los factores estresantes de la violencia urbana generalizada (Richards et al., 2014; Shultz et al., 2014).

Esta investigación se considera pertinente debido a que se desconocen datos estadísticos que den a conocer sobre las características de la salud mental en víctimas del desplazamiento de la región y se proyecta como un primer paso para considerar el planteamiento de futuras intervenciones psicológicas eficaces. Se hace necesario generar este tipo de estudios de manera que permita establecer perfiles propios de los desplazados de una zona del país para identificar lo que pueden tener en común o bien lo que lo

podría distinguirlos de los refugiados del resto del mundo, así como para plantear intervenciones psicológicas eficaces para este colectivo.

El presente estudio tiene como objetivo estimar la prevalencia del TEPT y los factores asociados en una población víctima del desplazamiento forzado y que actualmente se encuentran reasentados en la Ciudad de Montería, departamento de Córdoba. Se hipotetiza un nivel considerable de prevalencia en la población objeto.

Metodología

Diseño

El presente estudio es transversal porque logra describir las variables y analizar su incidencia en un momento único de tiempo. Así mismo, cuenta con un diseño no experimental debido a que no se manipularon las variables (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista-Lucio, 2010). El enfoque de la presente investigación es cuantitativo dado que recolecta, analiza y vincula datos de tipo numérico, no obstante se vale de técnicas propias de la evaluación clínica para dar respuesta a la pregunta de investigación; su alcance es exploratorio puesto que investiga un problema poco estudiado, ayudando así a identificar conceptos promisorios.

Participantes

La muestra final estuvo conformada por 117 adultos de los cuales el 38.46% (n = 45) fueron hombres y el 61.53% (n = 72) fueron mujeres, con edades

comprendidas entre 18 y 71 años. La media de edad fue de 40.41 años (DT = 13.14). Los niveles de escolaridad que más predominaron fueron secundaria con 47% (n = 55), primaria con 41.02% (n = 48) y, en menor proporción, formación técnica (4.1%; n = 5). Todos los sujetos fueron informados acerca del estudio, firmaron consentimiento informado y participaron voluntariamente sin recibir pago por su participación; por último, se les informó que podían retirarse en cualquier momento.

Los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo intencional. Se tomó, para ello, el 12% de la población censada por el Programa de Ciudadanía de la Alcaldía de Montería en el año 2017, cumpliendo con los requisitos de etapa de reasentamiento de Shultz et al. (2014).

Instrumentos

Instrumento para valoración de TEPT: *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)* (Blake et al., 1990). Es una entrevista estructurada que contiene 30 ítems y evalúa 17 síntomas sobre TEPT según el DSM-IV. Incluye además 8 ítems que evalúan sentimientos de culpabilidad y factores asociados e igualmente se divide en tres subescalas que corresponden a criterios clínicos para el diagnóstico, es decir, reexperimentación, evitación e hiperactivación. La versión adaptada en población mexicana (Palacios, 2002) tiene un Alfa de Cronbach = .85. El punto de corte establecido es 40 en la escala global para lograr el diagnóstico. Así mismo, permiten identificar los eventos traumáticos que el sujeto ha experimentado. Para fines de este estudio se analizaron estos eventos en dos categorías: “*me sucedió a mí*” y “*lo presencié*”, no incluyendo la categoría “*supe que le ocurrió a alguien*”.

Esta última no se incluyó debido a que los autores consideraron “*me sucedió a mí*” y “*lo presencié*” se consideraban factores suficientes para explicar el diagnóstico de TEPT.

Lista de chequeo para estrés postraumático TEPT. El *PTSD Checklist PCL-C* es una versión corta del PTSD Checklist – Civilian version, desarrollado por Weathers, Litz, Herman, Huska & Keane (1993). Evalúa la sintomatología del TEPT en una población vulnerable tras sufrir eventos adversos. Consta de 17 ítems que hacen referencia a problemas y molestias que podrían experimentarse en situaciones generadoras de estrés. Los eventos se distribuyen en tres factores: intrusión, evitación y activación, según la clasificación establecida en el DSM-IV-TR (APA, 2000). Este instrumento fue traducido y adaptado del inglés al español por un grupo de expertos en población mexicana, donde posteriormente se determinó su validez y confiabilidad. El Alfa de Cronbach total del instrumento fue de .92 (Flores-Morales, Reyes-Pérez & Reidl-Martínez, 2012).

