

**RELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO,
PERCEPCIÓN DE RED DE APOYO Y NIVELES DE SEVERIDAD EN LOS
SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN POBLACIÓN
ADOLESCENTE EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO FORZOSO**

María Cecilia Palacios Samudio y María Angélica Silva Guzmán

Universidad de la Sabana

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN 13

ABSTRACT 14

TEXTO 15

Introducción 14

Justificación 15

Fundamentación teórica 18

Problema 64

Objetivos 65

Variables 65

Hipótesis 67

METODO 68

Tipo de diseño 68

Participantes 68

Materiales e instrumentos 69

Procedimiento 71

RESULTADOS 73

Análisis descriptivos de los datos arrojados por la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático FOA 73

Análisis descriptivos de los datos arrojados por la Escala de Percepción de Red de Apoyo Social para Adolescentes 76

Análisis descriptivos de los datos arrojados por la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) 80

Relación entre los puntajes arrojados para la severidad de los síntomas, la percepción de red de apoyo social y las estrategias de afrontamiento 81

DISCUSIÓN **86**

REFERENCIAS

APENDICES

TABLA DE APENDICES

Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA), Escala de Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) y Escala de Percepción de Red de Apoyo Social para Adolescentes A

Formato de Calificación de la Escala de Percepción de Red de Apoyo Social para Adolescentes B

Gráficas de los resultados obtenidos de las Escalas de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA), Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) y Percepción de Red de Apoyo Social para Adolescentes C

Datos estadísticos de la prueba Chi Cuadrada obtenidos para las Escalas de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA), Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) y Percepción de Red de Apoyo Social para Adolescentes D

Datos estadísticos de las correlaciones Spearman rho obtenidos para las Escalas de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA), Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) y Percepción de Red de Apoyo Social para Adolescentes E

Tabla de datos generales de los jóvenes participantes en la presente investigación F

Prueba piloto de la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) G

Prueba piloto de la Escala de Percepción de Red de Apoyo Social para Adolescentes H

Glosario I

TABLA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de los eventos desencadenantes de la situación de desplazamiento.

Figura 2. Distribución de los departamentos expulsores.

Figura 3. Localidades que acogen a los jóvenes en situación de desplazamiento.

Figura 4. Distribución de los motivos desencadenantes de estrés postraumático.

Figura 5. Clasificación de eventos traumáticos relacionados con la severidad en los síntomas.

Figura 6. Clasificación de eventos traumáticos relacionados con el nivel de deterioro del funcionamiento.

Figura 7. Distribución en la clasificación del nivel de severidad en los síntomas de estrés postraumático.

Figura 8. Distribución de los porcentajes de los puntajes individuales de severidad en los síntomas de estrés postraumático.

Figura 9. Porcentaje del cumplimiento de los criterios diagnósticos de estrés postraumático en población adolescente.

Figura 10. Frecuencia en el nivel de deterioro del funcionamiento en los jóvenes en situación de desplazamiento.

Figura 11. Distribución del puntaje promedio de las estrategias de afrontamiento en relación con los demás.

Figura 12. Distribución del porcentaje del puntaje promedio de las estrategias de afrontamiento centrado en la resolución del problema.

Figura 13. Distribución del porcentaje del puntaje promedio de las estrategias de afrontamiento improductivo.

Figura 14. Distribución de las estrategias de afrontamiento empleadas con mayor frecuencia.

Figura 15. Distribución de las estrategias de afrontamiento empleadas con menor frecuencia.

Figura 16. Distribución de los porcentajes de los puntajes totales del nivel de satisfacción individual frente a la percepción de red de apoyo social.

Figura 17. Distribución del porcentaje de frecuencia en el acceso al deporte en los jóvenes en situación de desplazamiento.

Figura 18. Distribución del porcentaje en la frecuencia de los jóvenes en situación de desplazamiento al alimentarse.

Figura 19. Distribución del porcentaje en la frecuencia en el acceso a lugares de recreación en los jóvenes en situación de desplazamiento.

Figura 20. Distribución del porcentaje en la frecuencia en el acceso al deporte en los jóvenes en situación de desplazamiento.

Figura 21. Distribución del porcentaje en la frecuencia en el apoyo de los padres a los jóvenes en situación de desplazamiento.

Figura 22. Distribución del porcentaje en la frecuencia del apoyo de la escuela de los jóvenes en situación de desplazamiento.

Figura 23. Distribución del porcentaje en la frecuencia del apoyo de los amigos a los jóvenes en situación de desplazamiento.

Figura 24. Distribución del porcentaje en la frecuencia del acceso médico de los jóvenes desde su llegada a Bogotá.

Figura 25. Distribución del porcentaje en la frecuencia del acceso a lugares de recreación de los jóvenes en situación de desplazamiento.

Figura 26. Distribución del porcentaje en la frecuencia del acceso de una vivienda estable en los jóvenes en situación de desplazamiento.

Figura 27. Porcentaje del apoyo institucional brindado a los jóvenes en situación de desplazamiento.

Figura 28. Porcentaje del apoyo brindado por parte del Estado a los jóvenes en situación de desplazamiento.

Figura 29. Nivel de satisfacción de los adolescentes en situación de desplazamiento frente a su red de apoyo social.

Figura 30. Distribución del porcentaje en la frecuencia en el acceso al deporte en los jóvenes.

Figura 31. Distribución del porcentaje en la frecuencia en el apoyo de los padres a los jóvenes.

Figura 32. Distribución del porcentaje en la frecuencia en el apoyo de la escuela a los jóvenes.

Figura 33. Distribución del porcentaje en la frecuencia en el apoyo de los amigos a los jóvenes.

Figura 34. Distribución del porcentaje en la frecuencia en el acceso al servicio médico a los jóvenes.

Figura 35. Distribución del porcentaje en la frecuencia en el acceso a lugares de recreación en los jóvenes.

Figura 36. Distribución del porcentaje del apoyo brindado por parte del Estado a los jóvenes.

Figura 37. Distribución del porcentaje en la frecuencia en el acceso a vivienda

Figura 38. Distribución jerárquica en la escogencia de predilección del deporte.

Figura 39. Distribución del porcentaje de los puntajes individuales en el nivel de satisfacción frente a la percepción de red de apoyo.

Figura 40. Distribución del porcentaje del nivel de satisfacción en la percepción de red de apoyo social.

Figura 41. Distribución del porcentaje en la frecuencia de acceso al deporte.

Figura 42. Distribución del porcentaje en la frecuencia al alimentarse.

Figura 43. Distribución del porcentaje en la frecuencia de acceso al deporte.

TABLA DE TABLAS

Tabla 1 Datos estadísticos descriptivos de la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA).

Tabla 2 Datos estadísticos descriptivos de la Escala de Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes (ACS): Relación con los demás.

Tabla 3 Datos estadísticos descriptivos de la Escala de Estrategia de Afrontamiento para Adolescentes (ACS): Dirigido a la solución del problema.

Tabla 4 Datos estadísticos descriptivos de la Escala de Estrategia de Afrontamiento para Adolescentes (ACS): Improductivo.

Tabla 5 Datos estadísticos descriptivos de la Escala de Percepción de Red de Apoyo Social para Adolescentes.

Tabla 6 Frecuencias obtenidas para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA)

Tabla 7 Frecuencias obtenidas para la Escala de Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes (ACS): Relación con los demás.

Tabla 8 Frecuencias obtenidas para la Escala de Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes (ACS): Dirigido a la solución del problema.

Tabla 9 Frecuencias obtenidas para la Escala de Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes (ACS): Improductivo

Tabla 10 Frecuencias obtenidas para la Escala de Percepción de Red de Apoyo Social para Adolescentes

Tabla 11 Prueba estadística Chi Cuadrada para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA)

Tabla 12 Prueba estadística Chi Cuadrada para la Escala de Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes (ACS): Relación con los demás.

Tabla 13 Prueba estadística Chi Cuadrada para la Escala de Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes (ACS): Dirigida a la solución de problemas

Tabla 14 Prueba estadística Chi Cuadrada para la Escala de Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes (ACS): Improductivo

Tabla 15 Prueba estadística Chi Cuadrada para la Escala Percepción de Red de Apoyo Social para Adolescentes.

Tabla 16 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento en Relación con los Demás (ACS1)

Tabla 17 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y la Escala de Percepción de Red de Apoyo Social para Adolescentes

Tabla 18 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento Dirigida a la Solución de Problemas (ACS2)

Tabla 19 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento Improductiva (ACS3)

Tabla 20 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y Escala de Percepción de Red de Apoyo Social para Adolescentes

Tabla 21 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento de Invertir en Amigos Íntimos (Ai)

Tabla 22 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento de Acción Social (So)

Tabla 23 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento de Autoinculparse (Cu)

Tabla 24 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico del Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento de Buscar Distracción Física (Fi)

Tabla 25 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento de Apoyo Social (As)

Tabla 26 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento de Concentrarse en Resolver el Problema (Rp)

Tabla 27 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento de Esforzarse y Tener Éxito (Es)

Tabla 28 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento de Preocuparse (Pr)

Tabla 29 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento de Buscar Pertenencia (Pe)

Tabla 30 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento de Hacerse Ilusiones (Hi)

Tabla 31 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento de No Afrontamiento (Na)

Tabla 32 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento de Reducción de la Tensión (Rt)

Tabla 33 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento de Ignorar el Problema (Ip)

Tabla 34 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento de Reservarlo para Si (Re)

Tabla 35 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento de Fijarse en lo positivo (Po)

Tabla 36 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento de Apoyo Profesional (Ap)

Tabla 37 Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) y la Estrategia de Afrontamiento de Diversiones Relajantes (Dr)

Tabla 38 Datos obtenidos por la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) en la población adolescente y adulta en ausencia de trauma.

Tabla 39 Prueba f para varianzas de dos muestras de la aplicación de la prueba piloto

Tabla 40 Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales

Tabla 41 Puntajes y porcentajes arrojados por los items de tipo binomial

Tabla 42 Puntajes y porcentajes arrojados por los items de tipo jerárquico

Tabla 43 Puntajes y porcentajes arrojados por los items de tipo actitudinal

Tabla 44 Puntajes y porcentajes arrojados por los items de tipo frecuencia

Resumen

El objetivo de esta investigación es evaluar la relación existente entre estrategias de afrontamiento, percepción de redes de apoyo y niveles de severidad en los síntomas de estrés postraumático. Se utilizó metodología descriptiva correlacional y se aplicaron escalas de autoreporte: Escala de estrés postraumático (FOA, 1995), Escala de Afrontamiento para Adolescentes “ACS” (Frydenberg y Lewis, 1995) e Inventario de Percepción de Red de Apoyo. Se trabajó con 50 adolescentes que desarrollaron PTSD posterior al evento del desplazamiento forzoso. Se relacionó el nivel de severidad de los síntomas con puntajes obtenidos en conformidad con estrategias de afrontamiento y percepción de red de apoyo social. El análisis de resultados se realizó por medio de Chi cuadrado y del coeficiente de correlación Spearman.

Palabras claves: Afrontamiento (67), Red de apoyo (82), Estrés

Postrauumático (85), Violencia (71).

Abstract

The objective of this research is to evaluate the relationship between Social Strategies of Facing, the support network perception inventory and levels of post-traumatic stress disorder. We work with methodology descriptive correlational and through the application of scales of self report : Scale of facing for Adolescents “ACS” (Frydenberg y Lewis, 1995)and the support network perception inventory We worked with 50 teenagers which had developed PTSD after the forced displacement .This levels of severe symptoms were compared with the scores we get in concordance with Social Strategies of Facing, the support network perception inventory For the analysis in this study we used Chi square and the coefficient of correlation Spearman

Palabras claves: Coping (67), Social Suport (82), Posttraumatic Stress (85), Violence (71).

RELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFROTAMIENTO, PERCEPCIÓN
DE RED DE APOYO Y NIVELES DE SEVERIDAD EN LOS SÍNTOMAS DE
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN POBLACIÓN ADOLESCENTES EN SITUACIÓN
DE DESPLAZAMIENTO FORZOSO

Durante más de 40 años Colombia ha sido víctima de enfrentamientos violentos que se basan en la dificultad de tolerar la diferencia y en la necesidad de una igualdad social, política y económica, que ha generado la formación de grupos insurgentes al margen de la ley.

Los enfrentamientos entre las fuerzas armadas de Colombia y dichos grupos armados han generado una problemática, al lado de muchas otras: el desplazamiento forzado de la población civil, que se encuentra viviendo en medio de un conflicto que no inició y jamás le preguntaron si deseaba hacer parte. Esta población al perder su estabilidad, su pertenencia y su arraigo, comienza a desarrollar una inestabilidad emocional y tienen que acostumbrarse a vivir en condiciones precarias y luchar en un mundo de titanes diferentes a la forma habitual de defensa a la que estaban comúnmente acostumbrados.

Desde los inicios del conflicto armado y las vivencias que tienen que experimentar, comienza a desarrollarse en esta población un trauma, el cual es mantenido y reforzado por todas las situaciones a las cuales tiene que enfrentarse, en búsqueda de un futuro mejor, o tan solo, de poner a salvo su vida y la de su familia.

La guerra es psicológicamente un trauma. Es un evento potencial que atraviesa la vida de cada soldado y lo limita dentro de su control personal y su supervivencia. La guerra está por fuera de cualquier experiencia normal humana. Es un conjunto de injurias personales y dolor, un continuo temor de la propia muerte, un continuo periodo de alto esfuerzo físico acompañado de altas respuestas emocionales.

En medio de este fuego los adultos jóvenes tienen formados sus valores básicos, ideas de cuidado y formación en general; por lo tanto, no es una sorpresa, como muchos de estos combatientes después de la guerra desarrollen el trastorno de estrés postraumático (Flannery y Raymond, 1998).

Dentro de esta búsqueda de bienestar, se vuelve de vital importancia para los sujetos el contar con diferentes estilos y estrategias de afrontamiento que le son propios, así como una red de apoyo tanto formal como informal a la que pueda aferrarse en aquellos momentos en que se encuentran en situaciones de crisis personales.

La psicología como ciencia, al mostrar la capacidad de manejo y de conocimiento, así como de comprensión de tales factores protectores en el individuo, y son por ello, los psicólogos, personas capacitadas en la creación, el mantenimiento, el reforzamiento y la evaluación de los estilos y estrategias de afrontamiento y las redes de apoyo social como herramientas de sobrevivencia en el individuo y factores de protección frente al posible desarrollo de trastornos mentales.

Esta es una problemática que se evidencia como realidad ante los ojos de cualquier colombiano o del mundo entero, y que necesita una pronta y eficaz atención por parte de los profesionales que puedan proporcionar algún tipo de solución, o como mínimo, un amortiguamiento de las consecuencias de aquello que están viviendo como real e inevitable. En esta investigación usted podrá encontrar los inicios de una vía de acceso, para generar un programa o proyecto en el cual se colabore y apoye, dentro de lo posible, a la población adolescente que ha sido víctima de estos sucesos, y quien se encuentra buscando de forma desesperada y activa que se le brinde algún tipo de colaboración que puedan percibir como válida.

Es una realidad que el desplazamiento en Colombia es un problema que no sólo se encuentra relacionado con la violencia que se vive dentro de este país, sino que a su vez, se presenta en directa proporción con los problemas sociopolíticos que este mismo

atraviesa, los cuales además de ser consecuencia de la historia propia del país, en cierto modo se relacionan con la dificultad para enfrentarse a un mundo cambiante y en constante evolución.

Como lo afirma Palacio (1999), los jóvenes en situación de desplazamiento forzoso presentan más comportamientos depresivos y ansiosos que aquellos que no lo están. Durante la investigación realizada por este mismo autor, se pudo identificar que las personas que atraviesan por una situación de desplazamiento, en general, es mucho más difícil tener comportamientos planificados y organizados, y que en un 30% de éstos se llegó a identificar un evento traumático preciso, el cual se relaciona con el hecho de haber sido testigo de las amenazas dirigidas contra su familia, o uno de sus parientes o vecinos.

En este mismo estudio, se encontró que los síntomas más frecuentes experimentados por este tipo de población eran un elevado nivel de alerta (30%) y los pensamientos (sueños e ideas) sobre el evento traumático (40%). En una proporción más repartida (12 y 18%), estas personas presentaron una disminución de sus respuestas hacia el ambiente. 86% de las personas señalan haber reaccionado o sentido este tipo de síntomas desde el mismo momento del evento doloroso.

Con respecto al impacto psicológico de la violencia en esta población de Colombia, Castaño (1994), en un estudio con 83 pacientes durante 1991 (46 mujeres, 11 hombres y 26 menores de edad) los cuales habían sido víctimas de violencia política, encontró que los sobrevivientes de masacres y demás tipos de violencia presentaban problemas de adaptación y síntomas del trastorno de estrés postraumático, así como desconfianza y un miedo crónico. Esta autora encontró que en ciertos momentos el efecto de la penuria económica era más devastador que la misma pérdida del ser querido.

La ONU (Organización de las Naciones Unidas, 1996), reportó en las estadísticas relacionadas con enfermedades mentales que un 36% de la población de la distribución global se encuentran “perdidos en el mundo” por enfermedades mentales. Elaborando una investigación junto con la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 1997), encontraron que un 5% de la población global presentan discapacidad por trastorno de estrés postraumático. En el mundo, entre un cuarto y un tercio del total de consultas de nivel primario tienen como causa trastornos de ansiedad, los cuales son frecuentes en la población general y pueden llegar a una prevalencia del 4 al 8%.

En relación a la salud mental en Colombia, en un estudio realizado en 1993, se pueden resaltar los siguientes hallazgos: la morbilidad sentida fue de 7.9%, al disminuir la estabilidad económica y el estrato social aumenta la percepción de angustia, la prevalencia de ansiedad fue del 9.6% siendo mayor en mujeres que en hombres y, que en la población entre 12 y 24 años se presenta mayor intento de suicidio con una prevalencia total del 4.5%. El síndrome de estrés postraumático, se encontró con mayor frecuencia en los departamentos de Bolívar, Arauca, Quindío, Casanare y Santander.

Con base en la información del estudio Nacional de Salud Mental (1997), se encontró, que los trastornos de ansiedad se presentan en un 15.1% y el síndrome de estrés postraumático en un 4.3% en cuanto a la prevalencia de enfermedades mentales desarrolladas en Colombia se refiere.

De acuerdo con el centro de documentación de Colombia (2001), un total de 91.166 personas fueron desplazadas durante el primer trimestre del año 2001, según estimativos del Sistema de Información de Hogares Desplazados por Violencia y Derechos Humanos ha crecido de manera vertiginosa. Esta cifra afianza la tendencia creciente de desplazamiento forzado durante el presente año, si la comparamos con las cifras del primer trimestre del año pasado, en el que se estimó que el número de

personas desplazadas fue de 56.952. Es decir, durante el primer trimestre del año, se aumentó en 34.210 el estimativo de personas desplazadas por razón de acciones violentas. Sin embargo, se presenta una panorámica más alarmante al tener en cuenta que según las estadísticas, de las 213.855 personas que se desplazaron entre enero de 2000 y junio de 2001, 103.403 eran menores de 18 años, lo que representa el 48.35% del total (Red social, 2001). Según las estadísticas presentadas por Worldwide Refugee Information, al final de 1999, por lo menos 1.8 millones de Colombianos habían sido desplazados internamente, incluyendo 288.000 que fueron desplazados durante el año. De acuerdo al Gobierno colombiano, cerca de 20.000 personas desplazadas regresaron a sus hogares durante el año.

El desplazamiento en Colombia es el resultado directo del conflicto interno armado, la violencia política y el abuso generalizado de los derechos humanos. Éste, incluye las fuerzas armadas Colombianas, los grupos guerrilleros de izquierda, y las organizaciones paramilitares de derecha. Los civiles continúan siendo las víctimas primordiales.

La mayoría de las personas que han sido forzadas a desplazarse en Colombia viven en condiciones precarias. ACNUR informa que se encuentra evidencia de " malnutrición moderada y grave" entre los desplazados y, que " la ausencia de condiciones de vivienda básica es generalizada." La mayoría de los niños en situación de desplazamiento, posiblemente el 75%, no fueron al colegio en 1999.

Es decir, el desplazamiento forzoso en Colombia es una problemática evidente. No sólo afecta a aquellos que se encuentran vinculados con la violencia, sino que, llega a cualquier lugar y sin dar ningún tipo de aviso. Así mismo, es alarmante ver como, el grupo de adolescentes se muestra dentro de los más altos niveles en estadísticas de desplazamiento. Es una realidad que este tipo de violencia sociopolítica afecta directamente la salud mental de las personas implicadas en la situación y aquellos cercanos; de manera tal, que uno de los principales trastornos en desarrollo es el

desorden de estrés post traumático, el cual puede llegar a generar discapacidad mental en la población acrecentando aún más la problemática sociopolítica que vive actualmente el país.