Setting

La investigación fue conducida por psicólogos clínicos entrenados para tal fin y se llevó a cabo en el salón comunitario de las urbanizaciones. La evaluación se realizó en una sesión de 90 minutos por participante.

Análisis de datos

Fueron empleados estadísticos descriptivos sobre los tipos de eventos vivenciados por los individuos; posteriormente, se realizó una comparación mediante

pruebas T para muestras independientes para comparar los factores asociados al TEPT por categorías (la significación estadística estimada fue del .05). El tratamiento de los datos se realizó mediante SPSS 24.0 versión castellano.

Resultados

Para dar cumplimiento al objetivo de la investigación, se indagó sobre los sucesos traumáticos que propician la sintomatología

relacionada con traumas y que ponen en riesgo el bienestar psicológico (ver Tabla 1). Los eventos más prevalentes referidos por los sujetos en la categoría “*me sucedió mi*” fueron: desastre natural en un 42.70% (n = 50); muerte inesperada de alguien cercano (35.90%; n = 42), y sufrimiento humano grave, con un 27.40% (n = 32). En la categoría “*lo presencié*” los sucesos de mayor frecuencia fueron: muerte inesperada de alguien cercano en un 19.0% (n = 23); zonas de combate y accidente de tráfico/transporte obtuvieron niveles similares, a saber, 15.40% (n = 18); y, por último, se encontró que desastre natural tuvo una frecuencia de 14.5% (n = 17).

Tabla 1.
Frecuencia de eventos vitales traumáticos

	“Me sucedió a mí”		“Lo presencié”		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Desastre Natural	50	42.7%	17	14.5%	67	57.26%
Incendio Explosión	10	8.5%	15	12.8%	25	21.36%
Accidente Transporte	19	16.2%	18	15.4%	37	31.60%
Accidente Grave otros	17	14.5%	10	8.5%	27	23.10%
Sustancias tóxicas	5	4.3%	8	6.8%	13	11.1%
Agresión física	22	18.8%	7	6.0%	29	24.8%
Agresión arma	18	15.4%	12	10.3%	30	25.6%
Agresión sexual	14	12.0%	2	1.7%	16	13.5%
Experiencia sexual incómoda	6	5.1%	3	2.6%	9	7.7%
Zona combate	26	22.2%	18	15.4%	44	37.6%
Cautiverio	5	4.3%	1	.9%	6	5.1%
Enfermedad lesión riesgo	14	12%	3	2.6%	17	14.5%
Sufrimiento humano grave	32	27.4%	8	6.8%	40	34.2%
Muerte repentina violenta	14	12.0%	16	13.7%	30	25.6%
Muerte inesperada cercana	42	35.9%	23	19.7%	65	55.6%
Lesiones graves daños	3	2.6%	4	3.4%	7	6.0%
Maltrato/abuso sexual en la infancia	23	19.7%	5	4.3%	28	23.93%

Fuente: autores.

Fueron contrastados los eventos de la Tabla 1 en relación a la presencia/ausencia de TEPT (ver Tabla 2) encontrándose que quienes cumplieron criterios para el trastorno indicaron la existencia de eventos como: muerte repentina de un familiar cercano (n = 20), sufrimiento humano grave (n = 19) y desastre natural (n = 19)

en mayores proporciones; entre tanto, quienes no cumplieron con criterios para TEPT, presentaron mayores niveles en eventos como: desastre natural (n = 48), muerte repentina de un familiar cercano (n = 45) y exposición a zonas de combate (n = 27).