Por la marcada fuerza que genera como problemática evidente el desplazamiento forzoso en Colombia y sus múltiples consecuencias, se hace entonces necesario buscar alguna vía de acceso para entrar a formar parte activa en el proceso de soluciones y de cambio, para mejorar la calidad de vida de la población colombiana. Es por esto, que esta investigación, tiene como objetivo evaluar los niveles de severidad en los síntomas del trastorno por estrés postraumático en la adolescencia, con el fin de dejar un camino abierto para una futura investigación al respecto, en la cual se desee integrar los conceptos presentados en un modelo de intervención, que colabore con esta población y con el futuro de un país que se encuentra en crisis.

Muchos de los factores contribuyentes a que la violencia en Colombia tenga la magnitud actual, se explican en parte, según algunos historiadores, por los procesos originados desde la época de la Colonia, cuando era digno morir violentamente a manos del oponente, simplemente por defender una idea o color político. Infortunadamente el paso de los años ha producido una inmensa brecha de inequidad, impunidad, e intolerancia que, desde algunas décadas atrás, convirtió a grupos inconformes en luchadores armados, para llegar a disputas abiertas por grandes extensiones de tierra, sin respetar a aquellos que toman su sustento de las mismas. De ahí que los problemas de la población se fueron incrementando, traducéndose en ajustes de cuentas personales, desempleo, ingresos reducidos, falta de servicios públicos adecuados y distribución desigual de la tierra, entre otros (Suárez, 1998).

Aterrizando estas ideas en la actualidad, Camacho (2000), propone varios supuestos y argumentos desde su posición en la Comisión para el estudio de la Violencia, convocada por el Ministerio de Gobierno. Entre sus ideas está que hoy en día

la violencia en Colombia se ha generalizado abarcando ámbitos sociales que anteriormente no se habían comprometido. Ha encontrado nuevas dinámicas para su expresión. Ha destacado nuevos actores sociales y afecta más la vida comunitaria, tanto la urbana como la rural, al compararla con la época llamada “La Violencia” en los años 40.

Para entender las nuevas dinámicas y manifestaciones de la violencia es necesario observar los ámbitos donde se desarrolla, extrapolándose a otros y así sucesivamente: un primer ámbito es el socio económico, donde es observada a través de la lucha por los recursos materiales, producto de la alta inequidad en los mismos y su repartición entre las personas. No es un secreto que el estrato socio económico medio está en vía de extinción debido a la polarización en los recursos materiales (el que tiene poco, cada vez tendrá más poco).

Un segundo ámbito es el socio político donde la violencia es expresada en las luchas armadas por la hegemonía en el poder del Estado. Claro está que el componente económico también deja su huella aquí. Se sabe abiertamente de los nexos de los grupos armados con el narcotráfico, y cómo las zonas dominadas por estos, son las zonas de mayor productividad de cultivos ilícitos. Por último un ámbito socio cultural, resultado de la poca o nula tolerancia entre las personas. Juegan aquí un papel muy importante las identidades culturales; abarca además el ámbito intra familiar y sus subsecuentes niveles alarmantes de violencia y maltrato. Esta violencia provoca la justicia privada y la liquidación de adversarios “saltándose” el debido proceso judicial. Implica la violencia contra las minorías étnicas, y uno de los fenómenos más preocupantes: La migración forzada. Sobre éste se hablará más adelante, por el momento es pertinente observar un tipo de violencia, sobre la cual se hipotetiza que es uno de los factores más incidentes en el desplazamiento forzado.

Para Dujardin (1996), citado por Palacio, (1999), se define la violencia política como la violencia de orden físico, moral o psicológico sobre una o varias personas o grupos sociales que persigue integrarlos o excluirlos de un sistema social determinado; por lo tanto es utilizada como un instrumento de cambio social. Las víctimas de la violencia política representan el común de los colombianos. La multiplicidad de responsables ha contribuido a una denominada “macabra democratización” de los asesinatos políticos. Los blancos incluyen campesinos que viven en las zonas de conflicto, miembros de los partidos políticos de izquierda, de sindicatos, defensores de derechos humanos, miembros de la rama judicial, ex guerrilleros amnistiados, soldados, policías, y los propios combatientes. Los campesinos continúan siendo el principal blanco de los asesinatos, las torturas, desapariciones forzadas, y los desplazamientos (América’s Watch, 1994).

Un elemento clave de la violencia política moderna es la creación de estados de terror para penetrar todo el tejido de raíces de relaciones sociales, además de la vida subjetiva mental como un medio de control social. Hacia estos fines y no hacia aquellos de extraer información, están dirigidos la mayoría de los actos de tortura y violencia contra la población civil. Los cuerpos mutilados de aquellos raptados por actores armados desechados en lugares públicos son la utilería de un teatro político diseñado para golpear toda una sociedad (Castaño, Jaramillo, Summerfield, 1998)

La llegada del conflicto armado a las zonas rurales de economía campesina ha causado graves traumas en la estructura familiar, que no sólo se manifiestan en el aspecto productivo sino, en general, en el conjunto de las relaciones de colaboración mantenidas con otros miembros de la comunidad y principalmente en el interior de la familia (Ardila, 1996). La situación general de violencia que implica en la región la presencia de diversos grupos en conflicto, someten al campesino al manejo de delicadas relaciones de colaboración a las que no puede negarse y que lo llevan paulatinamente al

aislamiento. Los actores armados involucran a la población civil en el conflicto, violando las normas del Derecho Internacional Humanitario (DIH).

El campesino pierde en ese momento la confianza en sus vecinos, en el tendero, en el boticario, en los amigos, etc, y aprende a vivir en el silencio. Cualquier actividad puede resultar sospechosa para cualquiera de estos grupos armados y aún la actividad productiva resulta gravemente afectada al controlarse la salida y la entrada de alimentos, medicamentos e insumos agrícolas. La violencia política en el campo altera las relaciones sociales tradicionales: de la solidaridad con el vecino se pasa poco a poco a la desconfianza; la unidad familiar se desintegra, dando lugar a una ruptura con los referentes básicos, lo que implica bruscos cambios que dificultan la adaptación; de la forma de producción de autoabastecimiento, se pasa a la lógica de producción de dependencia y subordinación. Los reiterados asesinatos y genocidios son una realidad que va desvinculando a las personas de su entorno, en la medida en que se pierden familiares, vecinos y amigos, al igual que el sentido de la vida tanto personal como cultural.

Las secuelas del daño psicológico causadas por las vivencias experimentadas, han desencadenado alteraciones de los procesos cognoscitivos, afectivos y conductuales, no sólo a nivel individual (expresado como trauma psicológico y psicopatologías específicas), sino también a nivel colectivo en relación a la disponibilidad para la participación, la convivencia y el compromiso social. De igual forma, la carencia de unión y refuerzo social, han afectado la identidad e imagen colectiva como pueblo, o grupo social, alterando de manera importante su dinámica personal y familiar.

Cada tres horas son obligados a huir cuatro familias con vínculo rural de su lugar de vivienda y trabajo por acción o decisión de diversos autores armados y en desarrollo de múltiples estrategias políticas, económicas y sociales (Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento CODHES, 1999). Una forma característica del ejercicio

de la violencia en zonas rurales es la selectividad con que se actúa en contra de los puntos neurálgicos de las sociedades locales, que son los líderes y miembros de las organizaciones campesinas, cualquiera que sea su carácter. Ello ejerce un impacto enorme, amedrentando y desplazando a las familias circundantes. Esta estrategia, además de los efectos anteriormente descritos, disuade los procesos de organización de la sociedad civil rural, que luego del desplazamiento, va a tener muy pocos deseos de constituirse en una fuerza organizativa, para denunciar su situación y para gestionar colectivamente la solución de sus necesidades.

La recomposición socio demográfica, en espacios determinados y con altos índices de violencia y marginalidad, afecta el desarrollo regional, multiplicando los problemas urbanos, y puede convertirse en otro factor de conflicto que prolongue a las ciudades el enfrentamiento armado que caracteriza la historia del país desde mediados del siglo. La relación entre violencia, desplazamiento forzoso y el Trastorno por estrés Post traumático (PTSD), se evidencia en palabras de Palacio, 1999: “Colombia es un país que ha sufrido de violencia a lo largo de toda su historia. Esta violencia ha generado un sinnúmero de transformaciones en la vida de todos sus habitantes y una de estas transformaciones la vemos reflejada en las consecuencias psicológicas de las personas desplazadas. Dentro de esta población desplazada sin duda son los niños y los jóvenes los más afectados al lado de las mujeres y los ancianos. Este sufrimiento lo vemos reflejado generalmente en el miedo, las pesadillas, los pensamientos repetitivos sobre los hechos dolorosos, el deseo de huir de lo que nos recuerda los momentos difíciles, etc... y eso es lo que llamamos Estrés Post Traumático...”

El desplazamiento forzoso es por lo tanto (como se mencionó con anterioridad), una de las peores consecuencias que la violencia sociopolítica ha traído consigo. En este apartado se hablará de su definición (según la ley colombiana), de sus dinámicas, sus

interpretaciones, y (para efectos de la presente revisión teórica), de sus consecuencias en el ámbito psicológico de sus víctimas.

El desplazamiento, es el fenómeno social que presenta más complejidad en el planeta. En países como Ruanda, Burundi y el Zaire en África, se conjugan guerras tribales, masacres étnicas y golpes de Estado; el número de víctimas suma 90.000 personas, cifra inferior a la de los desplazados en Colombia que, según la Conferencia Episcopal Colombiana, en 1995 ya había censado entre 50.000 y 60.000 refugiados del campo, en todo el país (Suárez, 1998).

Colombia es el tercer país con mayor índice de desplazamiento interno en el mundo, después de Angola y Sudán, con 2,1 millones de personas que han dejado sus tierras y hogares. Así fue señalado en un reporte presentado en Washington por el Comité de Refugiados en Estados Unidos. Tan sólo en los primeros seis meses del año 2001, 315.000 personas han sido desplazadas por el conflicto (El Espectador, 2001).

Como personas en situación de desplazamiento se entenderá a toda aquella y/o grupo familiar forzado de emigrar en el interior del país, que dejan el lugar donde viven y trabajan, porque sus vidas o su integridad física, su seguridad y libertad personal han sido violadas o son amenazadas por uno o varios de los eventos mencionados posteriormente, causados por el hombre: conflicto armado interno, problemas y tensiones internas, violaciones en masa de los derechos humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario y otras circunstancias originadas por las situaciones anteriores que podrían alterar o alteran de una manera drástica el orden público (IIDH, 1993; citado por Palacio, 1999).

En el informe emitido por la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Organización de las Naciones Unidas ONU, 1998), se manifiesta que la población civil ha sido a menudo objeto de amenazas por parte de los combatientes en el conflicto, con el fin de que coopere con una de las partes y para disuadirlas de ello.

Las amenazas de muerte son generalmente el anuncio de que ataques contra la vida van a producirse y que conducen al desplazamiento y al exilio. Esta práctica masiva se ejerce en las zonas rurales, especialmente contra los miembros de la población, a fin de provocar la intimidación y el éxodo.

En zonas controladas por los grupos insurgentes es común la amenaza de tipo extorsivo, mediante la cual grupos armados piden colaboración en dinero o especie. Frecuentemente las amenazas tienen como fin o como consecuencia el desplazamiento de individuos o familias. Además, cuando las personas amenazadas no cumplen la exigencia, se incurren en masacres, asesinatos o con la expulsión de las zonas a las víctimas. La Oficina en Colombia constató el terror generalizado entre la población civil ante las masacres y ejecuciones selectivas, previa tortura de las víctimas, desapariciones, controles ilegales de identidad, de circulación y restricción del acceso a los alimentos y a los medicamentos cometidos por los grupos armados, hechos que está provocando desplazamientos masivos de población.

La utilización de estos métodos parece ser la modalidad elegida por estos grupos para sembrar el terror en regiones en las cuales se acusa a la población de ser “auxiliadores”. Es la población civil la destinataria preeminente de los instrumentos protectores del derecho humanitario. Pero ésta fue convertida en objetivo militar y agredida sin limitación alguna, pues pareciera que para los actores en conflicto todo en la guerra vale, aún el acudir al expediente de la muerte como recurso político en aras de la deslegitimización del enemigo.

La furia de la guerra no distingue, pero afecta directamente la vida de personas o de civiles inocentes no armados. Ellos también son expuestos a la violencia traumática que hace parte de la guerra, la cual se muestra de diferentes formas como tortura, amenazas a la vida de su familia, que son en efecto destrucción.

Cifras recientes recogidas por el Grupo Temático de Desplazamiento GTD, (2001), muestran las actuales circunstancias en las que se manifiesta el hecho del desplazamiento. Las causas de éste en el 2001, según la RSS (Red de Solidaridad Social), son: amenazas generalizadas (44%), enfrentamientos armados (15%), masacres (9%), amenazas específicas (5%), y tomas de municipios (3%). Las masacres son los actos de violencia que más población desplazan de una vez (con un promedio de 224 personas). Para CODHES, en el primer trimestre del 2001, 409 personas perecieron en homicidios colectivos durante 57 episodios de muerte. Aunque no hay datos específicos, evitar el reclutamiento del hijo (a), aparece como la causa relativamente habitual del desplazamiento forzoso.

Tanto la RSS y el CODHES, al presentar sus datos para el primer trimestre del 2001, se encontraron con que en los seis primeros meses se han desplazado 85.012 personas. Comparándola con el primer trimestre del 2000, se da un crecimiento del 64% en el número de personas y un crecimiento del 118% del número de eventos de desplazamiento. Las estimaciones de CODHES para el primer trimestre del 2001 arrojan un total de 91.166 personas desplazadas. Lo que supone un aumento de 34.210 personas, un 60% más que en el primer trimestre del 2000.

El 76% de la población desplazada llega a sólo siete departamentos: Antioquia, Bogotá, Magdalena, Bolívar, Valle del Cauca, Putumayo y Cauca. Otros departamentos de concentración de población desplazada son Sucre, Cesar, Santander y Meta. Una de las características más notables del periodo es el impacto sostenido del desplazamiento en la población afrocolombiana e indígena. El 38% de la población desplazada corresponde a grupos étnicos. Comparando lo ocurrido en el año 2000 y el primer trimestre del 2001, se observa que el impacto sobre las comunidades negras e indígenas ha aumentado en un 80%. Desde 1995 se han registrado 67.508 personas en Bogotá, Medellín, Calí y Cartagena, aunque se estima que puede haber muchas más (entre el

30% y el 50% del total de desplazados se encuentran en las grandes ciudades y sus alrededores).

En un contexto de mayor intensificación del desplazamiento, el impacto de éste en las grandes ciudades va a continuar aumentando. Ante la ausencia de posibilidades reales de retorno o reubicación, la mayoría de estas personas, generalmente dispersas en los barrios, desean quedarse en estos centros urbanos, mientras que sólo una minoría desea retornar. Dentro de esta población en situación de desplazamiento, cabe destacar la alta proporción de menores (54%) y de mujeres cabeza de hogar (33%). Mujeres y niños representan cerca del 80% de la población forzada a desplazarse en las grandes ciudades. En Cartagena y Calí existe una alta proporción de población en situación de desplazamiento afrocolombiana (GTD, 2001). Estas personas generalmente se encuentran dispersos en los barrios periféricos o marginales de las grandes ciudades, y su llegada ha producido la creación de barrios nuevos. En Bogotá, llegan a Ciudad Bolívar, Bosa, Kennedy, Rafael Uribe, Altos de Cazuca, San Cristóbal y Usme. Es característico que el desplazamiento se extienda a los municipios colindantes a estas ciudades como es el caso de Soacha (Bogotá), Bello e Itaguí (Medellín), Jamundí (Calí) y Turbaco (Cartagena) (GTD, 2001).

Otra evidencia de expansión territorial del desplazamiento forzado se observa en la tendencia al aumento del número de municipios afectados por este fenómeno en cada departamento, según se trate de municipios exclusivamente expulsores, exclusivamente de llegada, y de expulsión y llegada. Además, presenta un indicador que permite determinar si se han incrementado las zonas afectadas por el desplazamiento o si, por el contrario han disminuido (Red de Solidaridad Social, 2001)

En el caso específico de Bogotá, y según las cifras del CODHES (2001), para el primer semestre del año, llegaron a la ciudad 22.620 personas obligadas a desplazarse, 985

como consecuencia de la guerra sin cuartel y sin normas humanitarias que sigue su curso, aún en medio de diálogos, con algunos de los grupos insurgentes. Es decir, una parte del crecimiento demográfico de la ciudad es y ha sido atípico e influenciado por factores externos de violencia, pobreza, o imposición de modelos económicos y esta situación ha sido, mas o menos, desconocida por el Estado y sus formas de poder local, minimizada por una sociedad que acudió a la fórmula de la costumbre y ha estado ausente de las precarias formas de articulación política y representación democrática urbana.

En Bogotá subyacen 2 ciudades; una formal que crece de manera planificada, que orienta sus recursos al desarrollo y la modernidad, que recupera el espacio público y garantiza el transporte, que ofrece una cobertura de servicios públicos de acuerdo a una tasa de crecimiento contemplada para situaciones de normalidad y que asume como un tema complementario y circunstancial la existencia de algunas poblaciones “vulneradas y marginadas”; y otra ciudad real, que vive desde la lógica de la exclusión social, la subsistencia diaria, la economía informal, el desempleo, las rupturas socioculturales, la estigmatización, la violencia y el desplazamiento.

Uno de los problemas más graves para aquellos forzados a desplazarse quienes se encuentran asentados en grandes ciudades es la falta de empleo; ya sea resultado de la adversa situación económica, de la inadecuación de sus capacidades profesionales al tipo de actividad económica urbana, o a la discriminación que padecen. Por otro lado, casi no hay iniciativas para favorecer su inserción laboral, y es particularmente escasa la participación de las municipalidades en la búsqueda de soluciones dirigidas a ellos. Ante la carencia de suelo urbanizable accesible en las grandes ciudades y de oferta de vivienda de interés social, estas personas frecuentemente ocupan suelos no aptos para el desarrollo de vivienda, tales como zonas de alto riesgo geológico y zonas destinadas a

espacio público o equipamiento urbano. Existen en estos barrios marginales enormes necesidades no cubiertas (alcantarillado, agua potable, letrización, relleno). Adicionalmente, la población en esta situación ocupa sectores de la ciudad que ya cuentan con hacinamiento crítico por la oferta de cuartos o habitaciones en inquilinatos. Hasta ahora, el papel del Instituto Nacional de Vivienda de Interés Social y Reforma Urbana (INURBE) ha sido marginal y el tipo de apoyo existente en relación con la vivienda no ha sido claro para las personas en dicha situación.

En sus esfuerzos para encontrar soluciones a la precariedad en la que se encuentran, el Gobierno ha promovido el retorno de estas comunidades a sus lugares de origen. Sin embargo, a través de informaciones proporcionadas por diferentes organizaciones, así como por verificaciones hechas por la Oficina de Naciones Unidas, se ha podido constatar que esta solución se ha impulsado sin que se pudieran garantizar condiciones de seguridad mínimas y sin que hubieran desaparecido las causas que generaron el desplazamiento forzoso.

La razón por la cual, los proyectos de reubicación adelantados por el Gobierno no han surtido efecto, es debido a que un proceso de reubicación no puede ser trazado en abstracto, deberá responder a realidades personales y comunitarias de las personas desplazadas, (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR, 2000). La reubicación también estaría marcada por lo acontecido durante el periodo de atención de emergencia y de transición (la expulsión, el traslado, la desocupación y la crisis), y será éste el referente de la confianza o de la desconfianza entre las personas en situación de desplazamiento y las personas que atienden sus necesidades. Adicionalmente, todo proceso estará teñido por las particularidades de su entorno, es decir, por las características físicas y sociales del nuevo lugar de asentamiento, al igual que por la realidad económica circundante.

Dentro de las acciones legislativas del Gobierno en materia de desplazamiento, fue aprobada Ley No 387 del 18 de Julio de 1997, y el Decreto 2569 del 2000, que busca dar respuesta al grave problema suscitado por la migración forzosa de miles de colombianos. Esta ley creó un sistema nacional de atención a la población desplazada y estableció competencias institucionales y fuentes de financiación para atender el problema. A principios de 1998, el Gobierno adoptó un plan de acción, dentro del cual se destinan recursos, por valor de 40.000 millones de pesos, para tratar de mejorar la grave situación de la población desplazada y perfeccionar la coordinación institucional.

La ley 387 y el decreto 2569, básicamente lo que proponen es que al momento de que la persona en situación de desplazamiento sea inscrita dentro del Registro Único de personas Desplazadas, contará eventualmente con una ayuda humanitaria por espacio de tres meses, en la cual serán suplidas las necesidades básicas como alimentación, vivienda, salud y educación. Para que una persona quede inscrita en dicho registro, debe cumplir varios requisitos, entre los que se cuenta, el que rinda declaración con un plazo de un año desde el momento de la amenaza del desplazamiento, el que sean narrados los hechos de forma coherente, y que anteriormente no se halla dado declaración ante otra entidad.