Tabla 2.
Estadísticos descriptivos de eventos traumáticos en relación a presencia/ausencia de TEPT

	N	M (D.T)*	Error típ. de la M
	P/A*	P/A	P/A
Desastre Natural	19/48	1.26 (.452)/ 1.25 (.438)	.104/.063
Incendio Explosión	11/14	1.36 (.505)/ 1.79 (.426)	.152/.114
Accidente Transporte	18/19	1.44 (.511)/ 1.53 (.513)	.121/.118
Accidente Grave otros	10/17	1.30 (.483)/ 1.41 (.507)	.153/.123
Sustancias tóxicas	4/9	1.25 (.500)/ 1.78 (.441)	.250/.147
Agresión física	14/15	1.14 (.363)/ 1.33 (.488)	.097/.126
Agresión arma	12/18	1.33 (.492)/ 1.44 (.511)	.142/.121
Agresión sexual	9/7	1.22 (.441)/ 1.00 (.000)	.147/.000
Experiencia sexual incómoda	5/4	1.00 (.000)/ 1.75 (.500)	.000/.250
Zona combate	17/27	1.41 (.507)/ 1.41 (.501)	.123/.096
Cautiverio	4/2	1.25 (.500)/ 1.00 (.000)	.250/.000
Enfermedad lesión riesgo	11/6	1.00 (.000)/ 1.50 (.548)	.000/.224
Sufrimiento humano grave	19/21	1.16 (.375)/ 1.24 (.436)	.086/.095
Muerte repentina violenta	9/21	1.78 (.441)/ 1.43 (.507)	.147/.111
Muerte repentina cercana	20/45	1.40 (.503)/ 1.33 (.477)	.112/.071
Lesiones graves daños	1/6	2.00 (.)/1.50 (.548)	.
Maltrato abuso infancia	13/16	1.15 (.376)/ 1.38 (.806)	.224/.202

Nota: M (D.T.)= Media (Desviación Típica). P/A= Presencia/Ausencia.
Fuente: autores

Se comparó la ocurrencia de estos eventos en relación al sexo (ver Tabla 3). Las mujeres refirieron, en mayor medida, desastres naturales (n = 44), muerte

repentina de una persona cercana (n = 40) y exposición a zonas de combate (n = 33); mientras que los hombres, por su parte, reportaron eventos relacionados

con muerte repentina de una persona cercana (n = 25), desastre natural (n = 23) y sufrimiento humano grave (n = 16). Estos últimos refirieron menor número de eventos traumáticos comparado con las participantes.

Tabla 3.

Estadísticos descriptivos de eventos traumáticos en relación al sexo.

	N M/H*	M (D.T) * M/H	Error típ. De la M M/H*
Desastre Natural	44/23	1.30(.462)/1.17(.388)	.070/.081
Incendio Explosión	15/10	1.73(.458)/1.40(.516)	.118/.163
Accidente Transporte	24/13	1.54(.509)/1.38(.506)	.104/.140
Accidente Grave otros	18/9	1.44(.511)/1.22(.441)	.121/.147
Sustancias tóxicas	6/7	1.83(.408)/1.43(.535)	.167/.202
Agresión física	19/10	1.26(.452)/1.20(.422)	.104/.133
Agresión arma	19/11	1.42(.507)/1.36(.505)	.116/.152
Agresión sexual	6/10	1.33(.516)/1.00(.000)	.211/.000
Experiencia sexual incómoda	5/4	1.40(.548)/1.25(.500)	.245/.250
Zona combate	33/11	1.39(.496)/1.45(.522)	.086/.157
Cautiverio	3/3	1.33(.577)/1.00(.000)	.333/.000
Enfermedad lesión riesgo	9/8	1.33(.577)/1.00(.000)	.167/.000
Sufrimiento humano grave	24/16	1.25(.442)/1.13(.342)	.090/.085
Muerte repentina violenta	18/12	1.44(.511)/1.67(.492)	.121/.142
Muerte repentina cercana	40/25	1.33(.474)/1.40(.500)	.075/.100
Lesiones graves daños	5/2	1.60(.548)/1.50(.707)	.245/.500
Maltrato abuso infancia	19/10	1.16(.375)/1.50(.972)	.086/.307

Nota: M (D.T) = Media (Desviación Típica). M/H = Mujer/Hombre.

Fuente: autores

Así mismo, se estableció una comparación por grupos etarios (ver Tabla 4). Los participantes más jóvenes indicaron, en mayor medida, desastres naturales (n = 31), muerte repentina de una persona cercana (n = 24) y exposición a zonas de combate (n = 15). Entre tanto, aquellos con una tasa etaria mayor refirieron eventos como: muerte repentina de una

persona cercana (n = 41), desastre natural (n = 36) y zona de combate (n = 29). La tendencia indica que los participantes mayores fueron quienes más vivenciaron algún evento traumático. No obstante, no fue posible calcular si tales diferencias resultaron estadísticamente significativas, dada la variabilidad de eventos traumáticos referidos.

Tabla 4.
Estadísticos descriptivos de eventos traumáticos en relación al grupo etario

	N J/M*	M (D.T)* J/M	Error típ. de la M J/M
Desastre Natural	31/36	1.16(.374)/1.33(.478)	.067/.080
Incendio Explosión	6/19	1.83(.408)/1.53(.513)	.167/.118
Accidente Transporte	10/27	1.40(.516)/1.52(.509)	.163/.098
Accidente Grave otros	13/14	1.31(.480)/1.43(.514)	.133/.137
Sustancias tóxicas	6/7	1.67(.516)/1.57(.535)	.211/.202
Agresión física	9/20	1.33(.500)/1.20(.410)	.167/.092
Agresión arma	11/19	1.55(.522)/1.32(.478)	.157/.110
Agresión sexual	10/6	1.00(.000)/1.33(.516)	.000/.211
Experiencia sexual incómoda	4/5	1.50(.577)/1.20(.447)	.289/.200
Zona combate	15/29	1.53(.516)/1.34(.484)	.133/.090
Cautiverio	1/5	1.00 (,)/1.20(.447)	./200
Enfermedad lesión riesgo	3/14	1.33(.577)/1.14(.363)	.333/.097
Sufrimiento humano grave	13/27	1.31(.480)/1.15(.362)	.133/.070
Muerte repentina violenta	11/19	1.64(.505)/1.47(.513)	.152/.118
Muerte repentina cercana	24/41	1.38(.495)/1.34(.480)	.101/.075
Lesiones graves daños	2/5	2.00(.000)/1.40(.548)	.000/.245
Maltrato abuso infancia	13/16	1.38(.870)/1.19(.403)	.241/.101

Nota: M (D.T) = Media (Desviación Típica). J/A = Jóvenes/Mayores.
Fuente: autores

Prevalencia de TEPT

Se determinó la presencia de TEPT comprobada mediante la lista de Chequeo para TEPT (Weathers et al., 1993)

y se encontró que el 26.5% (n = 31) cumplió criterios de TEPT y el 73.5% (n = 86) no presentó criterios para el trastorno (ver Tabla 5).

Tabla 5.
Estadístico descriptivo para Presencia/ausencia de TEPT

	N P/A*	Porcentaje P/A	Porcentaje válido
Prevalencia de TEPT	31/86	26.5%/73.5%	26.5%/73.5%
Total	117	100.0	100.0

Nota: P/A = Presencia/Ausencia
Fuente: autores

Relacionado al sexo (ver Tabla 6), aunque los niveles de TEPT fueron ligeramente mayores en la muestra masculina, una prueba T para muestras independientes permitió establecer que no hubo

significación estadística. [F= (1.117) = .94; p = .33]. De esta manera, se plantea que el trastorno se presentó por igual en ambos sexos.

Tabla 6.
Estadísticos de grupo. Nivel total de TEPT por sexo

	N M/H*	M(D.T)*	Error típ. de la M
Nivel de TEPT	72/45	33.06(14.359)/35.24(16.137)	1.692/2.406

Nota: M (D.T) = Media (Desviación Típica). M/H = Mujer/Hombre.
Fuente: autores

Teniendo en cuenta que en la lista de chequeo para TEPT fue establecido la activación, intrusión y evitación según el DSM-IV-TR (APA, 2000), se contrastaron estos factores en relación al sexo y a los grupos etarios mediante una prueba T para muestras independientes.

Al contrastar la presencia de TEPT por grupos etarios los niveles fueron

significativamente mayores en los individuos de más edad [TEPT $F = (1.117) = 1.50$; $p = .02$]. Sin embargo, los factores mostraron una mayor tendencia en los individuos mayores sin resultar estadísticamente significativos [Activación $F = (1.117) = 1.90$; $p = .19$] [Intrusión $F = (1.117) = 1.50$; $p = .22$] [Evitación $F = (1.117) = .50$; $p = .82$] (ver Tabla 7).