Sin embargo, las políticas adoptadas no incluyen medidas en las cuales se traduzca el cumplimiento efectivo de los deberes estatales con respecto al desplazamiento y aquellos que se encuentren experimentándolo. La atención a estas personas es inadecuada, y la falta de coordinación entre las diversas entidades que se ocupan del problema hace ineficaz la mayor parte de sus actuaciones. Asimismo, se perciben graves deficiencias en las medidas gubernamentales destinadas a atender problemas como el retorno y la reubicación. También se observan fallas graves en lo que se refiere al otorgamiento de garantías y de protección especial a las personas en situación de

desplazamiento forzado por la violencia. El Gobierno colombiano ha invitado al ACNUR a cooperar en la búsqueda de soluciones (ONU, 1998).

Ante la ausencia de un método confiable y consolidado de censo para las víctimas del desplazamiento forzado y la carencia de instrumentos de seguimiento para verificar la superación de esta condición, los estimativos seguirán siendo sólo aproximados y generales. Sin embargo, es un hecho evidente que el desplazamiento tiene una magnitud grave, es creciente y no hay una respuesta proporcional en prevención, asistencia, protección y soluciones duraderas. Es en estos aspectos en los cuales la tragedia humanitaria de Colombia debe ser enfrentada y en donde los esfuerzos de análisis pueden ser más significativos (Bernal y Páramo, 2001).

Al observar el resultante de las situaciones que se derivan por violencia extrema y el desplazamiento forzoso que hoy en día se vive como una realidad en el mundo, y más específicamente en Colombia, se encuentra en una prevalencia del 4% el trastorno de estrés post traumático (PTSD).

Dicho trastorno, es entendido como la incapacidad para predecir y controlar un evento traumático, el cual puede ser evidenciado mediante síntomas tanto fisiológicos, cognoscitivos, emocionales como conductuales, los cuales persisten tres meses después de ocurrido el evento traumático (APA, 2000). Dentro de los síntomas fisiológicos, se encuentran las contracciones, parálisis, un alto nivel de cortisol en el plasma, el aumento de la tasa cardiaca, agitación y analgesia entre otros (Carlson, 1996).

En relación con los síntomas cognoscitivos, se encuentra la presencia de pesadillas, retroalimentación, reexperimentar el evento, amnesia psicógena, evitación, desapego, anticipación del futuro negativo, ideas obsesivas, miedo recurrente al trauma e hipervigilancia, amnesia selectiva o total y despersonalización (Laybow y Laue, 1993).

Los síntomas emocionales quedan evidenciables en el shock, la rabia, el temor, la desorientación, la baja autoestima, la apatía, la ansiedad, la depresión, el disgusto y la hostilidad entre otros (Cazabat, 2001).

Según los criterios del DSM IV (Manual Diagnóstico de Desórdenes Mentales), existen cinco categorías fundamentales para identificar este tipo de desorden:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

(1): La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

(2): La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intenso.

B. El acontecimiento traumático es re- experimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

(1): Recuerdos del acontecimientos recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

(2): Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

(3): El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático esta ocurriendo.

(4): Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan a un aspecto del acontecimiento traumático.

(5): Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

(1): Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

(2): Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

(3): Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

(4): Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

(5): Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

(6): Restricción de la vida afectiva

(7): Sensación de un futuro desolador.

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación, tal y como lo indican 2 (o más) de los siguientes síntomas:

(1): Dificultad para conciliar o mantener el sueño.

(2): Irritabilidad o ataques de ira.

(3): Dificultad para concentrarse.

(4): Hipervigilancia

(5): Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El estrés postraumático puede afectar a las personas que han tenido que atravesar por eventos traumáticos como terremotos, desastres en aviones, ataques terroristas, violencia interna, abuso doméstico, secuestro o rapto y genocidio. Es decir, eventos traumáticos producidos por el hombre y la naturaleza.

Como fue afirmado anteriormente, se puede hablar de PTSD cuando los síntomas persisten por más de tres meses, dichos síntomas, se presentan de la siguiente manera:

- a. Intrusión: Se caracterizan por la presencia importante de flashbacks recurrentes en sus vidas y por reexperimentación del trauma constantemente a través de sueños.
- b. Evitación: Los síntomas de evitación afectan las relaciones con los otros: estas personas evitan contacto emocional con sus familiares, colegas y amigos, se sienten aturdidos, disminuyen sus emociones y realizan actividades mecánicas y rutinarias.

Cuando se presenta una reexperimentación del evento, el individuo tiene dos alternativas: inundación de emociones causada por la reexperimentación y la inhabilidad por sentir o expresar emociones.

- c. Sobreactivación: Puede causar el efecto en los individuos de sentirse como si constantemente estuvieran bajo los efectos del trauma que ocasionó el trastorno. Frecuentemente, pueden presentar irritabilidad y son explosivos, incluso sin ningún estímulo que lo provoque. Estas personas, se encuentran constantemente recordando los eventos vividos por medio de pesadillas o terrores nocturnos, que a su vez pueden producir insomnio en los individuos. Se encuentran repetidamente amenazados por sentimientos de peligro cercano que generan reacciones “exageradas” (American Psychiatric Association, 1999).

Green (1982), plantea que es claro, que los eventos violentos constituyen un severo trauma. El incidente es caracterizado por un alto número de respuestas anormales asociadas con reacciones postraumáticas como significado de eventos impredecibles, exposición a señales grotescas y amenaza a la vida (Citado por Creamer, Burgess, Bunckingham y Pattison, 1993).

Tomando en cuenta la información que brinda Codhes (2000), en relación a los diversos datos recogidos entorno a las consecuencias que experimentan los adolescentes víctimas de la violencia extrema o el desplazamiento; y teniendo como base, que el estudio del trauma lleva a incursionar en los aspectos centrales tanto del poder político,

como las ideologías que recorren la sociedad (desde los casos de torturas, secuestros, toma de rehenes, veteranos de guerra, hasta las más íntimas situaciones de abuso sexual y la violencia doméstica); es decir, que las manifestaciones del trauma recorren horizontal y verticalmente la sociedad (Cazabat, 2001).

Se evidencia entonces, en relación con el artículo 38 de la Convención sobre los Derechos de los Niños que el desplazamiento forzado de la población civil en medio de la guerra irregular en Colombia es un fenómeno que adquiere mayor gravedad cuando afecta a niños, niñas y jóvenes que desde una condición alta de vulnerabilidad enfrentan situaciones de violencia y desarraigo que lesionan sus derechos, complican su presente y hacen más incierto su futuro.

En efecto, el actuar de manera violenta contra la población adolescente trae consigo innumerable e impredecibles consecuencias, que junto a la situación de desplazamiento ataca el entorno que lo envuelve y aquellos imaginarios que le brindan seguridad, generando tensión y fragmentación al interior de la familia y sociedad; como consecuencia, puede entonces afectarse en esta población y su entorno el comportamiento psicosocial, y por ende, su calidad de vida y desarrollo.

Dicha situaciones de violencia y desplazamiento son por sí mismas desencadenantes de alteraciones en el desarrollo psicosocial del adolescente, ya que como acertadamente lo refiere Ceballos (2001), “desde las perspectivas de los hechos y situaciones que provocan y de las condiciones de salida y de llegada, el desplazamiento representa para los menores no sólo rupturas sino continuidades que agravan el impacto psicosocial, las principales son la violencia y la pobreza. A la violencia intrafamiliar y política, se suma, con especial contundencia, la violencia social que en los contextos urbanos se identifica con la amenaza de violación, robos y atracos. Sobre los menores recae el peso de la violencia de sus hogares, la de los actores armados y la de los delincuentes comunes. En

consecuencia, el desplazamiento significa para muchos de ellos la sumatoria de nuevos miedos o la permuta de unos miedos por otros. En la pobreza también hay continuidad, se pasa de una pobreza rural caracterizada por la ausencia de servicios educativos y de salud a la pobreza urbana expresada en hambre y hacinamiento” (Pp 47).

Para mayor claridad, a la afirmación presentada a la alteración en el desarrollo del adolescente, y para entender el impacto traumático del estrés de la guerra en las mentes de los jóvenes, es de gran ayuda entender el desarrollo normal de las tareas de este grupo de edad; por tanto, se hace relevante traer a colación como el psicólogo Erikson (1963), refiere que en este periodo se presenta una crisis de identidad, frente a la cual se haría necesario contar con un mínimo soporte que le permita llegar a la autonomía, soporte que evidentemente se ve fracturado y viciado, por aquello a lo que se enfrenta el adolescente que ha sido víctima de la violencia y atraviesa por una situación de desplazamiento (Citado por Flannery y Raymond, 1988).

Asimismo, este autor refiere como el joven debe tomar su elección de carrera inicial, establecer un sentido de intimidad con otros adultos, atravesando totalmente el desarrollo de su sistema básico de valores, lo cual para esta población se ve troncado ya que no tiene claro en absoluto lo relacionado entorno a su situación actual, su escala de valores puede ser ambigua, incoherente o totalmente inexistente, puede ser atacada por insurgentes que llevan el mando con fusiles y que inculcan reglas con el miedo.

Otros autores como Bello y Ruiz (2001), evidencian como el conflicto armado se presenta como un riesgo y amenaza inminente contra la integridad de su familia y la propia, es la inminencia de la separación de las figuras que para los menores significan soporte y protección. Para otros, es más que amenaza porque sus figuras cercanas e íntimas de protección han sido asesinadas o desaparecidas, generando así en el adolescente la dificultad en ese “sentido de intimidad” referido por Erikson y

representando para el menor, de acuerdo con Ruiz (2001), la destrucción de su mundo, generando sentimientos de indefensión, impotencia, intensa rabia y dolor o deseos de venganza por los agravios y pérdidas.

La violencia y el desplazamiento, resultado del conflicto armado, se convierte en un ambiente de socialización que se caracteriza por arbitrariedad, represión, polarización y dogmatismo, un ambiente social que impide al adolescente poseer libertad de expresión y pensamiento, y aún mas, trunca la construcción y el desarrollo de su sistema básico de valores como personas autónomas y la posibilidad de discernir.

Desde luego, como lo afirma Ceballos (2001), estas situaciones estarán mediadas por las características de un entorno familiar particular que puede aportar protección o mayor vulnerabilidad. Teniendo en cuenta que la familia es el principal espacio de socialización de los menores, sus relaciones marcarán aquellos aspectos que se forman como marco a lo largo de su vida, de manera tal que de acuerdo a la calidad e intensidad de las relaciones afectivas brindadas se formaran recursos o carencias para enfrentar situaciones adversas.

Volviendo al énfasis realizado en el desarrollo psicosocial del adolescente, la primera tarea planteada por Erikson, como ya se relató, es hacer una entrada inicial en las labores de fuerza, definir su elección de carrera, entendiendo ésta como la escogencia de aquello en lo que se quiere desempeñar en su vida adulta. Existe un balance entre las necesidades individuales, las habilidades, los intereses y las necesidades de la sociedad en general. Encontrar ese balance adecua al individuo para continuar su crecimiento personal, para tomar una formación razonable y contribuir con el bien común. Contrarrestando esto, la socialización de niños y jóvenes en medio del conflicto cambia, ahora está atravesada por el miedo y/o admiración de los actores; la cotidianidad de la guerra en algunas regiones, hace que los jóvenes construyan imaginarios y formas de

relación mediada por los valores y símbolos propios de la guerra. Asimismo existen las “ventajas” inherentes a la juventud como el ímpetu, la rebeldía, la curiosidad, la seducción frente al riesgo que pueden ser canalizadas para el conflicto interno armado, y por tanto, elegir ser un militante o un actor armado se convierte en una elección de carrera realmente válida (Díaz, 2001).

Es tal la gravedad de la guerra irregular en Colombia como atentados a los derechos del niño, que teniendo en cuenta los datos arrojados entre 1985 y 1999, se encuentra que del total de menores involucrados de manera directa al conflicto armado, el 18% de estos niños ha matado por lo menos una vez; el 60% ha visto matar; el 78% ha visto cadáveres mutilados; el 25% ha visto secuestrar; el 13% ha secuestrado; el 18% ha visto torturar; el 40% ha disparado contra alguien alguna vez y el 28% ha sido herido.

Se evidencia la gravedad de la situación al presentar como estadísticas que a nivel mundial la mayoría de niños y jóvenes soldados menores de 15 años se encuentran en organizaciones militares irregulares y la mayoría de soldados entre los 16 y 18 años, son reclutados por las Fuerzas Armadas Estatales. Según la Defensoría del Pueblo de cada 10 combatientes 7 son menores de edad entre los 13 y los 17 años. Entre 1985 y 1999, han sido desplazadas aproximadamente 1.900.000, de los cuales 1.100.000, es decir el 58% son niños y jóvenes (Ruiz, 2001).

De cualquier forma todos los menores vinculados a un grupo armado, se ven obligados a dejar su condición de niño o adolescente, la posibilidad de disfrutar su infancia, los juegos, la educación, el compartir con la familia, el aprender de las labores propias del campo y de las tradiciones campesinas. Los menores vinculados al conflicto deben asumir una postura adulta a más temprana edad; en las zonas de conflicto en Colombia, a la infancia no se le está enseñando el valor de la vida. La infancia es receptora pasiva de rencores, de intolerancia, ausencia de solidaridad, ética y dignidad que los adultos

han acumulado durante varias generaciones. En estas circunstancias, se produce el rompimiento de los lazos afectivos con su entorno socio-espacial.

Como lo afirma Ceballos (2001), estas dramáticas cifras no reflejan la realidad a la que los menores se encuentran expuestos y mucho menos la implicación a nivel psicosocial que esta población enfrenta a causa del conflicto armado.

No es extraño ver en las filas de los distintos grupos armados, a jóvenes que desde edades muy tempranas se ven abocados a experiencias traumáticas y modos de vida que determinan su desarrollo bio-psicosocial y que condicionan su forma de relación y proyección hacia el futuro. En las zonas de mayor conflicto, el lenguaje, los juegos, la forma de relación de los jóvenes y la manera de conocer el mundo están ligadas a los símbolos de la guerra.

La situación se torna dramática para los menores que han sido forzados a desplazarse en la medida en que se han visto enfrentados a situaciones de bombardeo, torturas y desapariciones de algún familiar o amigo cercano, ya que dichas acciones generan una profunda huella emocional que perdura a lo largo de su vida. Los niños (as) y jóvenes han aprendido a no jugar, y en lugar de ello, han interiorizado estrategias, tácticas y discursos para “justificar” la violencia.

Las consecuencias sociales y emocionales que dejan en los menores la situación de desplazamiento la estructura que fundamenta la vida personal, familiar y social sufre un fuerte impacto de desestructuración. Sumado a esto, los niños y jóvenes deben enfrentar situaciones precarias a nivel socio-económico y emocional.

Esta participación en la guerra por lo general, es resultado de un pago económico mínimo, de una identificación con hombres grandes armados y fuertes como figuras

para imitar, de venganzas por hechos violentos previos a los que han sido expuesto los menores.

La construcción social de un niño o joven se hace a través de la relación que tiene con el otro, con su familia, con sus vecinos, con sus pares y con los valores que son socialmente construidos por las costumbres y la cultura; todos estos aspectos, son modificados, influidos, trastocados y tergiversados por el conflicto armado. Cuando hay actores armados en un territorio, todo cambia, las relaciones están permeadas por el miedo y la desconfianza, que se constituyen a su vez, en los elementos más importantes en la ruptura de las redes sociales (Ceballos, 2001).

Según un estudio realizado por la facultad de derecho, Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional "la crítica situación que afronta la red familiar como consecuencia del conflicto armado y del desplazamiento genera una sobrecarga emocional en los padres o adultos responsables de la crianza de los niños, que afecta tanto a los adultos como a los menores, lo que da origen a dificultades en la relación de unos con otros, donde el maltrato a los menores se intensifica si existía, o surge como consecuencia del desplazamiento o del evento desencadenante del conflicto armado".

Camargo (1995), nos brinda el significado que se le ha otorgado desde la visión de la psicología, más precisamente la psicología del desarrollo, al concepto de adolescencia, el cual ha sido empleado para designar aquella etapa de la vida o desarrollo humano ubicada entre la niñez y la madurez adulta. Esta palabra viene del verbo latino "adolescere" que significa crecer, hacerse mayor, llegar a la edad adulta. El periodo de edad comprendido para la presente categoría se presenta desde los 12 hasta los 18 años, aunque los límites actualmente se tornen algo brozosos.

Al revés de lo que sucedía durante la niñez, el adolescente canaliza sus sentimientos y afectos hacia fuera de la casa, hacia los compañeros y adultos, es decir, hacia cuantas personas se interesen por él, sean sensibles para sus problemas y comprensivos con su

conducta. Estos sentimientos, además de proporcionarles seguridad personal y confianza en sí mismo, desencadenan en él una serie de asociaciones que van a demostrarse en su comportamiento y en la búsqueda de sentido social.

Tal búsqueda de equilibrio psicoemocional, de armonía interior y de adaptación a las exigencias de la vida adulta, tanto en el ámbito de la conducta como en lo económico y social, es un periodo de cambios muchos más lentos que terminan cuando el joven se siente plenamente integrado, completamente independiente sin necesidad del apoyo emocional de otras personas, sin rechazar su propio pasado, con una nueva valoración de su futuro, y una maduración de su forma de pensar (Fernández, 2000).

Partiendo de la premisa que los menores adquieren simplemente como si fueran inmodificables los significados que los adultos tienen y han adquirido y que, sin duda, los procesos a través de los cuales los menores se constituyen como adultos, son abiertos y flexibles.

Todos los procesos cognoscitivos implican la ubicación de la persona en el mundo, y una construcción de sentidos que están mediados por las relaciones que se establecen, como las familiares, religiosas, sociales, etc. Para poder hablar de construcción social del conocimiento, hay que ubicar a los menores en un contexto social e histórico determinado que en este caso es el del conflicto interno armado y la violencia. Para esto se identificaron los siguientes aspectos que constituyen una visión del desarrollo psicosocial:

1. Es en la coordinación de las propias acciones y valoraciones, con las que tienen los demás, que los menores llegan a la construcciones de habilidades cognoscitivas.
2. El intercambio social que se da en las relaciones, permite a los menores adquirir habilidades que fortalezcan su autonomía.

3. Las relaciones sociales, más específicamente la interacción social, es la fuente para el progreso cognoscitivo, por los conflictos socio- cognoscitivos que genera al enfrentarse con las acciones y valoraciones de los demás.

4. Las reglas sociales, las normas de convivencia, etc, que regulan las interacciones de las que hacen parte los menores, se constituyen también en un factor importante a partir del cual se construyen habilidades y conocimiento social (Rebolledo, 2001).

Frente a la situación emocional que el conflicto armado implica, hay variabilidad en la percepción que algunos jóvenes pueden hacer: por un lado, se acepta esta forma de vida como una manera legítima y válida de tener relaciones humanas, pero, por otro lado, coarta iniciativas, posibilidades, lo cual frustra un desarrollo cuya expectativa, en muchas ocasiones, está centrada en una <<mejor forma de vida>> que no encuentra eco en esta forma de relación, esto lleva a los jóvenes a sentirse tristes, frustrados, con desesperanza y una pobre percepción de su propio estima. Los jóvenes vinculados al conflicto armado como combatientes, se caracterizan por mostrar dificultades para establecer lazos afectivos fuera de las personas pertenecientes a su grupo, para ejercer de manera autónoma sus propias decisiones y asumir de manera independiente su vida.

Finalmente, los adultos jóvenes necesitan el desarrollo de sus propias guías de líneas éticas, las cuales deben asimilarse y aprenderse al interior de la casa, la escuela y la iglesia. En parte, los adultos jóvenes también deben incorporar valores aprendidos de los eventos de la vida personal y de la interacción con sus profesores, mentores, y todas las personas que conforman su comunidad. La simulación de esos valores, proveen unos pensamientos iniciales en su mente que se van formando como parte de su propia significancia (Flannery y Raymond, 1998).

En cuanto al movimiento hacia la independencia la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1988), afirma que el adolescente busca un sentido de identidad mas propio y cohesivo, examinar sus experiencias internas, lograr las habilidades de

pensar, las consecuencias de sus ideas, exhiben un aumento en la habilidad para posponer la gratificación o satisfacción personal, búsqueda del aumento en la estabilidad emocional, aumento en su preocupación por los otros y en su autoeficacia y permiten que las amistades sigan siendo importantes y ocupen el lugar apropiado entre todos sus intereses.