Tabla 7.
Estadísticos de grupo. Factores asociados a TEPT por grupos etarios

	N J/M*	M(D.T)* J/M	Error típ. de la M J/M
TEPT - Total	52/65	29.21(13.773)/37.65(5.052)	1.910/1.867
Factor "Activación"	52/65	12.19(6.180)/16.08(6.890)	.857/.855
Factor "Intrusión"	52/65	8.63(4.559)/10.86(5.417)	.632/.672
Factor "Evitación"	52/65	8.38(4.371)/10.71(4.772)	.606/.592

Nota: M (D.T) = Media (Desviación Típica). J/A = Jóvenes/Mayores.
Fuente: autores

Con relación al factor de activación se encontró que los hombres de la muestra presentaron diferencias significativas frente a las mujeres [Activación. $F = (1.117) = .79$; $p = 0.00$]. Los factores de intrusión y

evitación mostraron también ligeras tendencias que no permitieron que se alcanzara la significación estadística [Intrusión. $F = (1.117) = 1.90$; $p = .16$]; [Evitación. $F = (1.117) = .05$; $p = .80$] (ver Tabla 8).

Tabla 8.
Estadísticos de grupo. Factores asociados a TEPT distribuidos por sexo

	N M/H*	M(D.T)* M/H	Error típ. de la M M/H
Factor "Activación"	72/45	13.90(6.557)/15.07(2.281)	.773/.485
Factor "Intrusión"	72/45	9.57(4.898)/10.36(5.560)	.577/.829
Factor "Evitación"	72/45	9.58(4.623)/9.82(4.928)	.545/.735

Nota: M (D.T) = Media (Desviación Típica). M/H = Mujer/Hombre.
Fuente: autores

Discusión y conclusiones

El conflicto armado colombiano ha puesto a la población civil como un foco militar donde las luchas sociopolíticas han llevado a que un sinnúmero de personas en condiciones vulnerables sean forzadas a dejar sus pueblos y focalicen las ciudades como zonas de refugio. La violencia como factor transversal suscita la vulnerabilidad y la exposición a eventos que afectan la salud mental, aumentando la necesidad de una atención integral que mejore la calidad de vida de los afectados (Venegas-Luque, Gutiérrez-Velasco & Calcedo-Cardenosa, 2017).

No obstante, es preciso señalar que, a pesar de que ha habido esfuerzos en temas de legislación para atender a las víctimas y se ha puesto en marcha la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras (Ley 1448 de 2011) (Congreso de Colombia, 2011), éstas no inciden sobre la disminución y mucho menos la desaparición del trauma. Según Venegas-Luque et al. (2017), las acciones de reparación no resultan suficientes para superar efectos psicológicos negativos en las víctimas; secuelas ligadas al desarrollo de trastornos como los del estado de ánimo, de alimentación y, en especial, el TEPT. Ante esta situación, se considera que este tipo de trastornos requieren de una intervención especializada

Se calcula que el TEPT afecta entre 5-10% de la población (los accidentes y lesiones son los más frecuentes reportados, con un 36% de prevalencia vitalicia en todo el mundo) y cuya incidencia se refleja en múltiples sistemas biológicos

desde los circuitos cerebrales hasta el sistema inmune. En este trastorno, los factores de riesgo psicosociales y biológicos se consideran predictores del transcurso del mismo, aunque el trauma sigue siendo un factor clave como precipitante (Shalev, Liberzon & Marmar, 2017; Yehuda et al., 2015).

El presente estudio evidencia que los niveles de TEPT en desplazados reasentados son superiores a los encontrados en el estudio de Ramírez-Giraldo, Hernández-Bustamante, Romero-Acosta & Porras-Mendoza (2017), quienes encuentran en Chengue, Sucre, un nivel del 26.2%. Este último estudio se considera un referente teórico importante debido a las características socioculturales de la muestra y a la proximidad entre los territorios donde fueron desarrollados.

La relación significativa del desplazamiento forzado y vulnerabilidades preexistentes (como adversidades familiares y otros traumas) con la alta prevalencia del TEPT, como indica Bromet et al. (2017), coincide con los resultados obtenidos, teniendo en cuenta el conflicto armado como factor que no causa uno sino múltiples efectos sobre las víctimas del mismo. Adicionalmente se logra evidenciar con el presente estudio que mayores niveles de TEPT estuvieron presentes en los individuos con mayor edad, lo cual estaría explicado por una variedad de experiencias traumáticas vividas, así como diferentes sucesos adversos que se manifiestan en sintomatología subclínica. Otro aspecto a destacar es que en la presente investigación la presencia del TEPT no mostró diferencias significativas en relación al sexo, lo que contradice a la literatura disponible que señala que el TEPT se presenta con mayor frecuencia en mujeres (Kessler et

al., 2014; Bados, 2015; Torres-Salazar, Mejía-Jaimes, Conde-Cotes & Botelho-De Oliveira, 2021).