Cada adolescente joven debe establecer algunas bases para su cuidado. La intimidad hace referencia, no sólo a la parte sexual, sino a otros aspectos importantes de sus relaciones interpersonales, como confiar en otros, compartir y ayudar a otros. Es durante este periodo que se hacen algunas selecciones para compartir su vida íntima con alguien más. No sólo es importante hacer una buena elección, sino que también toman importancia los recursos para cuidar a otras personas, como lo son los hijos y las personas que conforman su comunidad.

La sexualidad, la moralidad, los valores y la dirección propia del adolescente se basa en sentimientos de amor y pasión, desarrollo de relaciones más serias, firme sentido de identidad sexual, aumento en la capacidad para sentir amor, tierno y sensual, mayor capacidad para establecer sus propias metas, interés en el razonamiento moral y la capacidad para hacer uso de su intuición.

Según Herrera (1998), la adolescencia, por ser un periodo crítico sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social del adolescente, así como también en el marco familiar en el que éste se desenvuelve, se considera como un periodo de riesgo en el cual pueden darse las bases para la aparición de síntomas y enfermedades, así como también las alteraciones en la personalidad.

Al poner de manifiesto las diferentes consecuencias que se derivan de las experiencias traumáticas y del efecto del conflicto interno armado en el desarrollo psicosocial del adolescente, se evidencia como una realidad, la importancia de realizar una revisión teórica en torno al PTSD, y más específicamente a los predictores, factores

de riesgo y de protección, que frente a éste trastorno pueden presentar los individuos, ya que como lo afirma la APA (1980), el trauma resultante de experiencias de combate, tiene resultados psicológicos más severos que los desastres naturales (Citado por Creamer, Burgess, Bunckingham y Pattison, 1993).

Baro (1989), describió al trauma psíquico, social y psicosocial como la generalización de una disfunción que se particulariza en el individuo por medio de experiencias extremas que le genera incapacidad para lograr ser, marca y determina los procesos históricos de la sociedad y establece una relación simbiótica entre individuo y sociedad, que retroalimenta su incapacidad para el desarrollo (Citado por Arias y Bohórquez, 1999).

El trauma implica un acontecimiento vital del sujeto frente al cual él está inerme y su capacidad de respuesta es precaria por su intensidad, su carácter sorpresivo y por el exceso al que es expuesto. Se relaciona con un choque ligado a sentimientos emocionales con impresiones duraderas. El exceso y lo abrupto del acto al que es sometido el sujeto, le imposibilita una elaboración psíquica y un control adecuado, lo cual hace que esa vivencia traumática deje huellas duraderas generalmente patológicas, en el psiquismo humano (Díaz, 2001).

Estudios realizados en los Estados Unidos desde 1950 y posteriormente en Europa y Japón resaltan la importancia de diferenciar los efectos psicológicos entre un evento traumático producido por un desastre natural y un evento traumático producido por el hombre. La diferencia fundamental es que los desordenes naturales se encuentran fuera del control y predictibilidad para los individuos (Baum, Fleming y Singer, 1983, citado por Eranen y Liebkind, 1993). Además, según las investigaciones realizadas, los datos estadísticos evidencian que el 2% de los individuos generan PTSD después de desastres naturales, el 28% después de un episodio terrorista y el 29% después de un accidente de aeroplano (National Institute of Mental Health, 2001).

La emergencia del estrés postraumático es un serio problema clínico que está afectando a algunos soldados combatientes y requiriendo de especial investigación, siendo éste el paso de partida para estudios con veteranos de guerra. En algunos tiempos se hizo referencia acerca del “shock” o las memorias traumáticas de la guerra, valoradas desde su modelo médico describen una conducta crónica, a la cual hoy en día desde la psicología se habla del trastorno de estrés postraumático. En estos soldados combatientes se notaba la presencia recurrente de memorias intrusivas, pesadillas, irritabilidad, respuestas de activación exagerada y depresión.

La ocurrencia de estos problemas toma mayor fuerza al encontrarse en militares hombres y mujeres, los cuales eran adolescentes, quienes crecieron en un ambiente familiar alcohólico y disfuncional.

Los estudios han arrojado que entre el 10 y 30% de los combatientes en la guerra pueden desarrollar el trastorno de estrés postraumático como resultado del tiempo de participación en dicha guerra. La guerra es un cinturón que no sólo hace parte de malos sentimientos, sino que además forma parte de posteriores daños en nuestra mente (Flannery y Raymond, 1998).

Al realizar investigaciones en torno a los daños psicológicos que se generan en los individuos que viven al interior de la guerra se deben tener en cuenta los principales predictores, es decir, aquellas características del medio externo que influyen en la posibilidad de desarrollar un PTSD frente a un evento traumático.

Con relación a los principales predictores, Cazabat (2001), afirma que se han hallado 2 factores destacados:

1. La historia previa de traumas en el individuo: es así que quien ha sufrido otros traumas a lo largo de su vida, está más predispuesto a desarrollar un PTSD.

2. Las reacciones disociativas durante e inmediatamente después del hecho traumático. Son aquellos individuos que reaccionan predominantemente con embotamiento emocional, o experimentando el hecho traumático como si le estuviera ocurriendo a otro, no sintiendo dolor, o percibiéndose a sí mismo como desde fuera de su cuerpo.

El evento traumático puede ser experimentado directamente por el individuo, por observación, o por tener conocimiento acerca del trauma que afecta a un pariente cercano a o un amigo. El que los adolescentes desarrollen PTSD depende de una combinación de su historia previa, la severidad del evento traumático y la cantidad de exposición (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001). Así mismo, se debe tomar en cuenta que en los jóvenes existen otros factores como son la forma en que perciben la respuesta de sus padres, de la cantidad de muerte y destrucción que se halla presentado durante y después del desastre, y de la cercanía de la catástrofe a su familia. Si un amigo o familiar a muerto o ha sido seriamente herido, si ha habido daños importantes en su colegio o en su casa hay más posibilidad que tenga dificultades (Soutullo,2001).

Investigaciones acerca del holocausto demostraron que los principales predictores de la relación entre este fenómeno y la salud mental de los individuos, es el estatus funcional, el estatus socioeconómico, los recursos sociales y la disminución de la integración social. Al respecto, Harel (1984), encontró que el predictor más importante está asociado con la interacción social y las actividades de soporte social.

Otras investigaciones encontraron que el soporte dado por las relaciones familiares, los compañeros de trabajo y los amigos decrementan o incrementan las respuestas a las experiencias de estrés o a las enfermedades (Dean y Lin, 1977).

Reconocer que la forma en que la persona percibe las habilidades sociales y los recursos de respuesta frente a los eventos estresantes de la vida, va a determinar la salud mental de los mismos (Ben-Sira, 1985 y Burchifield, Hamilton y Benks, 1982). Es decir, que las actividades sociales pueden reducir los síntomas que tienden a incrementar los niveles de estrés (Cohen, Wills, 1985; Krause, 1987). La importancia de este soporte social, más que las actividades en sí, es la reducción de los sentimientos de desolación y proporción de ayuda para la resolución de sus necesidades (Deam, 1986; Holahan y Moos, 1985).

Es importante tener en cuenta el soporte social que tiene el individuo, o la necesidad de crearlo, para incrementar las posibles respuestas necesarias de afrontamiento (Noelker y Harel, 1983; Citados por Wilson y Raphael, 1993).

Horowitz en 1993, y Socrence en el mismo año resaltan la importancia, en cuanto a la evaluación clínica del estrés postraumático se refiere, de conocer las características preexistentes de respuesta en la personalidad del individuo, así como una comparación con las respuestas típicas representativas de la población. En cuanto a la comprensión y percepción de la conducta individual, es importante el conocimiento del contexto familiar de donde emerge el individuo (citado por Wilson y Raphael, 1993).

Identificar el trauma, lo más temprano posible, cuáles son los factores de riesgo en el desarrollo de un PTSD, es decir, aquellos factores inherentes a la persona que incrementan la posibilidad de generar un trastorno psicológico frente a un evento, toma vital importancia. Factores de riesgo tales como vulnerabilidad [que opera a nivel cognitivo y emocional y que no se manifiesta en el nivel social hasta que el estrés surja, (Buen Día y Mira, 1993)], características de los estresores, así como las características individuales de respuesta del individuo, deben ser tenido en cuenta igualmente (Shalv y cols, 1994, citado por American Journal of Psychiatric, 1996).

Esto puede ser más claro, tomando en cuenta tres grupos para la clasificación de la vulnerabilidad en PTSD y los factores que desarrollan este trastorno a saber:

Características del trauma y exposiciones al mismo (proximidad al trauma, intensidad y duración)

Características del individuo [experiencias anteriores al trauma, historia familiar, enfermedades psiquiátricas anteriores, el género al que pertenece el individuo (las mujeres tienen mayor riesgo y oportunidad para acceder al trauma)].

Factores después del trauma (soporte social, evitación, sobreexcitación y reexperimentación de los síntomas) (National Institute of Mental Health, 2001).

La intensidad de la respuesta subjetiva, contribuye al desarrollo, rápido o lento del PTSD y de sus dimensiones. Dos respuestas específicas a este trastorno, son la presencia de tempranos síntomas disociativos durante la experiencia del evento, y los síntomas de intrusión experimentados durante los primeros días después del trauma (Grewn et al, 1995, citado por The American Journal of Psychiatric, 1996).

En relación con la situación de desplazamiento a la cual se enfrentan los adolescentes, se puede afirmar que existen factores de vulnerabilidad específicos durante el proceso del conflicto armado y en el desplazamiento se presenta la salida como huida y opción de vida. Como plantea Castaño (1994), la decisión se toma "... cuando ya ha invertido gran parte de sus recursos psicológicos resistiendo la situación de violencia que se vive en su región (...). Estos y otros hechos producen en las víctimas, que posteriormente se ven obligadas a desplazarse, un severo impacto emocional, el cual, por lo general, no es asimilado y elaborado lo suficientemente en esos momentos por el aparato psicológico afectado". La forma como se afronta la salida es de suma importancia, muchos consideran que éste es el momento más difícil

por el miedo y el sentimiento de desprotección que se padece. En todo caso, la salida queda marcada por las pérdidas, el abandono de los amigos, los muertos, las cosas, los lugares, los animales, etc.

Sin embargo, para la mayoría de los jóvenes el desplazamiento continúa con los esfuerzos que exige el complicado proceso de reinserción. En este periodo se viven situaciones diversas que pueden contribuir a la reconstrucción de la estabilidad de los menores o, por el contrario, a acentuar y agravar su situación de riesgo y vulnerabilidad. Entre otros muchos factores se debe tener en cuenta que si el punto de llegada es lejano y distinto los menores tendrán que enfrentarse a cambios bruscos en precarias condiciones. En contextos muy diferenciados las familias experimentan una sensación de extrañeza que aumenta la inseguridad y el temor porque carecen de recursos para enfrentarlos. De igual manera, la diferencia se puede ver marcada según si se tiene una red social e institucional adversa o de apoyo. La red social e institucional hace referencia a las ofertas que encuentra la familia y en particular el menor, a partir de la gestión comunitaria y/o institucional. Se refiere también a factores del ambiente social que pueden favorecer la participación en actividades de integración, comunicación y solidaridad. La oferta institucional gubernamental y no gubernamental, en consecuencia, es de vital importancia; en la mayoría de los casos es la única alternativa de acogimiento y supervivencia. Hay que insistir la escuela, pues, no sólo constituye un factor estabilizador para la familia, sino un espacio de relación y protección fundamental para los menores (Bello, 2001).

Rachel Yehuda, (sfp), afirma que los factores de riesgo incluyen traumas anteriores, abusos en la niñez y una historia familiar de patologías como el alcoholismo y la drogadicción, así como una elevada secreción de cortisol y adrenalina en momentos de estrés. El mismo autor plantea que la solución al PTSD podrían disminuirse en factores de riesgo, al disminuir los niveles de cortisona (Citado por Psychology today, 1997).

Al igual, las desventajas sociales, el neurotismo y la predisposición genética incrementa la viabilidad de generar un PTSD al exponerse a eventos adversos de la vida (Fergusson, 1987 y Kendler, 1993, citado por The American Journal of Psychiatry, 1995).

Algunos estudios examinan que eventos estresantes de la vida, tales como problemas financieros, maritales y enfermedades en la familia tienen menor probabilidad de desarrollar un PTSD; y por el contrario, eventos como catástrofe, episodios violentos, muertes impredecibles, tienen mayor probabilidad de producir éste desorden. La calidad de vida, así como el estrato socioeconómico son factores que aumentan la posibilidad de enfrentarse a la presencia de un PTSD (Mcfarlane, 1957 y Tsuang, 1985, citado por The American Journal of Psychiatry, 1995).

Sin embargo, otros autores afirman que el estímulo en sí, no puede clasificarse como un factor de riesgo predominante, ya que según las características personales, el PTSD puede desarrollarse, ya sea por enfrentarse a un divorcio, o bien por un acontecimiento de violencia (Breslau, 1991, citado por The American Journal of Psychiatry, 1995).

Arias y Bohórquez (1999), definen el riesgo psicosocial como la pérdida de la capacidad, en forma individual y/o colectiva, para lograr bienestar psicológico y social, lo que implica bloqueo o deterioro en el desarrollo personal, familiar y comunitario. De tal manera, se puede observar en las personas o en los grupos, bloqueo en las reacciones espontáneas, en las relaciones interpersonales y limitación en las actitudes de afianzamiento, afirmación y apropiación de una propuesta de vida, que incapacita para la generación y participación de procesos de desarrollo.

Neninger (1999), realizó una investigación acerca de los principales factores de riesgos psicológicos y sociales en el adolescente, resaltando este periodo crítico para los individuos, y el cual se encuentra caracterizado por constantes cambios tanto en el

desarrollo físico y psicológico del adolescente, así como también en el marco familiar y social en el que se desenvuelve, sobre todo, teniendo en cuenta los niveles de violencia que actualmente debe enfrentar, y del cual puede ser víctima. Al respecto publicó que dentro de los factores psicosociales de riesgo en la adolescencia se encuentran:

Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas: dentro de ellas se destacan la necesidad de autoafirmación, de independencia, de relación íntima y personal y la aceptación por parte del grupo (Bozhovich, 1976).

Patrones inadecuados de educación y crianza, dentro de los cuales se encuentran la *sobreprotección*, la cual se puede manifestar de manera ansiosa o autoritariamente, provocando así rebeldía y desobediencia, o por lo contrario, creando sentimientos de culpa. El *autoritarismo*, por su parte, limita la necesidad de independencia del adolescente y mutila el libre desarrollo de la personalidad, dando como resultado generalmente conductas de rebeldía y enfrentamientos con la figura autoritaria y pérdida de la comunicación con los padres. La *agresión*, es considerada tanto física como verbalmente, y tiene como consecuencias menoscabar la integridad del adolescente, su auto imagen y dificulta en gran medida la comunicación familiar. Por su parte, la *permissividad*, es vista como una tendencia educativa propicia para la aparición de conductas inadecuadas como consecuencia de la falta de límites claros. Y por último dentro de los patrones de crianza inadecuados, se encuentra la autoridad dividida la cual no permite claridad en las normas y reglas de comportamiento, provocando así la desmoralización de las figuras familiares responsables de la educación.

Pertenencia a grupos antisociales: Este factor, como bien lo expresa su autor, tiene como causa fundamental la satisfacción de la necesidad de autoafirmación y la necesidad de seguimiento del código grupal. Por lo general, cuando los adolescentes no

encuentran una vía adecuada de autoafirmación tratan de buscarla en este tipo de grupo donde fácilmente la encuentran, con el reconocimiento grupal ante la imitación de sus patrones inadecuados.

La promiscuidad: Este factor social no sólo puede ser motivo de embarazos precoces y no deseados y de enfermedad de transmisión sexual, sino también de una autovaloración y autoestima negativa que pueden “deformar” la personalidad del adolescente.

Abandono escolar y laboral: Este factor genera que el adolescente se desvincule de la sociedad y no encuentra la posibilidad de una autoafirmación positiva. El abandono escolar y laboral disminuye las posibilidades de comprobar las destrezas para enfrentar los problemas y asumir responsabilidades por parte del individuo (Larson, 1988).

Ambiente frustrante: Este factor se observa cuando el adolescente no encuentra adecuadas manifestaciones de afecto, por ejemplo cuando hay censura inmotivada y frecuente hacia el individuo, cuando se reciben constantes amenazas, castigo e intromisiones en su vida privada y cuando se aprecia un desentendimiento y alejamiento de las problemáticas que presenta (Arce, 1995).

Sexualidad mal orientada: Este factor hace referencia específicamente a la presencia de prejuicios en relación con los temas sexuales. Es ahí precisamente donde la comunicación se restringe y el adolescente requiere salir a encontrar las explicaciones y los vacíos en el tema, no siempre de la forma y con la fuente ideal, conllevando generalmente a la desinformación y la formación de sus propias respuestas, posiblemente no las más aptas.

Berk (1995), plantea que las características generadas en la adolescencia tales como conflictos con padres, disminución del tiempo empleado en situaciones familiares, la

importancia de organizarse en grupos y de utilizar estereotipos, incrementa la dificultad en el establecimiento de adecuados patrones de crianza por parte de sus familiares.

Gelles y Straus (1979), plantean que existen ciertas características que hacen potencialmente violentas a las familias, lo cual se convierte en uno de los principales riesgos psicosociales en el desarrollo del adolescente.

Dentro de estas características se encuentran la *intensidad de la relación*, que se presenta cuando los miembros de una familia se encuentran estrechamente ligados; el *conflicto de intereses*; el *alto nivel de estrés*, producto de cambios continuos en la estructura familiar; y la *socialización dentro de la violencia*, que se da a partir de los patrones de crianza, aprendiendo a asociar amor con violencia (Citado por Arias y Bohórquez, 1999).

Al relacionar los factores de riesgo con una situación específica como es el desplazamiento, se debe tomar en cuenta que a pesar de las diferencias es posible afirmar que los menores que están en las peores condiciones son aquellos que: provienen de familias con alto nivel de conflictividad y violencia, proceden de comunidades fragmentadas, conflictivas y aisladas, provienen de un contexto en disputa, presenciaron hechos violentos y estos afectaron directamente a familiares y amigos, perdieron miembros de su familia o vecindad, permanecieron por más tiempo expuestos al hostigamiento y al miedo, se desplazaron familiarmente y con la familia incompleta, ingresaron a un contexto lejano y distinto, ingresaron a un contexto de alta conflictividad y riesgo, encontraron adversidad y rechazo en el contexto de llegada, y, no encuentran apoyos ni ofertas institucionales, especialmente en alimentación, salud y educación (Ceballos, 2001).

Como lo afirma Bello y otros autores (2001), “los niños y jóvenes desplazados, en su mayoría de origen campesino y despojados por la fuerza de muchos de los elementos que les confieren identidad, deben aprender a sobrevivir en medio de la sociedad de

consumo de las grandes ciudades, con todas sus atracciones y espejismos, casi siempre inalcanzables para ellos. El consumo significa, además de la satisfacción de un deseo, la posibilidad de acceder a espacios de reconocimiento grupal; por lo tanto, no consumir puede en ocasiones convertirse en otra forma de exclusión social. En el contexto del desplazamiento el consumo no se limita a objetos y bienes, si no a servicios como la luz, el teléfono, el agua, la escuela, el transporte, los cuales en el campo, a diferencia de la ciudad, no figura como condición para “sobrevivir”. Sobrevivir ante una sociedad de consumo frente a la cual no pueden responder, debe ser mirado a la luz de esta investigación como un factor de riesgo predominante. Si el dolor y las pérdidas se viven en silencio, si no consiguen saber y comprender “harán consigo mismos lo que antes hicieron con ellos: destruir sistemáticamente su dignidad, manipular sus sentimientos, condenarse al mutismo o al aislamiento y arruinar finalmente tanto su cuerpo como su alma” (Miller,1995 citado por Bello 2001).

Otro de los factores de mayor relevancia y reconocimiento en este campo se relaciona con los mecanismos de afrontamiento. Dichos mecanismos se deben desarrollar en torno a la amplificación de las ideas, las emociones, las defensas, el afrontamiento y las respuestas interaccionales del individuo, repuestas que no son consistentes a través del tiempo, sino que varían después de un evento traumático específico (Horowitz,1993).

Dichos mecanismos de afrontamiento, son definidos como los elementos y/o capacidades, internos o externos, con los que cuenta la persona para hacer frente a la demanda de la situación potencialmente estresante, pueden ser clasificados en: *físico-biológicos*, que incluyen todos los elementos del entorno físico de la persona; *psicológico-sociales*, que van desde la capacidad intelectual de la persona hasta su sentido de autoestima, nivel de independencia o autonomía y sentido de control; *culturales*, los cuales tienen que ver con las creencias de la persona y los procesos de

atribución causal; y *sociales*, los cuales incluyen la red social del individuo y sus sistemas de apoyo social (Lazarus y Folkman, 1986). Así mismo, estas estrategias de afrontamiento juegan un papel muy importante en el mantenimiento y rango del malestar psicológico y la psicopatología durante la infancia y la adolescencia (Langley y Jones, 2000). La presencia de los mecanismos de afrontamiento van a permitirle a la persona generar una respuesta, lo más adaptativa posible, frente a un evento traumático. Una respuesta normal frente a un evento traumático, según Aronson (1986), presenta las siguientes fases: protesta, negación, intrusión, aceptación o asimilación, y terminación; sin embargo, estas fases pueden convertirse en respuesta patológica, cuando del evento traumático pasa directamente a ser bloqueado, cuando hay un estancamiento en la parte de protesta, cuando la persona evidencia respuesta de pánico o desgaste. De igual forma, cuando de la fase de negación se pasa a una respuesta de extrema evitación que se convierte en patológica. Cuando de la fase de aceptación o asimilación se pasa a una respuesta psicósomática, o de distorsión del carácter, se genera igualmente patología (Citado por Horwitz, 1993). Es decir, cuando hay algún desorden en la aparición de las fases.

Al revisar las teorías generales del afrontamiento, no se puede hacer menos que resaltar los mecanismos o respuestas de afrontamiento encontrados por Lazarus y Folkman (1986), quienes refieren básicamente cinco:

En primer lugar, se encuentran las acciones observables y un tipo de afrontamiento paliativo definido como acomodaticio (en este caso la situación estresante es aceptada y las acciones se orientan a la reducción de los sentimientos de malestar). Al referirse a las respuestas de afrontamiento según el foco en el que se centran se plantean básicamente dos: la regulación de la emoción causadas por el malestar (afrontamiento centrado en la emoción) y el manejo del problema que está causando el malestar (afrontamiento centrado en el problema).

En segundo lugar, se encuentran dos categorías centrales para comprender el afrontamiento: aproximación y evitación.

En tercer lugar, se encuentra el afrontamiento comportamental y el cognoscitivo, en este último, se emplean estrategias tales como minimización, distracción, reestructuración y consideración de consecuencias. Las estrategias de afrontamiento comportamental, implican un intento de tomar una decisión y cambiar la situación problemática, llevando a cabo conductas que la persona supone adecuadas para ello (solución de problemas, acción directa, retirada o escape, búsqueda de apoyo social y conductas alternativas).

En un cuarto lugar, están las respuestas que se emiten de acuerdo al momento de la situación: anticipatorias y restaurativas. Y por último, se encuentran las respuestas de acuerdo a la amplitud o grado de generalidad de las mismas y las cuales pueden ser clasificadas en: generales-globales y específicas.

Otra forma de aproximarnos al problema del trauma y su relación con los mecanismos de afrontamiento, especialmente en condiciones de extrema violencia, es resaltar estudios que indican que en la mayoría de las personas, más específicamente en las jóvenes que se encuentran expuestas constantemente a extrema violencia, tienden a afrontar la situación habituándose a la misma (McWhirter, 1987). Poniendo esto de manifiesto que lo anormal en relación a la violencia se convierte en normal y comienza a ser aceptado como parte de la vida. Asimismo, informan que los resultados indican que para aquellas personas que perciben la violencia como característica local, tienen problemas menos serios al tener un soporte social establecido. De igual manera negar el real nivel de violencia al cual se encuentra expuesto el individuo, convirtiendo la percepción de ésta de menor nivel, es una forma de afrontamiento (Wilson y Cairns, 1993).

En estos casos se ha encontrado que, aproximadamente la mitad de los sujetos que presentan esta sintomatología, suele resolverse espontáneamente en el lapso de los tres primeros meses. El resto, requieren de atención psicoterapéutica para su resolución. Es decir, que cuanto más temprana la intervención, más rápida su resolución.

Los datos obtenidos en el estudio realizado en la UCLA (University of California) en 1997, en adolescentes expuestos a muertes, muestra que eventos catastróficos que no tuvieron tratamiento empeoraron considerablemente los síntomas. Además, si la intervención tarda mucho tiempo, el paciente estructura su vida en torno a los síntomas, alterando las actividades sociales, interpersonales y laborales, por lo que la recuperación es más lenta y dificultosa (Vietnam Veterans Ministres, 2000).

Langley y Jones (2000), estudiando los efectos del afrontamiento, la eficacia y las estrategias como predictores en las personas que se han visto expuestas a desastres, afirmaron que se puede llegar a identificar a los niños y a los adolescentes como aquellos que son más vulnerables para desarrollar síntomas de sus experiencias traumáticas. Estas variables pueden llegar a ser una vía de clarificación de las relaciones entre los factores previos y la aparición de los síntomas. En una investigación realizada con adolescentes en la Florida, por estos mismos autores y en el mismo año se encontró que, los participantes adolescentes reportan que usan las estrategias distractoras de afrontamiento más frecuentemente, seguidas por una evitación de afrontamiento, un afrontamiento activo y un afrontamiento de apoyo o de sostenimiento. Los resultados encontrados arrojaron que las estrategias distractoras de afrontamiento se encuentran categorizadas entre un poco y algunas veces; y las estrategias de evitación y enfrentamiento activo como un poco. En contraste, las estrategias de soporte o apoyo se encuentran entre no todas y un poco.

Al ingresar dentro de estos factores de afrontamiento se puede observar que paradójicamente existen factores protectores para los adolescentes en situación de

desplazamiento como pueden ser cuando: proceden de un contexto violento e ingresan a uno seguro, proceden de una comunidad aislada, fragmentada y conflictiva e ingresan a una comunidad organizada y solidaria, cuando proceden de un lugar sin espacios, ni ofertas de atención, educación y socialización y encuentran una red comunitaria y social que le permite desempeñar roles propios de su edad en condiciones adecuadas, y cuando la familia logra mantenerse unida (Bello, 2001).

Como acertadamente lo refiere Gorshy (2002), en resumen, el desarrollo del trastorno de estrés postraumático depende de ciertos factores de riesgo y protectores como lo son: la frecuencia del trauma en la población, las características propias del trauma, la preparación que tenga la población para el afrontamiento y el entendimiento de los eventos desencadenantes del trauma, las características de la personalidad previa, la naturaleza del soporte que tenga la población luego de la situación traumática, así como la atmósfera ante la cual deben enfrentarse luego de pasado el evento traumático.

En cuanto a las consecuencias que trae el PTSD en los adolescentes y los niños, esta misma autora afirma que en una investigación realizada en 1996, se encontró que la adolescencia media es el periodo en que mayores cambios se dan y que un PTSD puede producir dificultades en el desarrollo o regresiones a etapas ya superadas y que el peor peligro es el uso de sustancias psicoactivas que genera aun mas problemas para dicho adolescente.

Al haber realizado una revisión en torno a los factores de predisposición y de riesgo, y los mecanismos de afrontamiento que influyen en la posibilidad de generar un PTSD frente a un evento traumático, es importante tener en cuenta brevemente, aspectos relacionados con la recuperación al trauma.

Con relación a esto, Herrman (psiquiatra de Harvard) (sfp), señala tres etapas o pasos a seguir para la recuperación del trauma: adquirir la sensación de seguridad; recordar los

detalles del trauma; y lamentar la pérdida que ha provocado, y finalmente volver a hacer una vida normal. El primero, implica encontrar formas de aliviar los circuitos emocionales que ocasionan demasiados temores y que se activan con demasiada facilidad para permitir un reaprendizaje. Asimismo, ayudar a los pacientes a recuperar cierto sentido de control sobre lo que está ocurriendo, un desaprendizaje directo de la lección de impotencia impartida por el trauma. En este punto, la medicación ofrece una forma de restaurar en los pacientes la noción de que no tienen porque estar bajo los efectos de las alarmas emocionales que los invaden con ansiedad inexplicable.

El segundo, – recordar los detalles del trauma- se obtiene permitiendo al circuito emocional adquirir una comprensión nueva y más realista, y una respuesta al recuerdo traumático y sus elementos activadores. Por último, en el tercer paso, el duelo que se produce sirve a un propósito fundamental: señala la posibilidad de despojarse del trauma en sí mismo (Citado por Goleman, 1996). El tratamiento conductual, se enfoca en corregir el dolor e incluir patrones de conducta y pensamientos por medio de técnicas que permitan examinar los procesos mentales que causan los síntomas (Vietnam Veterans Ministres, 2000).

Al centrar esta investigación en una población específica, siendo dicha población los adolescentes, se debe tener en cuenta en el momento de intervención que la violencia, o exponerse a la violencia tanto en niños como en adolescentes es lo que más concierne a los padres, educadores y en general a todas las personas que estudian dicha situación. Como lo afirma Fingerhut, Ingram y Feldman (1992); Richters y Martínez (1993); Schubiner, Schott y Tzelepis (1993), la violencia y la exposición a la violencia son experiencias relativamente comunes en los niños y los adolescentes; no se debe perder de vista que debido a la situación en que vivimos hoy en día, es tan mínimo el potencial de los efectos de la violencia, que la exposición a la misma, se ha vuelto normal

como parte de las relaciones interpersonales o comunitarias incluyendo la escuela de los jóvenes, sin significar esto que no se generen resultados colaterales como daños en el desarrollo psico-social de dichos individuos y que erradamente sea visto como normal.

Al respecto, investigaciones escandinavas reportan que los síntomas productos de eventos postraumáticos se presentan después de muchos años en particular cuando se trata de individuos jóvenes (Velde, Falger, Hovens, Groen, Lasschuit, Duijini, Schoutn, 1993), lo que alerta a las personas que trabajan en la intervención para generar programas de prevención ante tales eventos y sus futuras consecuencias.

Investigaciones recientes publicadas por la APA (2002), han examinado la relación entre el PTSD y la exposición de la violencia en niños y adolescentes como focos de conflicto de violencia en ataques de francotiradores y secuestradores. Estos estudios han reportado que los niños que han sido víctimas de la violencia son más diagnosticados o presentan más síntomas asociados con PTSD que aquellos quienes no han sido víctimas de la violencia. Por su parte, Richters y Martínez (1993), examinaron los efectos de las comunidades de violencia crónica en relación con la sintomatología de PTSD en los niños de primaria, y encontraron que los resultados eran similares a los examinados en los casos de actos violentos.

Para concluir la investigación propuesta anteriormente, los resultados arrojaron que las medidas de depresión, ideación suicida y PTSD en adolescentes quienes han tenido frecuente exposición a eventos violentos, experimentan altos niveles de depresión, y recurrentemente tienen pensamientos suicidas y tienen mayor sintomatología asociado con PTSD. Así mismo, moderados niveles de exposición a la violencia pueden ser el resultado de altos niveles de ideación suicida y de sintomatología asociada con el trastorno (Mazza, J, 1996).

Otras investigaciones que intentan explicar el tema han examinado que la exposición a la violencia es asociada con problemas de salud mental tales como depresión, ideación suicida y PTSD, la mayoría de estas investigaciones han concluido que los niños obtienen mayor prevalencia de dichos problemas que los adolescentes (Reinols, 1992 y Mazza, 1994, citado por Journal of abnormal child psychology, 1999).

Sin embargo, el adolescente puede llegar a sentir culpa por el fracaso para prevenir lesiones o pérdidas, pueden presentar fantasías de venganza que interfieren en el reestablecimiento de su trauma. Algunos jóvenes son más vulnerables al trauma que otros. Aquellos que presentan vacíos en sus relaciones familiares tienen un mayor riesgo de llevar a cabo un reestablecimiento de su vida cotidiana más pobre que aquellos que no presentan dicho déficit (Mental Health Chanel, 2002).

Arias y Bohórquez (1999), plantean que los principales síndromes o reacciones colectivas de aquellas personas que experimentan violencia extrema, en especial a causa del desplazamiento forzado interno, se manifiestan en cuatro trastornos básicamente:

1. Depresión: Este trastorno es el considerado el más frecuente en personas que se tienen que ver enfrentados a situaciones extremas de violencia como lo es el desplazamiento interno en Colombia, y el cual generalmente es el resultado de pérdidas familiares o de seres queridos, dificultades económicas y laborales. Los síntomas específicos que acompañan este trastorno hacen referencia a la tristeza y desgano, la disminución del interés e incapacidad para disfrutar de las cosas, la dificultad para dormir, la pérdida del apetito, la disminución del interés sexual, el sentimiento de culpa, la dificultad para concentrarse, el sentir que se vale poco, las ideas de muerte y el cansancio o decaimiento físico.

2. Angustia o ansiedad: Este trastorno generalmente se presenta conjuntamente con la ansiedad. “En la vida cotidiana el nerviosismo puede resultar funcional, pero cuando produce temor intenso, sufrimiento y dificulta el buen desempeño del individuo en su vida familiar, social y laboral, debe considerársele como patológico”.

Se encuentra acompañado de manifestaciones frecuentes de nerviosismo, preocupaciones o dificultad para la concentración, intranquilidad, temblor en las manos, dolor de cabeza, mareos, sudoración, dificultades en el sueño, pérdida del apetito, palpitaciones y pulso rápido, molestias digestivas y falta de aire y respiración rápida.

3. Psicosis: Uno de los trastornos más graves y menos comunes en la población. Se presenta bajo las manifestaciones de alucinaciones (auditivas, táctiles, visuales), delirios (creencias o ideas que son totalmente falsas y absurdas), conducta de comportamiento extraño, extravagante y que no corresponde a la realidad, enojo con facilidad, hablar solo, encerrarse en la casa, no querer ver a nadie, decir cosas sin sentido, descuido de aspecto personal, falta de apetito y problemas en el sueño entre otros.

4. Miedo: El temor proviene de los actos de guerra los cuales se ven reflejados en la violencia, amenazas, homicidios, pérdidas materiales, abusos sexuales, torturas o desapariciones; y generalmente se encuentra acompañado de nerviosismo, dificultades para dormir, tristeza y enojo, sueños y recuerdos desagradables y negación de los hechos traumáticos.

5. Duelo y pérdidas: Son la consecuencia de separación de la pareja, de los padres, pérdida del trabajo y de la vivienda. Se observa tristeza, dolor, nerviosismo, sentimientos constante de enfermedad, pesadillas y sueño irregular, anorexia y resentimiento, cólera e impotencia.

En un estudio realizado por el Ministerio de Salud en la República de Colombia (1999), donde su objetivo principal se enfocó en la atención psicosocial de población en situación de desplazamiento causada por la violencia en este país, plantearon que la

perspectiva psicosocial de los proyectos de intervención, deben lograr la estabilización emocional de los individuos elevando los niveles de autoestima, el autoreconocimiento como ser social, las potencialidades, las habilidades de comunicación, lo que permite desarrollar relaciones tolerantes y pacíficas con la familia, con el medio y con la comunidad, tanto a la que pertenece como la receptora. Estas relaciones deben proyectarse hacia la generación de espacios de concertación de la comunidad con otras comunidades y entidades con el fin lograr mejores condiciones de vida y posibilidades de desarrollo (Citado por Palacio, 1999).

Las diferentes investigaciones hacen referencia al papel de los padres, profesores y profesionales de la salud mental dentro del tratamiento en niños y adolescentes, como ayuda a esta población para el reestablecimiento. Por ejemplo, en la investigación del National Institute of Mental Health (2001), se encontró que después de la violencia o los desastres ocurridos, la familia, es la primera línea de recurso de ayuda: por ello los padres y adultos deben:

Explicar el episodio de violencia o desastres tan claro como sea posible.

Animar al niño y adolescente a expresar sus sentimientos y escuchar lo que está pasando sin hacer juicios de valor, sin obligarlo a hablar antes de tiempo acerca del evento traumático.

Hacerle entender al joven que los eventos ocurridos no son su culpa.

Animar al niño y/o adolescente a percibirse en control. Permitirle al niño y/o adolescente a tomar sus propias decisiones.

Es necesario darle tiempo al niño y/o adolescente para hablar y expresarse acerca del evento traumático.

Animar al niño y/o adolescente a desarrollar habilidades de afrontamiento y resolución de problemas y a manejar métodos para el manejo de ansiedad.

En conclusión, el concepto de trauma, su diagnóstico, mecanismos de acción y tratamiento está en plena evolución. La aplicación de estudios complementarios de alta tecnología, tales como las tomografías por emisión de positrones permitirán ir conociendo con mayor precisión los mecanismos fisiológicos implicados. El estudio del trauma complejo promete ser uno de los campos de desarrollos más importantes en los próximos años. El avance de los tratamientos tradicionales y el desarrollo de nuevos abordajes es permanente. Todos estos y otros muchos avances en este campo permitirán mitigar, al menos en la parte que esté al alcance de los clínicos, así como de quienes formulan las políticas de salud el sufrimiento humano (Cazabat, 2001).

Al concluir la revisión de los diferentes planteamientos teóricos que se encuentran en torno al contexto por el cual atraviesa la población colombiana, que trae como una de sus principales consecuencias la situación de desplazamiento forzoso desencadenante en el desarrollo de diferentes trastornos psicológicos, siendo el preponderado el estrés postraumático, y al revisar su relación con los factores de riesgo, vulnerabilidad, protección y afrontamiento, tomando como principal foco de interés la población adolescente; se plantea para motivos de la presente investigación el siguiente problema teniendo como pregunta básica: ¿Cuál es la relación entre los niveles de severidad en los síntomas del trastorno de estrés postraumático, la percepción de red de apoyo y las estrategias de afrontamiento en la población adolescente en situación de desplazamiento?

Con el fin de encontrar resultados que permitan dar respuesta a la pregunta planteada por la presente investigación se toma en consideración como Objetivo General: Establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento, la percepción de red de

apoyo y el nivel de severidad en los síntomas de estrés post traumático, en la población de adolescentes desplazados. Y como objetivos específicos:

1. Evaluar las estrategias de afrontamiento en la población adolescente en situación de desplazamiento.
2. Determinar la percepción de la red de apoyo social formal e informal en la población adolescente en situación de desplazamiento forzoso.
3. Establecer la relación entre la fuente de exposición al evento traumático y el nivel de deterioro en el funcionamiento y la clasificación de la severidad en los síntomas de Estrés Postraumático en la población adolescente en situación de desplazamiento forzoso.

Para llevar a cabo el cumplimiento a cabalidad de cada uno de los objetivos propuestos se realizó una clarificación de las variables a trabajar, siendo tomadas como principales las siguientes:

1. Trastorno de estrés postraumático: Trastorno por ansiedad, que se desarrolla en respuesta, trauma psicológico o físico, extremo. La caracterización esencial del trastorno es la aparición de síntomas propios que siguen a la exposición ante un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, en los que el individuo percibe peligro o amenazas reales contra su integridad física y/o psicológica.
2. Estrategias de afrontamiento: Son entendidas de acuerdo con la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (Frydenberg y Lewis, 2000) de manera empírica mediante el análisis factorial de:
 - A. Buscar apoyo social: Estrategia que consiste en una inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo en su resolución.
 - B. Concentrarse en resolver el problema: Es una estrategia dirigida a resolver el problema que implica el estudio sistemático y analítico de los diferentes puntos de vista u opciones.

- C. Esforzarse y tener éxito: Describe compromiso, ambición y dedicación.
- D. Preocuparse: Se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro en términos generales o, más en concreto, preocupación por la felicidad futura.
- E. Invertir en amigos íntimos: Se refiere a la búsqueda de relaciones personales íntimas.
- F. Buscar pertenencia: Indica la preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás en general y, más concretamente, preocupación por lo que los otros piensan.
- G. Hacerse ilusiones: Es la estrategia expresada por elementos basados en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva.
- H. La estrategia de falta de afrontamiento: Consiste en elementos que reflejan la incapacidad personal para tratar del problema y el desarrollo de síntomas psicósomáticos.
- I. Reducción de la tensión: Se caracteriza por elementos que reflejan un intento de sentirse mejor y relajar la tensión.
- J. Acción social: Se refiere al hecho de dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades.
- K. Ignorar el problema: Es la estrategia de rechazar conscientemente la existencia del problema.
- L. Autoinculparse: Indica que ciertos sujetos se ven como responsables de los problemas o preocupaciones que tienen.
- M. Reservarlo para sí: Es la estrategia expresada por elementos que reflejan que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas.
- N. Buscar apoyo espiritual: Se trata de elementos que reflejan el empleo de la oración y la creencia en la ayuda de un líder o de Dios.

O. Fijarse en lo positivo: Es la estrategia que trata de buscar atentamente el aspecto positivo de la situación. Incluye el ver el lado bueno de las cosas y considerarse afortunado.

P. Buscar ayuda profesional: Es la estrategia consistente en buscar la opinión de profesionales, de maestros u otros consejeros.

Q. Buscar diversiones relajantes: Se caracteriza por elementos que describen actividades de ocio como leer o pintar.

R. Distracción Física: Se trata de elementos que se refieren a hacer deporte, mantenerse en forma, etc.

3. Percepción de Red de Apoyo Social: Hace referencia a la percepción que tiene un individuo de su sistema de conversación/ acción orientado hacia el intercambio de apoyo social. Una red es considerada como un sistema de apoyo a través de los procesos de participación en la reflexión, análisis y resolución de problemas, a través del apoyo mutuo, mediante los procesos de solidaridad y como alternativa compartida para gestar vías de solución acordes con las características del grupo o la comunidad y que promueven soluciones saludables para cada uno de los miembros y para la colectividad como conjunto.