Los resultados de este estudio concuerdan con lo planteado por Pérez-Sierra, Muñoz-Gil, Jaramillo-Rico y Gómez-Vásquez (2004) quienes afirman que el desplazamiento es un evento determinante en la historia de vida de los individuos y se pueden materializar los efectos arrasadores que producen las pérdidas materiales y la angustia que esto genera. En los desplazados reasentados de Montería se encuentra que la violencia sociopolítica no solo ha tenido un efecto devastador sobre los desplazados, sino una multiplicidad de situaciones por enfrentar que los revictimizan constantemente. Estos eventos que se dan en la sociedad también generan un alto desequilibrio en la salud mental de los seres humanos que en muchas ocasiones desencadena en psicopatologías. De esta manera, es importante considerar el carácter multifactorial del TEPT y su relación con la presencia de eventos traumáticos (Bados, 2015; Kessler et al., 2014). La prevalencia de este trastorno no solo es poco común en países de altos ingresos, sino que está altamente relacionada con la gravedad de la exposición al estrés y los antecedentes previos a esta misma exposición (Bromet et al., 2017).

A pesar de que en este estudio no se encontraron diferencias significativas relacionadas con el sexo y edad de los participantes (lo cual contradice a la literatura disponible), esta investigación aporta datos relevantes que servirían de base para futuros estudios enfocados a una mayor comprensión entre el TEPT relacionado con violencia sociopolítica y factores asociados, así como futuras evaluaciones e

intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de vida y salud mental de personas víctimas del desplazamiento forzado.

Financiación

Este es un producto del proyecto denominado: “*Tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en víctimas y testigos de violencia*” financiado por el Centro de Investigación para el Desarrollo y la Innovación CIDI de la Universidad Pontificia Bolivariana, Montería.

R eferencias

- Albuja, S., Arnaud, E., Caterina, M., Charron, G., Foster, F., Glatz, A. K.,... Wissing, M. (2014). *Global Overview 2014, people internally displaced by conflict and violence*. Retrieved from <https://www.internal-displacement.org/sites/default/files/inline-files/201405-global-overview-2014-en.pdf>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bados, A. (2015). *Trastorno por estrés postraumático*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>

- Blake, D. D., Weathers, F., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Klauminzer, G., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1990). A clinical rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapy, 18*(18), 187-188. <https://doi.org/10.1007/BF02105408>
- Bromet, E. J., Atwoli, L., Kawakami, N., Navarro-Mateu, F., Piotrowski, P., King, A. J., ... & Florescu, S. (2017). Post-traumatic stress disorder associated with natural and human-made disasters in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine, 47*(2), 227-241. doi: 10.1017/S0033291716002026.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas de conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 43*(4), 177-185. doi: 10.1016/j.rcp.2014.07.003
- Clausen, A. N., Clarke, E., Phillips, R. D., Haswell, C., VA Mid-Atlantic MIRECC Workgroup., & Morey, R. A. (2020). Combat exposure, posttraumatic stress disorder, and head injuries differentially relate to alterations in cortical thickness in military Veterans. *Neuropsychopharmacology, 45*(3), 491-498. doi:10.1038/s41386-019-0539-9
- Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder. Simplifying diagnosis in trauma populations. *The British Journal of Psychiatry, 216*(3), 129-131. doi: 10.1192/bjp.2020.43
- Congreso de Colombia. (2011). *Ley 1448 de 2011*. Recuperado de <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/ley-1448-de-2011/13653>
- Flores-Morales, R., Reyes-Pérez, V., & Reidl-Martínez, L. M. (2012). Síntomas de Estrés Postraumático (EPT) en periodistas mexicanos que cubren la guerra contra el narcotráfico. *Suma Psicológica, 19*(1), 7-17. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v19n1/v19n1a01.pdf>
- Gilbar O., Gnall K. E., Cole, H. E., & Taft, C. T. (2020) Posttraumatic Stress Disorder, Intimate Partner Violence, and Trauma-Informed Intervention. In B. Carpiniello, A. Vita, & C. Mencacci (Eds.), *Violence and Mental Disorders. Comprehensive Approach to Psychiatry* (pp. 115-134). Cham, Switzerland: Springer. doi: 10.1007/978-3-030-33188-7
- Habozit, A., & Moro, M. R. (2013). Breaking the silence in Colombia to resist violence ½. *Soins Psychiatrie, 284*(1), 34-42. doi: 10.1016/j.spsy.2012.11.006
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Kessler, R. C., Rose, S., Koenen, K. C., Karam, E. G., Stang, P. E., Stein, D. J., ... & McLean, S. A. (2014). How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys. *World Psychiatry, 13*(3), 265-274. doi: 10.1002/wps.20150.
- Negrete, V. (2008). Problemática psicosocial y socioeconómica como consecuencia del conflicto armado en el departamento de Córdoba en Colombia. *International Journal of Psychological Research, 1*(1), 74-80. <https://doi.org/10.21500/20112084.969>