Dentro de las denominadas redes de apoyo social, se encuentran la red formal (vivienda educación, salud- necesidades básicas), y la red informal (amigos, vecinos, y personas que conforman su entorno de interacción).

Al haber realizado una clarificación de variables y objetivos en la presente investigación se plantearon como posibles premisas resultantes las siguientes hipótesis:

1. Existe una relación inversamente proporcional en la cual a mayor puntuación en las estrategias de afrontamiento menor nivel de severidad en los síntomas de estrés post traumático en la población adolescente.

2. Existe una relación inversamente proporcional donde a mayor percepción de red de apoyo social, menor nivel de severidad en los síntomas de estrés post traumático en la población adolescente.

MÉTODO

Tipo de diseño: El término diseño hace referencia a la estrategia concebida para responder las preguntas de investigación, el cual se llevó a cabo básicamente dentro de un estudio de tipo descriptivo correlacional. Los estudios descriptivos tienen como fin especificar propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986, citado por Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

En un estudio descriptivo se seleccionan diferentes elementos midiendo cada uno de ellos independientemente con la intención de describir lo que se investiga. Es decir, éstos miden de manera independiente los conceptos o variables a los que hacen referencia.

En los estudios descriptivos se busca fundamentalmente definir que variables medir y cómo lograr la mayor precisión posible en los elementos que están siendo medidos dentro de dicho estudio. Es importante tener en cuenta, por su parte, que las investigaciones descriptivas requieren un conocimiento considerable del área que se está investigando con el fin de conocer la manera más asertiva de formular preguntas que den razón a lo que se busca responder. Aunque el estudio descriptivo, en sus inicios no fue diseñado para ofrecer la posibilidad de una predictibilidad, pueden presentarse, sin embargo, alguna de ellas aunque éstas se observen rudimentariamente.

Participantes: 50 jóvenes adolescentes con edades entre 12 y 18 años, de sexo femenino y masculino, con nivel escolar de primaria como mínimo; quienes hallan sido víctimas de desplazamiento forzoso a causa del conflicto interno armado en Colombia,

por un tiempo no menor a 6 meses y que actualmente se encuentren viviendo en la ciudad de Bogotá.

Materiales e instrumentos:

1) Escala de percepción de Red de Apoyo: Hace referencia a un formato de auto reporte estructurado, que consiste básicamente en datos de identificación y una serie de items entorno a la disponibilidad de apoyo social, tanto formal como informal, y la percepción de ésta. En ella se pretende medir la calidad, la cantidad de las redes y el nivel satisfactorio de la misma.

Con el fin de medir la cantidad de la red, se utilizaron preguntas de tipo binomial, las cuales hacen referencia a si el joven tiene o no acceso a la red. Para medir la calidad se utilizaron item tipo frecuencia en los cuales se tiene como opción de respuesta las veces de acceso a la red. En este auto reporte se mide el nivel de satisfacción frente a la red basándose en las escalas de tipo Likert de 5 puntos: 1. Totalmente Satisfecho; 2. Satisfecho; 3. Indiferente; 4. Insatisfecho; 5. Totalmente insatisfecho.

La confiabilidad y fiabilidad de este autoreporte fue obtenido mediante de una aplicación de una prueba piloto (Apéndice G), la cual fue aplicada a 30 jóvenes entre los 12 y 18 años de edad con un nivel socio económico de medio bajo y quienes no reportaban trauma. Con el fin de establecer la consistencia de los constructos se utilizó la función estadística de Kuder Richarson, la cual arrojó como resultado 0.64, lo que indica que los items propuestos _evalúan consistentemente constructos equivalentes.

2) Escala de diagnóstico de desorden de estrés postraumático: “PDS”. Desarrollada por Edna Foa en 1995. Es una escala de auto reporte diseñada para adultos entre 18 y 65 años de edad, y con un nivel escolar de mínimo octavo grado. Consta de 49 items, los cuales incluyen la identificación del evento traumático vivido por el sujeto, el tiempo en el cual se presentó el mismo, los criterios diagnósticos del DSMIV, la duración de los problemas reportados y la influencia de éstos en las diferentes áreas de la vida de las

personas. La calificación se realiza en una escala de tipo Likert, donde los criterios oscilan de “0” (nunca o solo una vez), hasta “3” (cinco o mas veces a la semana/ la mayoría de las veces).

Es un instrumento que ha sido utilizado en diferentes investigaciones, es de aplicación rápida y en la práctica clínica permite realizar un diagnóstico eficaz. Su confiabilidad es de 74; su consistencia interna es de 82 y la especificidad es de 77 (FOA, 1995 citado por Plata, S; Trujillo, M; Valdivieso, C, 1998). Su validez fue determinada comparando el diagnóstico realizado por medio del PSD con la entrevista clínica estructurada para el DSMIII-R, dando como resultado un coeficiente de 59.

Ante la ausencia de una escala adecuada para la población adolescente, fue necesario realizar una aplicación de una prueba piloto de la Escala de Diagnóstico de Estrés Postraumático (FOA) con 30 jóvenes entre los 12 y 18 años y simultáneamente con 30 adultos entre los 18 y 65 años de edad, estando ambos grupos en ausencia del trauma psicológico con el fin de validarla para la población adolescente.

Al realizar una correlación entre los datos arrojados en la aplicación de dicha Escala a los dos grupos muestrales, se utilizó la Prueba Estadística de *t* Students, para evaluar la significación en los resultados, es decir, que la prueba discrimine en la población adolescente aquellos que tienen trauma y aquellos que no lo presentan.

La prueba estadística de *t* de Students arrojó como resultado un puntaje de 0.52 lo que significa que existen diferencias significativas entre los resultados arrojados, traduciendo esto en la validación de la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) para ser aplicada en población adolescente.

3) ACS: Escala de afrontamiento para adolescentes: (Frydenberg y Lewis, 2000): Esta escala es procedente The Australian Council For Educational Research LTD, cuya

adaptación española fue realizada por Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos, TEA ediciones S.A. Su aplicación puede ser tanto a nivel individual como colectiva, para adolescentes entre los 12 y los 18 años con una duración de 10 a 15 minutos cada forma, la cual consta de 16 puntuaciones en distintas estrategias de afrontamiento. La finalidad de esta prueba es realizar una evaluación de las estrategias de afrontamiento por medio de un manual, cuestionario, hoja de respuestas y perfil.

El ACS es un inventario de auto informe compuesto de 80 elementos, 79 de tipo cerrado y uno final abierto, que permite evaluar con fiabilidad 18 estrategias de afrontamiento diferentes que se han identificado conceptual y empíricamente. Los 79 elementos cerrados se puntúan mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos: 1. No me ocurre nunca o no lo hago; 2. Me ocurre o lo hago raras veces; 3. Me ocurre o lo hago algunas veces; 4. Me ocurre o lo hago a menudo; 5. Me ocurre o lo hago con frecuencia.

Las 18 estrategias de afrontamiento presentadas por esta escala, se distribuyen en 3 grupos que son: el afrontamiento dirigido a la resolución del el problema, afrontamiento en relación con los demás y afrontamiento improductivo, tenido cada grupo 6 estrategias de afrontamiento perteneciente a él.

Procedimiento: En un primer momento se aplicó dentro de la muestra seleccionada, el cuestionario de datos personales (Apéndice A), para de esta forma, cumplir con los objetivos que guían la presente investigación, donde se encuentra la caracterización de dicha muestra en términos de edad, género, escolaridad, procedencia, tiempo transcurrido en la condición de desplazamiento, estado de ánimo posterior al desplazamiento, y demás variables relevantes dentro de la identificación de la población objetivo de la presente investigación.

Posteriormente, se procedió a aplicar la Escala de Desorden de Estrés Postraumático, desarrollada por Edna Foa, con el fin de conocer, la fuente de exposición al evento traumático, el nivel de severidad, la intensidad y duración de los síntomas, y la influencia de éstos en las diferentes áreas de la vida de las personas.

Luego de recoger esta información, se aplicó la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS), con el fin de evaluar las estrategias más frecuentemente utilizadas por los jóvenes; así como cuales de éstas deberían ser fomentadas en la población en futuras intervenciones; y dar inicio al proceso comprensivo respecto a la relación existente entre el trastorno de estrés postraumático y las formas en que se afrontan determinadas situaciones estresoras en las vidas de estas personas.

Para complementar la información previamente recogida, se realizó una entrevista personalizada que evaluó la percepción en términos de cantidad y calidad encontradas dentro de las redes de apoyo sociales de las que dispongan la población, teniendo en cuenta el nivel de satisfacción en las dos dimensiones planteadas. Así mismo, se realizó una Caracterización de la población adolescente en situación de desplazamiento, en términos de género, edad, nivel educativo, procedencia, fuente y tiempo transcurrido desde el desplazamiento forzoso.

Esta información, cerrará el círculo establecido entre trastorno por estrés postraumático, estrategias de afrontamiento y percepción de red de apoyo social, permitiendo conocer qué tan significativa es la relación entre estas tres variables, lo que se traducirá a futuro, como el primer acercamiento a las variables que juegan un papel importante, en el ajuste psicológico deseado para el retorno a la funcionalidad de las personas, sujetos de esta investigación.

RESULTADOS

En la presente investigación se empleó una muestra de 50 adolescentes en situación de desplazamiento forzado, atendidos a través del Programa de atención psicosocial, que es desarrollado por la dirección de Doctrina y Protección de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá. Del total de la población valorada 28 fueron hombres y 22 mujeres entre los 12 y 18 años de edad, con un nivel de escolaridad de tercero de primaria a once grado. La condición de desplazamiento va desde los 6 meses hasta los cinco años obedeciendo a situaciones de amenaza (56%), amenaza de reclutamiento (28%), asesinato (10%), atentado (2%) y reclutamiento (2%) (un 2% de la población valorada no conoce el motivo de su desplazamiento) (Ver Figura 1). En cuanto a los departamentos expulsores de estos jóvenes, se encuentra que el más frecuente es el Tolima (22%), seguido de Meta (14%), Huila y Chocó con el mismo porcentaje (12%); Cundinamarca y Caquetá (10%), Santander (8%) y por último Caldas (6%) (Figura 2).

Estos jóvenes actualmente se encuentran ubicados en las poblaciones de Usme, Bosa, Ciudad Bolívar, Suba, Santa fe, Engativá y Puente Aranda en Bogotá (Ver Figura 3).

ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LOS DATOS ARROJADOS POR LA ESCALA DE DIAGNÓSTICO DE DESORDEN DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (FOA)

Para facilitar la lectura y comprensión de los resultados obtenidos por la presente Escala usted podrá encontrar un glosario (Apéndice I) acerca de los términos que a continuación se exponen.

Descripción cuantitativa

Para realizar una descripción de los datos arrojados por la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (Apéndice A y C), se tomó en cuenta el tipo de evento reportado por la población (Ver Figura 4) y su relación en cuanto el nivel de deterioro en el funcionamiento (Figura 6) y el nivel de severidad en los síntomas (Ver Figura 5 y 7), sin embargo, para facilitar la comprensión y lectura de estos resultados en el presente apartado se encuentran únicamente aquellos datos significativos (Apéndice C).

El principal evento reportado por los adolescentes hace referencia al *conflicto armado interno* con un 60% (31 jóvenes), el cual se distribuye así: un 14% de nivel de deterioro en el funcionamiento leve, un 20% de moderado, un 22% de severo y un 4% de no reportado. Respecto a la clasificación del nivel de severidad en los síntomas, el conflicto interno armado fue reportado como leve por 4 jóvenes, moderado por 13, de moderado a severo por 11 y severo por 3 de éstos.

Dentro de la distribución del reporte realizado por los jóvenes, la *muerte de un ser querido* se encuentra como el evento de menor significación para ellos con un 2%, el cual presenta un nivel de deterioro del funcionamiento y una clasificación del nivel de severidad en los síntomas de leve.

Descripción cualitativa

Al realizar una interpretación cualitativa de los resultados obtenidos por la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA), en las observaciones registradas por los evaluadores y los reportes esporádicos de estos jóvenes acerca de su situación de desplazamiento forzado, ésta arrojó que no necesariamente los adolescentes se encuentran afectados en la posibilidad de cumplir con éxito sus actividades básicas

cotidianas, sino que por el contrario, se evidencia un cambio en las actividades que ejercían anterior al desplazamiento, y las que tienen que desempeñar en estos momentos en la ciudad de Bogotá. Por ejemplo, se encuentra un nivel de deterioro en el funcionamiento en el área del trabajo; no indicando esto la imposibilidad para trabajar, sino el inconveniente que el desplazamiento generó en el acceso a lugares de trabajo, siendo la misma correspondencia para cada una de las áreas del funcionamiento evaluadas (trabajo, estudio, relaciones con sus amigos, tareas y deberes en el hogar, relación con sus familiares, actividades de diversión o de ocio, estudio, vida sexual, satisfacción en general con la vida y nivel general de funcionamiento en todas las áreas de su vida). Sin embargo, como excepción a esta afirmación se encontró que en los casos reportados de asalto sexual, ya sea por extraño o por conocido, el deterioro en el área de la vida sexual sí tiene una relación directamente proporcional con su capacidad de funcionamiento.

Por otra parte, a pesar que se encuentran como eventos traumáticos 10 categorías diferentes (combate, asesinato, asalto no sexual por extraño, asalto no sexual por conocido, asalto sexual por extraño, asalto sexual por conocido, tortura, reclusión, accidente y muerte de un ser querido como son denominados por la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático), todos los adolescentes evaluados han estado expuestos a un contexto de conflicto armado interno y ataques. Sin embargo, reportan como motivo traumático categorías diferentes al conflicto interno, debido a que han generado mayor influencia negativa en sus vidas, llevando esto a ubicarlo simplemente como el contexto dentro del cual se desarrolla el evento traumático que reportan.

Al observar los resultados arrojados por cada uno de los criterios diagnósticos planteados por el DSMIV (Pág. 33), se encontró un alto porcentaje de cumplimiento de dichos criterios distribuyéndose así: un 98% para el criterio A (Exposición), un 100%

para el criterio B (Reexperimentación), un 82% para el criterio C (Evitación), un 94% para el criterio D (Activación), un 90% para el E (Duración) y un 92% en el criterio F (Deterioro del funcionamiento) (Ver Figura 9). Lo anterior lleva a plantear dos cosas básicamente: la primera que no existe una relación inversamente proporcional entre la percepción de red de apoyo social de estos jóvenes con el nivel de severidad de los síntomas de PTSD, ni siquiera respecto al criterio C, el cual ha sido puntuado en menor porcentaje por los adolescentes. Lo anterior, se infiere, obedece a que dicho criterio corresponde a conductas evitativas que estos jóvenes realizan para huir o escapar de actividades, lugares, personas y cosas que puedan llegarle a recordar su evento traumático, conducta que en si situación de desplazamiento ha sido resuelta en su mayor parte. La segunda cosa a plantear es que, aunque la clasificación en el nivel de severidad de los síntomas puede presentarse como leve, ya que esta Escala obedece a un autoreporte; el alto porcentaje en el cumplimiento de estos criterios diagnósticos, evidencia la relevancia de realizar una pronta y adecuada intervención en el trastorno de estrés postraumático desarrollado por estos adolescentes en situación de desplazamiento forzado.

ANALISIS DESCRIPTIVOS DE LOS DATOS ARROJADOS POR LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE RED DE APOYO SOCIAL PARA ADOLESCENTES

Descripción cuantitativa

Para la descripción de los datos arrojados (Apéndice C por esta prueba, se dividió en dos áreas específicas: el área de red formal y el área de red informal.

Asimismo, estas áreas fueron calificadas de acuerdo con tres categorías: La cantidad, la cual hace referencia a la presencia o no de esta red; la calidad, referida a la frecuencia con la que los jóvenes acceden a ésta; y por último, el nivel de satisfacción que se puntúa en términos de satisfacción positiva o negativa, teniendo en cuenta que los datos

de puntuación ajustada se ubican en un rango de 50 a 250. Lo anterior se pone en evidencia cuando aquellos datos que se encuentran por encima del puntaje de 150, los jóvenes muestran una actitud positiva, es decir, perciben a su red con un nivel de satisfacción y aquellos puntajes que se encuentran por debajo de 150 dan cuenta de una actitud negativa, en otras palabras, perciben un nivel de insatisfacción.

El área de red formal- a su vez es subdividida en 7 subcategorías a saber: En la subcategoría *deportiva*, se encontró una posibilidad de acceso correspondiente al 96%; de éste, un 48% accedió una vez a la semana en el último mes, un 20% de 2 a 4 veces por semana, un 24% lo hizo con una frecuencia de 5 o más veces a la semana y un 8% reportó no haberlo hecho en el último mes (Figura 16 y 19).

En relación con el nivel de satisfacción, se encontró un puntaje ajustado de 186 lo cual se ubica dentro de una actitud positiva ante la percepción de esta red de apoyo (Figura 28).

La subcategoría correspondiente a la *recreación* mostró que un 70% tiene acceso a ella, distribuyendo su frecuencia de asistencia en el último mes en una vez a la semana con un 44%, de 2 a 4 veces por semana con un 22%, 5 o más veces a la semana con un 14% y nunca, con un 8% (Ver Figura 18 y 24). El nivel de satisfacción de esta subcategoría se encuentra representado por un puntaje ajustado de 180, lo cual lo ubica dentro de una actitud positiva ante la percepción de dicha red (Figura 28).

En una tercera subcategoría denominada como *académica* fue necesario hacer una distinción en cuanto a la existencia o no de la red, y respecto a la existencia o no del apoyo brindado por el Estado. Un 54% de los jóvenes reportaron tener acceso a esta red y un 56% reportó haber recibido apoyo del Estado. El nivel de satisfacción se presenta

con un puntaje ajustado de 162, lo cual evidencia una actitud positiva ante la percepción de esta red (Figura 21, 27 y 28).

La *salud*, por su parte, se encuentra ubicada dentro de un acceso del 88% y un apoyo del Estado representado por el mismo porcentaje, encontrándose un nivel de satisfacción de 141, lo cual lo ubica dentro de una actitud negativa frente a la percepción de dicha red (Figura 23 y 28).

En quinto lugar, la *vivienda*, según el reporte de los jóvenes tiene un acceso del 60% con un nivel de satisfacción de 161, lo que significa una vez mas una actitud positiva como percepción de dicha red (Figura 25 y 28).

Frente a la *alimentación*, como siguiente subcategoría se encontró que los jóvenes tienen acceso a ella una vez al día en un 6%, 2 veces al día en un 34% y 3 o mas veces al día en un 60% representado con un nivel de satisfacción de 197, lo cual demuestra su actitud positiva en cuanto a la percepción de esta red (Figura 17, 27 y 28).

Por último, la *política* dividida en tres instancias (partidos o movimientos políticos con un 20% de acceso, sindicatos con un 44% y las ONG¹ con un 100%) arrojó un nivel de satisfacción de 198, ubicándose con una actitud positiva frente a la percepción de su red política de apoyo (Figura 26 y 28).

Por otra parte, y evaluando los resultados arrojados por la red informal de apoyo a los jóvenes fue igualmente necesario subdividir esta área en dos: social y familiar.

La primera de ellas –*social*– manifestó que los jóvenes tienen en un 78% la posibilidad de acceder a esta red, y un nivel de satisfacción de 179, lo cual evidencia una actitud positiva frente a la percepción de su red social (Figura 22 y 28).

¹ Cruz Roja Colombiana Seccional Doctrina y Protección

La segunda, *familiar*, evidencia un 44% de acceso a ella, con un nivel de satisfacción de 176, ubicándose en una actitud positiva frente a la percepción de su red familiar (Figura 20 y 28).

Descripción cualitativa

Al realizar una interpretación cualitativa de los resultados arrojados por la Escala de Percepción de Red de Apoyo Social para Adolescentes, se encontró que a pesar del alto porcentaje obtenido en la posibilidad de acceso y el nivel de satisfacción ante la percepción de red de apoyo social, tanto formal como informal, esto no significa que la misma sea adecuada, esto es interpretado en relación con el estilo cognitivo de los jóvenes que los lleva a valorarla de esta manera. Es decir, al indagar en estos jóvenes sobre el apoyo al que hacen referencia, sus respuestas equivalen a la presencia de la misma de la red, así no exista un contacto directo con ésta, o un vínculo fuerte entre ellos y la red de apoyo informal. La sola presencia y la posibilidad de acceso a ella, es factor que se constituye en el eje central de su nivel de satisfacción.