- Palacios, L. (2002). *Trastorno por estrés postraumático: Factores asociados a la remisión y/o persistencia del diagnóstico. Una evaluación de su curso en pacientes de una muestra mexicana en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente Muñiz* (Tesis de especialización). Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F.
- Pérez-Sierra, M., Muñiz-Gil, O., Jaramillo-Rico, J. & Gómez-Vásquez, C. (2004). "Desplazamiento sin sentido": estudio clínico de la experiencia violenta y del desplazamiento. *Informes Psicológicos*, (6), 161-174. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7051929>
- Ramírez-Giraldo, A., Hernández-Bustamante, O., Romero-Acosta, K., & Porrás-Mendoza, E. (2017). Estado de salud mental de personas víctimas del conflicto armado en Chengue. *Psicología desde el Caribe*, 34(1), 1-20. doi: 10.21892/9789804270178.1
- Registro Único de Víctimas. (2020). *Reportes*. Recuperado de <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>
- Richards, A., Ospina-Duque, J., Barrera-Valencia, M. A., Escobar-Rincón, J., Ardila-Gutiérrez, M., Metzler, T., & Marmar, C. (2014). 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*, 3(4), 384-393. doi: 10.1037/a0022257
- Roberts, B., & Browne J. (2011). A systematic review of factors influencing the psychological health of conflict-affected populations in low and middle-income countries. *Global Public Health*, 6(8), 814-829. doi: 10.1080/17441692.2010.511625
- Rojas-Campos, M. (2016). Trastorno de Estrés Postraumático. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII*, 73(619), 233-240. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162h.pdf>
- Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(25), 2459-2469. doi: 10.1056/NEJMra1612499
- Shultz, J. M., Garfin, D. R., Espinel, Z., Araya, R., Oquendo, M. A., Wainberg, M. L., ... & Wilson, F. E. (2014). Internally displaced "victims of armed conflict" in Colombia: The trajectory and trauma signature of forced migration. *Current Psychiatry Reports*, 16(10), 475-491. doi: 10.1007/s11920-014-0475-7
- Torres-Salazar, Y.M., Mejía-Jaimes, L., Conde-Cotes, C.A. & Botelho-De Oliveira, S. (2021). Víctimas del desplazamiento forzado: comorbilidad entre trastorno por estrés postraumático (TEPT) y depresivo mayor (TDM). *Informes Psicológicos*, 21(1), 133-149. doi: 10.18566/infpsic.v21n1a09
- Venegas-Luque, R., Gutiérrez-Velasco, A., & Calcedo-Cardenosa, M. F. (2017). Investigaciones y comprensiones del conflicto armado en Colombia. Salud mental y familia. *Universitas Psychologica*, 16(3), 1-10. doi: 10.11144/Javeriana.upsy16-3.icca

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. In *Annual convention of the international society for traumatic stress studies*. San Antonio: International Society for Traumatic Stress Studies.

Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergeit, C. M.,... Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews. Disease primers*, 1(1), 1-22. doi: 10.1038/nrdp.2015.57.