En relación con la frecuencia de acceso a recreación y deporte como tipos de red, se encontró que los jóvenes generalmente asisten a ellos una vez a la semana, correspondiendo al espacio brindado por la Organización No Gubernamental que les brinda actualmente apoyo. Por esta misma razón, en algunos casos los jóvenes hacían referencia a no tener acceso a los lugares de recreación de manera independiente a la que les brinda la ONG, esto se traduce que para ellos es suficiente para percibir un nivel de satisfacción apropiado.

Al revisar lo referido por los jóvenes en los diferentes ítems que contiene la prueba, se encontró que a pesar de no tener acceso a la red, ésta está evaluada con un nivel de satisfacción positivo, el cual puede ser tomado como contradictorio, pero que debido a

las situaciones por las cuales estos jóvenes han tenido que atravesar y a su contexto en general, sus ideales y sus valores básicos que entran en juego al responder ante ítems actitudinales, generan una “conformidad” que conlleva a percibirlo siempre como satisfactorio.

*ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LOS DATOS ARROJADOS POR LA ESCALA DE
AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES (ACS)*

Descripción cuantitativa

El análisis descriptivo de los datos arrojados, y de acuerdo con el Apéndice C, se observó como los adolescentes escogen entre sus primeras opciones principalmente las estrategias de afrontamiento de distracción física (Fi), buscar diversiones relajantes (Dr) y preocuparse (Pr). Resulta en este punto necesario aclarar que se tomó en consideración las tres primeras opciones de puntajes por encima de 75 en cada uno de las participantes de la presente investigación.

Teniendo en cuenta las mismas estrategias, al revisar aquellas empleadas por los jóvenes en menor frecuencia, fueron la reducción de la tensión (Rt), no afrontamiento (Na), autoinculparse (Cu) y acción social (So). En este caso, igualmente fueron tenidos en cuenta los tres puntajes más bajos por cada uno de los participantes.

Por otra parte, esta Escala no sólo distingue aquellas estrategias empleadas por los jóvenes con mayor y menor frecuencia, sino que a su vez lo hace en tres grupos: Afrontamiento en relación con los demás, afrontamiento dirigido al problema y afrontamiento improductivo los cuales puntúan dentro de un rango de 20 como mínimo a 100 como máximo.

Los adolescentes partícipes de la presente investigación arrojaron como resultado en la estrategia de afrontamiento en relación con los demás un promedio de 68, siendo el

mismo puntaje promedio obtenido por la estrategia de afrontamiento dirigida al problema. Por último, el afrontamiento improductivo (disfuncional o maladaptativa) se encontró con un puntaje promedio de 64. Estos puntajes, al ser ubicados dentro del rango de 20 a 100, evidencian una frecuencia alta en cuanto a la utilización de las mismas.

Descripción cualitativa

Al realizar un análisis interpretativo de los resultados obtenidos por la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS), generalmente se observó la tendencia por parte de los jóvenes a elegir sin distinción alguna todas las estrategias de afrontamiento al momento de enfrentarse a una situación problemática. Esta falta de discriminación, evidenciada por los jóvenes, genera una dificultad acerca de cuáles son los estilos más acertados de actuar en una situación crítica, y por tanto, ésta imposibilita la asertividad al momento de tomar decisiones relacionadas con las opciones de solución de problemas.

Al momento de la aplicación del instrumento de auto reporte, los jóvenes refirieron a sus evaluadoras que percibían la ayuda profesional como algo innecesario, o en el evento en que lo percibieran como necesario, no sienten que sea lo suficientemente importante para solicitar más ayuda de la que en la actualidad le están brindando, en otras palabras, siente que “no debe poner más problemas a los que lo tienen que atender”.

RELACIÓN ENTRE LOS PUNTAJES ARROJADOS PARA LA SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS, LA PERCEPCIÓN DE RED DE APOYO SOCIAL Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Descripción cuantitativa

Por motivos de la presente investigación fue necesario realizar un análisis no paramétrico en el cual los datos obtenidos por las Escalas de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático, la Escala de Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes y la de Percepción de Red de Apoyo Social para Adolescentes, fueron convertidos en términos de porcentaje con el fin de poder realizar una correlación en datos que fueron equivalentes.

La prueba no paramétrica utilizada para este caso fue la denominada como Chi cuadrada o χ^2 cuadrada, la cual es entendida como una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas.

El procedimiento que se lleva a cabo se realiza por medio del cálculo de una tabla de contingencia o tabulación cruzada, que es una tabla de dos dimensiones y cada dimensión contiene una variable. A su vez, cada variable se subdivide en dos o más categorías. En la tabla de contingencias se anotan las frecuencias observadas en la muestra de la investigación. Posteriormente, se calculan las frecuencias esperadas para cada celda; en esencia es una comparación entre la tabla de frecuencias observadas y la denominada tabla de frecuencias esperadas (Apéndice D) (Tablas 6, 7, 8, 9 y 10).

La frecuencia esperada de cada celda, se calcula mediante la siguiente fórmula aplicada a la tabla de frecuencias observadas: (Donde “N” es el número total de frecuencias observadas)

$$F_e = (\text{total o marginal de renglón})(\text{total o marginal de columna})/N \quad (1)$$

Una vez obtenidas las frecuencias esperadas, se aplica la siguiente fórmula de Chi cuadrada: (donde “ Σ ” significa sumatoria, “O” es la frecuencia observada en cada celda y “E” es la frecuencia esperada en cada celda) (Apéndice D) (Tablas 6, 7, 8, 9 y 10).

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E} \quad (2)$$

El coeficiente de rho de Spearman, empleado para el análisis de la relación entre variables, es una medida de correlación en un nivel de medición original, de tal modo que los individuos u objetos de la muestra pueden ordenarse por rangos.

Para analizar los resultados utilizando el coeficiente “rs”, los sujetos deben jerarquizarse por rangos que contienen las propiedades de un escala ordinal (se ordena de mayor a menor). Este coeficiente varía de - 1 (correlación negativa perfecta) a + 1 (correlación positiva perfecta) (Apéndice E) (Tablas 15,16,17 y18).

En los resultados obtenidos al realizar la Prueba Chi Cuadrada para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA), se encontró que este puntúa de 13.92, con un Porcentaje de Significancia de 0.99 lo cual concluye que esta es una prueba discriminativa y la cual presenta un alto nivel de significancia. Para esta prueba se encontró una Media de 45.18 y una Desviación Estándar de 21.85 la cual, contrastada con la Media, tiene un puntaje excesivamente alto lo cual es explicado ya que esta prueba presenta puntajes como mínimo de 8 y como máximo de 96, indicando esto un grupo marcadamente heterogéneo.

La Escala de Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes (ACS), en su categoría de Afrontamiento en Relación con los Demás (ACS1), arrojó un Chi Cuadrada de 13.6 y un Porcentaje de Significancia de 0.99 lo cual concluye que esta prueba es discriminativa, y la cual posee un alto nivel de significancia. Para esta prueba se encontró una Media de 68.3 y una Desviación Estándar de 11.92 representada en un puntaje mínimo de 44 a un puntaje máximo de 99, indicando esto un grupo homogéneo.

Por su parte, la categoría de esta Escala de Afrontamiento Dirigido a la Solución de Problemas, presenta un Chi Cuadrada de 12.64 y un Porcentaje de Significancia de 0.99,

lo que indica que esta es una prueba discriminativa y con un alto Porcentaje de Significancia. Presenta una Media de 67.76 y una Desviación Estándar de 11.58 representada en un puntaje mínimo de 43 y un puntaje máximo de 96, indicando esto un grupo homogéneo.

En la categoría de Estrategias de Afrontamiento Improductivo, se encontró en la prueba de Chi Cuadrada un resultado de 15.28 con un Porcentaje de Significancia de 0.99, lo cual indica que esta es una prueba discriminativa con un alto nivel de significancia. Su Media equivale a un 63.7 y su Desviación Estándar de 6.8 representada en un puntaje mínimo de 42 y uno máximo de 89 lo que indica, una vez mas, que éste es un grupo homogéneo.

En la Escala de Percepción de Red de Apoyo Social para Adolescentes, se encontró en la prueba de Chi Cuadrada un resultado de 15.32 con un Porcentaje de Significancia de 0.84 lo que significa que es una prueba discriminativa con un adecuado nivel de significancia. Esta prueba arrojó una Media de 73.1 y una Desviación Estándar de 15.54, teniendo como puntaje mínimo 33 y máximo 100.

De acuerdo con los resultados obtenidos por las correlaciones de Spearman realizadas para las tres Escalas arriba mencionadas, se encontró que las hipótesis planteadas por la presente investigación no son aceptadas.

Sin embargo, al realizar correlaciones de Spearman entre las Escalas de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático y cada una de las estrategias de afrontamiento de la Escala de Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes (ACS), se encontró que existe una correlación significativa inversamente proporcional con el estilo de apoyo espiritual (Ae) (Ver Tabla 19); invertir en amigos íntimos (Ai) (Ver Tabla 20); acción social (So) (Ver Tabla 21); autoculparse (Cu) (Ver Tabla 22) y distracción física (Fi) (Ver Tabla 23).

Descripción cualitativa

Tendiendo en cuenta las gráficas presentadas en el Apéndice C (Figura 15), se puede deducir que a pesar que los jóvenes presentan una actitud altamente positiva frente a su red de apoyo social, y perciben como satisfactorio el acceso a ella por la simple existencia de la red, ya sea formal e informal; la inadecuada calidad real de la red de apoyo social de estos jóvenes debida a la falta de contacto directo con ella, se evidencia en el alto nivel de severidad en los síntomas de estrés postraumático (Figura 8). Es decir, esta actitud positiva de los jóvenes ante su red, algunas veces inadecuada, generó como resultado que no fuera posible observar una relación entre la percepción de red de apoyo social y el nivel de severidad de los síntomas de estrés postraumático.

La relación entre la utilización de las estrategias de afrontamiento y la severidad en los síntomas de estrés postraumático, igualmente fue difícil de demostrar, ya que los adolescentes tienden a emplear indiferenciadamente sus estrategias de afrontamiento con un puntaje promedio y sin llegar a clarificar intrínsecamente un estilo de afrontamiento establecido, esto debido a que utilizan por igual ante el mismo problema estrategias en relación con los demás, estrategias dirigidas a la resolución del problema y las improductivas.

Lo anterior conlleva a afirmar que la relación entre la utilización de estrategias de afrontamiento como herramienta para prevenir el nivel de severidad en los síntomas de estrés postraumático no es inexistente, sino que la utilización indiscriminada e inadecuada de estrategias de afrontamiento al azar, genera un nivel de indefensión el cual se ve reflejado en los altos puntajes de nivel de severidad en los síntomas de estrés postraumático.

DISCUSIÓN

Es preponderante reconocer el trabajo realizado en investigaciones con adolescentes en situación de desplazamiento, que al ser revisadas, retroalimentan y aportan recíprocamente los resultados encontrados a lo largo de la presente investigación. Por tanto, al tomar en cuenta el conflicto armado interno como contexto base de esta investigación, los aspectos relacionados con la guerra *per se*, citados por Flannery y Raymond (1998), plantean que la emergencia del estrés postraumático es un serio problema clínico. El “shock” o las memorias traumáticas de la guerra valoradas desde su modelo médico describen una conducta crónica que en su momento recibió el nombre de fatiga de guerra, y en el cual hoy en día desde la psicología se habla del trastorno de estrés postraumático (en estos soldados combatientes se notaba la presencia recurrente de memorias intrusivas, pesadillas, irritabilidad, respuestas de activación exagerada y depresión). Otros síntomas expuestos por Ladd y Cairns (1996), en una revisión sobre los efectos de la violencia étnica y política en los niños, encontraron que los traumas eran muy variados. Se observaron problemas de comportamiento, alteraciones del sueño, problemas somáticos, disfunciones cognoscitivas y del razonamiento moral.

En relación con la situación específica de Colombia una investigación que retroalimenta los resultados obtenidos en la presente investigación, es la de Palacio (1999), quien al presentar los resultados encontró que son los niños y los jóvenes los más afectados al lado de las mujeres y los ancianos. Ellos han sido víctimas de situaciones altamente estresantes cuyas consecuencias psicológicas se hacen evidentes generalmente a través del miedo. Lo anterior toma mayor fuerza cuando al ser evaluados en la edad adulta, posterior a la experimentación de un evento traumático, se encuentra que durante la adolescencia en su ambiente familiar se presentaban problemas de alcoholismo y conflicto. Este sufrimiento se ve reflejado generalmente en el miedo, las pesadillas,

los pensamientos repetitivos sobre los hechos dolorosos, el deseo de huir de lo que nos recuerda los momentos difíciles, etc, y es lo que se denomina como Estrés Post-Traumático.

Los resultados arrojados por la presente investigación no se alejan de los obtenidos en los trabajos de Flannery y Raymond (1998), Palacio (1999) y Ladd y Cairns (1996), en el sentido de reconocer la presencia de los síntomas frente a la experiencia traumática.

De igual manera, debe rescatarse que en sus relatos de vida son múltiples los eventos que acompañan parte de su historia y que podrían valorarse como negativos al momento de evaluar el efecto en el desarrollo psicológico.

Si bien el conflicto armado interno, en situaciones de interacción, es un contexto de expresión, se hace evidente, que este es reconocido por los adolescentes como una de las experiencias de mayor carga emocional en sus vidas. Sin embargo, no se subestiman otros eventos como los intentos y abuso de tipo sexual, ya sea por conocido o por extraño, que acompañan como se mencionó anteriormente sus vidas, los cuales cobran una relevancia mayor a la hora de estimar la forma en que ellos perciben las situaciones amenazantes. En este mismo sentido, es importante considerar como los resultados de Ruiz (2001), son congruentes con los encontrados al estudiar esta población. La investigación planteada por este autor connota que el conflicto armado se presenta como un riesgo y amenaza inminente contra la integridad de la familia de estos jóvenes, es la inminencia de la desaparición de figuras que para los menores significan soporte y protección. De hecho, se puede observar que los adolescentes reconocen cómo la presencia de la cabeza de familia es percibida como la mayor red de soporte frente a las posibles adversidades que un joven puede enfrentar. Dentro de este mismo punto, la desmembración familiar expresada como el distanciamiento de su

familia nuclear y su familia extensa, es otro factor asociado al significado que para ellos tiene el soporte y la protección.

El impacto traumático del estrés de la guerra en las mentes de esos jóvenes, no puede ser alejado de la formación sobre la cual se instauran los valores frente al respeto por la vida y dignidad del ser humano. Valores que deben ser replanteados frente a las exigencias del contexto.

Esto se observa claramente en la población objeto de la presente investigación, ya que las pautas de crianza de estos jóvenes se basan en valores propios del lugar de procedencia en la gran mayoría el campo, donde la honradez y el respeto a la vida en general se ven afectados al ser atravesados por valores y símbolos propios de la guerra que como lo afirma Ceballos (2001), son valores que se transgiversan en el poder del fusil y en que el fin justifica los medios. Sumado a esto, al llegar a Bogotá a buscar sobrevivencia o un nuevo futuro, tienen que enfrentarse a convivir con la delincuencia común, y con la ley intrínseca del más fuerte.

La furia de la guerra no distingue, pero afecta directamente la vida de personas o de civiles inocentes no armados. Ellos también son expuestos a violencia traumática que hace parte de la guerra, la cual se muestra de diferentes formas como tortura, amenazas a la vida de su familia, que son en efecto destrucción. El dolor físico, la angustia mental y la muerte como parte de la vida diaria, es la realidad de los civiles no combatientes (Ceballos, 2001).

Asimismo, se encontró cómo estos jóvenes tuvieron que vivir pérdidas de familiares y de amigos cercanos de los cuales nunca volvieron a saber nada; vivir situaciones amenazantes, tanto en su integridad física como mental y salir de su hogar con aquello

que le cabía en las manos y con el poco dinero que tenían, con la ilusión de salvar su vida de los actores de los conflictos armados.

Al entrar a clarificar los factores que determinan la evaluación de un acontecimiento como estresante de acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), los *factores personales*, al igual que los contextuales son los considerados en primera instancia, éstos incluyen elementos cognitivos, motivacionales, de personalidad y hábitos comportamentales. En los adolescentes partícipes de esta investigación se puede hablar de acontecimientos estresantes, ya que en relación con la situación de desplazamiento forzoso que tuvieron que experimentar, sus estilos cognitivos fueron atravesados y tergiversados por la violencia y el desamparo, se perdió en gran parte la motivación de esforzarse por la búsqueda de un futuro mejor, al tener que convivir con un estado análogo al de la desesperanza aprendida, una situación de incertidumbre y de traspasar a una etapa de conformidad. Su personalidad se ve claramente afectada porque llegan a un contexto con reglas de socialización diferentes, que les lleva a experimentar sentimientos de ajenación, y a la vez a modificarles rasgos específicos de su personalidad. Unido a esto, se ven obligados a realizar cambios en sus hábitos comportamentales, ya que en la ciudad, estos jóvenes no pueden desempeñar actividades características de sus lugares de origen, y en el peor de los casos, pasan de tener comodidades económicas, a no tener nada, perdiendo la capacidad de comportarse como en otras circunstancias lo hubieran hecho.

Según Kobaza (1979), las personas sometidas a estrés que tienen un gran sentido de control, compromiso y desafío, sufrirán menos impacto y se adaptarán más fácilmente que otras personas con personalidad menos firme (Citado por Lazarus y Folkman, 1986). Al evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes en situación de desplazamiento forzoso, se evidencia que en la gran mayoría de los jóvenes se

utilizan de manera indiscriminada los estilos de afrontamiento relacionados con los demás, dirigidos a la solución del problema o improductivo, aspecto que puede explicar porque no existe una relación inversa entre el nivel de severidad en los síntomas de estrés postraumático y las estrategias de afrontamiento. Parte de la comprensión puede ser explicitada en la carencia de estrategias de afrontamiento específicas y de soporte frente a la prevención del trastorno de estrés postraumático como es la resolución de problemas.

La hipótesis que plantea una correlación inversamente proporcional entre la utilización de estrategias de afrontamiento y el nivel de severidad de síntomas no es apoyada por los resultados, por cuanto, la dispersión en la selección de las estrategias de afrontamiento frente a la adversidad se agrupan de manera heterogénea.

Sin embargo, es importante resaltar que las estrategias de afrontamiento conductual sobresalen en el reconocimiento que los jóvenes hacen a la forma en la que ellos habitualmente afrontan la diversidad de situaciones propias de su ciclo vital y de las situaciones que amenazan su posible adaptación utilizando principalmente la distracción física. A su vez, las estrategias de afrontamiento cognoscitivas tienden a ser consideradas como aquellas que permitan desvanecer temporalmente el efecto doloroso de sus vivencias a través del autoinculparse y del apoyo espiritual.

La evaluación de un acontecimiento como estresante son los factores situacionales, los cuales incluyen las características distintivas, objetivas del acontecimiento o situación y las dimensiones objetivas de la misma. Esto también fue observado por Sottulo (1999), quien afirmó que se debe tomar en cuenta que existen en los jóvenes otros factores como lo son la forma como perciben la respuesta de sus padres, la cantidad de muerte o destrucción que se halla presentado durante y después del acontecimiento, y de la cercanía de la catástrofe a su familia. Además de esto, tomando en consideración los

postulados planteados por Bello (2001), en donde se afirma que si el punto de llegada es lejano y distinto, los menores tendrán que enfrentarse a cambios bruscos y en precarias condiciones. De igual manera, la diferencia se puede ver marcada si se tiene una red social e institucional adversa o de apoyo. Además influenciará la situación en la cual tuvieron que desplazarse, es decir, si fue una acción premeditada o por el contrario, una decisión que exigía rapidez en el momento.

Al revisar los datos arrojados por la presente investigación, se puede deducir que aquellos jóvenes que tuvieron que salir de sus casas rápidamente sin tiempo de recoger sus pertenencias y en condiciones económicas precarias, presentan la tendencia a desarrollar mayor nivel de severidad en los síntomas de estrés postraumático. De igual forma, se presenta como un factor a tener en cuenta el nivel socioeconómico y cultural de la población anterior a su desplazamiento, ya que éste al ser disminuido termina siendo una variable desencadenante de mayor nivel de severidad en los síntomas de estrés postraumático.

Asimismo, se postula que según la percepción que estos jóvenes tienen de su red de apoyo social, tanto formal como informal, van a desarrollar un nivel mayor o menor de severidad en los síntomas de estrés postraumático. Es decir, que como los jóvenes perciben su interacción y los recursos de respuesta frente a los eventos estresantes de la vida, va a determinar la salud mental de los mismos (Ben-Sira, 1985 y Burchifield, Hamilton y Benks, 1982). La frecuencia de los encuentros sociales pueden reducir los síntomas que tienden a incrementar los niveles de estrés (Cohen, Wills, 1985; Krause, 1987). La importancia de este soporte social, más que las actividades en sí mismas, son las que inciden en la reducción de los sentimientos de desolación y proporcionan ayuda para la resolución de sus necesidades (Deam, 1986; Holahan y Moos, 1985). En resumen, es importante tener en cuenta el soporte social que tiene el individuo, o la

necesidad de crearlo, para incrementar las posibles respuestas necesarias de afrontamiento (Noelker y Harel, 1983).

Sin embargo, de acuerdo con los datos estadísticos obtenidos en la presente investigación, se encontró que la percepción que los adolescentes en situación de desplazamiento forzoso tienen sobre su red de apoyo social, no influye en la severidad en los síntomas de estrés postraumático. Lo anterior puede ser atribuido, a que estos jóvenes basan su actitud positiva de percepción de red de apoyo social en la valoración de presencia de esta red y en la posibilidad de acceso a ella como factor constituyente del eje central de su nivel de satisfacción. El criterio anteriormente expuesto, lleva a que estos adolescentes no tomen en consideración el contacto real con la red, como determinante de su nivel de satisfacción, ya que el hecho de conocer que cuentan con ella en el momento en que lo necesitan, así no hagan uso frecuente de esta, es suficiente para garantizar una percepción positiva. Por ello, aunque las estadísticas arrojadas reporten que es el criterio C del Manual de Diagnóstico de Desorden DSMIV encargado de evaluar los criterios correspondientes a conductas evitativas, aquel que dentro de los reportes realizados por los jóvenes se encuentra con menor porcentaje, no es posible verificar que la percepción positiva frente a la desordenada red de apoyo social contribuya a la disminución de algunos síntomas. Esto puede explicarse más claramente al encontrar que es precisamente la decisión de salir de sus lugares de origen una forma clara de llevar a cabo una conducta de escape que logre disminuir síntomas evitativos.

Las reacciones emocionales, siguiendo con los postulados propuesto por Lazzarus y Folkman (1986), incluyen el miedo, la ansiedad, la excitación, la ira, la depresión y la resignación, pueden organizarse según la amenaza a la que los jóvenes se enfrentan por medio de la aproximación, evitación o inmovilización. Durante el transcurso de la presente investigación se evidenció una relación marcada entre el estilo de reacción

emocional y las respuestas, ya que generalmente los jóvenes que reaccionan con ira, dolor y temor tienden a emplear estrategias tales como hacerse ilusiones, preocuparse, autoinculparse y la evitación o inmovilización, contrario a los jóvenes que frente a sus reacciones emocionales acuden al deporte y las diversiones relajantes como estrategia comportamental de evitación. Es decir, que como bien lo afirman los autores anteriormente mencionados, una vez generada la respuesta de estrés, la persona puede poner en marcha estrategias de afrontamiento o utilizar el mecanismo de huida, en cuyo caso la activación y la respuesta aumenta y persiste, retroalimentando procesos cognitivos afectivos y lo cual posteriormente producirá la disfunción orgánica o el trastorno psicológico.

En conclusión, si bien estadísticamente no se encontró una correlación inversamente proporcional entre el nivel de severidad en los síntomas de estrés postraumático, la percepción de red de apoyo y las estrategias de afrontamiento, si es posible expresar una relación existente entre estas variables. Lo anterior puede visualizarse al indagar por la ausencia de una red de apoyo social que soporte al adolescente al enfrentarse a las consecuencias de experimentar un evento traumático. Este cuestionamiento seguramente llevaría a plantear la ausencia total de esta red que acabaría con el nivel de satisfacción que experimentan dichos jóvenes y por tanto, generarían una incertidumbre y un desamparo desencadenante de trastornos psicológicos marcados y por que no decirlo, en cierto sentido, discapacitantes.

De igual modo, tener estrategias de afrontamiento, aunque usadas indiscriminadamente, implica una herramienta de protección que capacita a los jóvenes para enfrentar eventos traumáticos. En otras palabras, dichas estrategias le brindan al adolescente la posibilidad de afrontar la situación, ya sea por aproximación o evitación, impidiendo que se desencadene una mayor severidad en los síntomas de estrés postraumático como elemento incapacitante en el desarrollo y cumplimiento de las actividades básicas

cotidianas. Por tanto, al cuestionarse acerca de lo que podría ocurrir en estos jóvenes sino existiera diversas estrategias de afrontamiento, ni la capacidad cognoscitiva para emplearlas de algún modo, seguramente se encontraría un nivel incapacitante en el deterioro del funcionamiento.

Es importante también reconocer que la ausencia en la clarificación de estrategias específicas establecidas en su mapa conceptual, conlleva a la dificultad del uso de habilidades de afrontamiento adecuadas que lo protejan de desarrollar un trastorno de estrés postraumático. Con lo anterior, se hace evidente la relevancia de una intervención cognoscitiva encaminada a la clarificación y elección asertiva de estilos y estrategias de afrontamiento propios de cada adolescente para la resolución de conflictos. La intención es fortalecer las herramientas y conceptos adquiridos por cada joven, con el fin de poder ser utilizados al momento de enfrentar una situación de alta carga emocional.

Al momento de realizar una intervención se debe priorizar en el soporte psicosocial que se le brinde al adolescente, entendido este como, “la disponibilidad y la calidad de los recursos interpersonales a los que las personas pueden recurrir durante el estrés. Los apoyos sociales pueden proporcionar guía, retroalimentación, ayuda material asistencia conductual, relaciones íntimas e interacciones sociales positivas” (Sue, Sue, y Sue, 1996, Pp. 575), permitiéndole una mayor capacidad para confiar en sus ideales y pensamientos al momento de elegir la manera de abordar las diferentes problemáticas del contexto en el que se desenvuelven actualmente, esto con el fin de proveer protección y herramientas psicológicas para enfrentar las consecuencias que un evento traumático conlleva.

Finalmente, según la experiencia que trajo consigo llevar a cabo este trabajo, y posterior a haber revisado los datos arrojados mediante las diferentes Escalas propuestas

para la evaluación y diagnóstico de los jóvenes en situación de desplazamiento forzoso, no queda más que sugerir para futuras investigaciones tomar en cuenta como factor determinante que la evaluación del PTSD requiere del desarrollo de unas condiciones especiales acordes con la relación de interacción entre los participantes, el fortalecimiento de la relación empática y de confianza, sobre un espacio de mayor apertura y asertividad frente al momento del afrontamiento de los estados emocionales que se superponen al relato de la situación emergente.

Concluyendo con los aportes que la presente investigación pretende brindar a futuras investigaciones, y haciendo énfasis en futuros apoyos a esta población directamente relacionados a la disminución de síntomas de PTSD, se sugiere: implementar una intervención a nivel individual y grupal con los jóvenes, facilitándoles así el fortalecimiento del desarrollo de estrategias de afrontamiento que permitan la búsqueda de exteriorización de sentimientos, angustias y temores para así promover una salud mental basada en la prospección e introspección de sus situaciones conflictivas, así como finalmente, restituir el aprendizaje de habilidades que sean soporte hacia el futuro frente a la diversidad de situaciones a enfrentar en este contexto.

REFERENCIAS

ACNUR, Banco Mundial, Red de Solidaridad Social, Corporación Antioquia Presente. (2000). Reasentamiento en Colombia. Colombia: William Patridge Editor.

Adamson, G. El papel de la psicología social en Latinoamérica en los albores del tercer milenio. Conferencia abierta dictada en la Universidad Luis Amigo, Medellín, Colombia, 12 de mayo de 2000.

América's Watch. (1994). Estado de Guerra. Violencia Política y Contrainsurgencia en Colombia. Colombia: TM Editores.

American academy of child and adolescent psychiatry (AACAP). (1988). El desarrollo normal en la adolescencia. Disponible en <http://www.aacap.org/about/index.htm>

American Psychiatric Association (1999). Posttraumatic stress disorder. Disponible en: <HTTP://www.psych.org>

Ardilla Gálvis C. (1996). La Cosecha de la Ira. Colombia: Fundación Social Colombiana CEDAVIDA.

Arias, V, Bohórquez, M.I (1999). Lineamientos para la atención psicosocial de población desplazada por la violencia en Colombia. Disponible en: <http://www.derechos.org/nizkor/colombia/doc/codhes.html>

Baum et cols (1993). International Handbook of traumatic stress syndromes. New York: Plenum Press.

Bello, M, Martín E. y Arias F. (2000). Efectos psicosociales y culturales del desplazamiento. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Unibiblos.

Berk, L (1996). Infants, children and adolescents. Boston: Allyn and Bacon.

Bernal R y Páramo M. (2001). Informe Altos de Cazuca. Colombia: Procuraduría Delegada para la prevención en Derechos Humanos y Asuntos Étnicos. Grupo de Control y Vigilancia para la Atención Integral a la Población Desplazada.

Buendía, J y Mira J. 1993. Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo: un estudio sobre el estrés infantil. Universidad de Murcia.

Cabero, J y Romero, M (2000). Violencia, juventud y medios de comunicación. Disponible en: <http://www.tecnologiaedu.us.es/revistalibros/violencia/html>

Camacho A. (2000). La violencia en Colombia. Elementos para su interpretación. Colombia. Revista Foro.

Camargo, M (1995). Hacia la construcción de una etnografía del adolescente en Colombia: Proyecto Atlántida. Santa fe de Bogotá: CUIP-Ediciones.

Carlson, N. 1996. Fundamentos de psicología fisiológica. México: Prentice may.

Cazabat, E . (2001). Trastornos por estrés post traumático. Criterios diagnosticos. II Congreso virtual de psiquiatría. Disponible en: <http://www.geocities.com/hotsprings/9052/index.html>

Cazabat, E y Costa, E (2000). Redes sociales. Disponible en: <http://www.geocities.com/hotsprings/90052/sal.html>

Codhes (2000, enero). Desplazamiento forzado y derechos de la infancia. Boletín de la consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento. (27).

Comite Internacional de la Cruz Roja (2002). Diccionario de Derecho Internacional De los Conflictos Armados por Pierto Verri. Disponible en: <http://www.Circ..org/icrcspa.nsf.htm>

Cortina Adela. 2000. La urgencia de una ciudadanía universal. Madrid- España: Universidad de Valencia.

Criterios Diagnósticos DSMIV (1995). Barcelona: Masson, S.A

Cuencas, J (1994). Algunas reflexiones sobre psicología y violencia (Resumen). 23-30.

Cuerpo de Bomberos Voluntarios (2002). Definición Accidente. Disponible en:

Davidoff, L. 1984. Introducción a la psicología. México: Mc Graw Hill Disponible en: www.hrw.org

Deykin, E (1999) Postraumatic stress disorder in childhood and adolescence. Disponible en: [HTTP://www.aizon.ent/families/mh_anxiety_disordes_and_ptsd.htm](http://www.aizon.ent/families/mh_anxiety_disordes_and_ptsd.htm)

Diario El Espectador. Junio 20 del 2001. Colombia.

Díaz, F (1998). Tratamiento psicológico de las víctimas del terrorismo. Disponible en:

http://www.members.tripot.com/milton_leonardo_c/psicologivirtual/publicaciones/titvictiterror.htm

Eranen y Liebkind (1993). Coping with disaster the helping behavior of communities and individuals. En Wilson, J y Raphael, B (eds) International Handbock of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press.

Erazo, J, Ibáñez, A, Kirchhoff, S y Galan, A (1998, Octubre). ACNUR- programa por la paz. El desarraigo, la gran tragedia del siglo XX. Documento 3. Turbo

Fergusson y Kendler (1995). Risks factors for PTSD-related traumatic events. The Americal Journal of Psychiatric, 529-535.

Fernández (2000). Características de la adolescencia. Disponible en: <http://perso.wanadoo.es/angel.saez/index.htm>

Garay, L (1999). Globalización y crisis. Bogotá: Tercer mundo. Colciencias.

Goleman, D. 1996. La inteligencia emocional. Buenos Aires: Javier Vergara Editor:

Grupo Temático del Desplazamiento. (2001). Estado de situación del Desplazamiento. Colombia: ACNUR, OCHA.

Harel, Kahana, B y Kahana, E. (1993) Social resources and elemental health of again nazi alocaust survivors and inmigrants. En Wilson, J y Raphael, B (eds) International Handbock of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press.

Hernández, R, Fernández, C y Baptista, P (1998). Metodología de la Investigación. México: McGrawHill.

Herrera, P (1998). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. Disponible en:

www.rehue.csociales.uchile.cl/rehuehome/facultad/publicaciones/psicologia.htm

Horowitz, M. (1993). Stress_response syndromes all view of postraumatic and ajustement disorders. En Wilson, J y Raphael, B (eds) International Handbock of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press.

How children and adolescents react to trauma. (2002). Disponible en:

[HTTP://www.holisticonline.com](http://www.holisticonline.com)

[http:// bvs.sld.cu/revistas/ped/volumen71_1_99/ped06199.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ped/volumen71_1_99/ped06199.htm)

[Http://www.calamuchitanet.com.ar/bomberos/acc_definicion.htm](http://www.calamuchitanet.com.ar/bomberos/acc_definicion.htm)

<http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=dos.htm>

Humans Rigths. 2000. Más allá de la negociación: IX desplazamiento forzado.

Investigación sobre el Maltrato Infantil en Colombia (1985 – 1996). Estado del Arte. Tomo I. ICBF.

Karl, S (sfp). Intervención en crisis. Disponible en:

http://www.gaelon.com/pcazau/resps_slaik.htm

Kebler, R, Figley, C y Gersons, B (1995). Beyond Trauma: Cultural and societal dynamics. New York and London: Plenum press.

Kroll-Smith y Couch, S (1993). Technological hazards social responses as traumatic stressors. En Wilson, J y Raphael, B (eds) International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press.

Langley, A y Roussel, J (2000). Effects of wildfire on adolescents in Volusia Caontry Florida. Quick Response Report # 132. Disponible en: [HTTP://www.colorado.edu](http://www.colorado.edu)

Laybow y Laue (1993). Posttraumatic stress disorder in experiences anomalous trauma. En Wilson, J y Raphael, B (eds) International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press.

Lazarus, R y Folkman S. 1986. Estrés y proceso cognitivos. Barcelona: Ediciones Martines Roca S. A

Macias, G. Y Tamayo B. (2000). Ser adolescente. México: Trillas.

Martín, M, Jiménez, M.P, Fernández, E. (1997). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento (E3A). España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Mazza, J (1996) Exposure to violence in inner-city school-base of adolescents. Disponible en: [HTTP://www.cptryon.org](http://www.cptryon.org)

Mental Health Chanel (2002) Coping whith violence and disastres. Disponible en: [HTTP://www.mentalhealthchannel.net/ptsd](http://www.mentalhealthchannel.net/ptsd)

Monedero, C. 1985. La evolución psicológica del hombre. Barcelona: Salvat editores.

Myers, D. 2000. Psicología. Barcelona: Panamericana

Nader, K. (1997). Assesing traumatic experiences in children. En Wilson, J y Keane, T (eds). Assesing Psychological Trauma and PTSD. New York: The Guilford Press.

National Institute of Mental Health (2001). Helping children and adolescents cope with violence and disasters. Disponible en: [HTTP://www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)

Neniger, E.B (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. Revista cubana de pediatría. 39-42.

Norrays, F y Riad, J (1997). Estandarized: Self report measures of civilian trauma and posttraumatic stress disorder. En Wilson, J y Keane, T (eds). Assesing Psychological Trauma and PTSD. New York: The Guilford Press.

Omar, A. 1995. Stress y coping: las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológicos y psicológicos. Buenos Aires: Argentina: Editorial Lumen:

Organización de las Naciones Unidas. (1998). Informe que presentó la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos en el 54 periodo de sesiones a la Comisión de Derechos Humanos.

Palacio, J. (1999) Estrés Post- traumático y resistencia psicológica en jóvenes desplazados. Disponible en: <http://www.uninorte.edu.co/divisiones/humanidades/apsiun/articulo3.htm>

Parkin. La globalización es la solución a los problemas económicos. Revista Nuestra Comunidad. Numero 11. 19 de octubre de 1998.

Perry, B (1999) Post traumatic stress disorders in childrens and adolescents. Volumen 11 # 4, Agosto. Disponible en: <http://www.childtrauma.org>

Pichot, P, Lopez – Ibor, J, Valdéz, M. (1998). DSM IV: Breviario. Criterios Diagnósticos. Barcelona: Masson, S.A.

Población desplazada. Investigación (Junio, 1999). Santa fe de Bogotá.

Puchol, D (2001). Trastorno por estrés postraumático. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/16/>

Pynoos y Nader (1993). Issues in the treatment of posttraumatic stress in children and adolescents. En Wilson, J y Raphael, B (eds) International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press.

Raymond, B y Flannery, Jr., (1998) Post-traumatic Stress Disorder. New York: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.

Red de Solidaridad Social. (2001). Atención a la Población Desplazada por la Violencia en Colombia: Presidencia de la República.

Reinols, y Mazza, (1999). Exposure to violence in young inner-city adolescents. Journal of abnormal child psychology, 203-213.

Rodríguez E. Y Cols. (1998). La juventud latinoamericana en los procesos de globalización. Buenos Aires: Editorial universitaria de la plata.

Rosenzweig, M y Leiman, A. 1997. Psicología fisiológica. España: McGraw Hill:

Salgado M., Aponte C. Y Romero, D. 1999. Contexto y pertenencia institucional (Resumen de la investigación). Universidad de La Sabana.

Scanff, C y Bertsch, J. 1999. Estrés y rendimiento. Barcelona: Inde Publicaciones.

Sen, A (2001). Si es justa, es buena: 10 verdades sobre la globalización. Revista el Malpensante. Agosto –Septiembre 32.

SEPCAL (SFP). Definición de Enfermedad Terminal. Disponible en:

Shalv y cols, Grewn et al (1996). Predictors of PTSD injured trauma survivors. The American Journal of Psychiatric, 219-225.

Simson (1993). Traumatic stress and the bruising of the soul. En Wilson, J y Raphael, B (eds) International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press.

Sorence, E (1993). Children`s stress and coping: A family perspective. New York: The Guilford press.

Styles or coping (2002). Disponible en: www.compsoc.man.ac.uk/eitan/medicine/year2/case7/syles%20of%20coping.doc

Suárez G. (1998). Muertes y lesiones por enfrentamiento armado en Colombia. Centro de referencia nacional sobre violencia. Subdirección de servicios forenses. (3 Volumen).

Sue, D, Sue, D y Sue, S (1996). Comportamiento anormal. Bogotá: McGrawHill.

Tanenbaum, R; Dewolfw, D y Albano, A (2000) Warning signs of trauma related stress. Disponible en: [HTTP://www.apa.org](http://www.apa.org)

TEA Ediciones. (2002). Catálogo de TEA ediciones. Disponible en: <http://www.teaediciones.com>

The International Society For Traumatic Stress Studies (2001). Coping with disaster violence y trauma stress. Disponible en: [HTTP://www.istss.org](http://www.istss.org)

Velde, Falger, Honvens, Groen y Lasschuit (1993). Posttraumatic stress disorder in dutch resistance veterans from II world war. En Wilson, J y Raphael, B (eds) International Handbock of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press.

Vietnam Veterans Ministers (2000). Adolescents, trauma and Urban violence. Disponible en: [HTTP://www.vietnamveteransministers.org/justice.htm](http://www.vietnamveteransministers.org/justice.htm)

Vila Castellar, J. 1999. Una introducción a la psicofisiología clínica. Madrid- España: Ediciones Pirámide:

Weathers, F, Keane, T, King, L y King, D (1997). Psychometric Theory in the development of posttraumatic stress disorder assesment tools. En Wilson, J y Keane, T (eds). Assesing Psychological Trauma and PTSD. New York: The Guilford Press.

Whittesey, M. (1988). Estrés. Barcelona: American Family Health institute.

Yehuda, R. (sfp). Braind science. Psychology today, 9.

Yuong, J (1996). Cognitive therapy center of New York. Disponible en:
www.sachemtherapy.com/id71.htm

APÉNDICE A

Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá
Programa de Doctrina y Protección
Convenio Universidad de la Sabana

CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES

1. Nombre: _____ 2. Edad: _____ 3. Género: M F .

4. Procedencia: _____ 5. Permanencia: _____ 6. Estado civil: _____ .

7. Padre de Familia: Si No 8. Jefe de Hogar: Si No 9.No de Hijos _____ .

10. Edad Hijos: _____ 11. Escolaridad Hijos: _____ .

12. Ocupación actual: _____ .

13. Ocupación suya actual: _____ .

14. Ocupación anterior al desplazamiento: _____ .

15. Número de personas de su familia con quien fue obligado a desplazarse: _____ .

16. Fecha de desplazamiento: _____ 17. Tiempo de permanencia en Bogotá: _____ .

18: El motivo de su desplazamiento fue:

- ✓ Amenaza
- ✓ Asesinato
- ✓ Tortura
- ✓ Reclutamiento
- ✓ Abuso sexual
- ✓ Atentado
- ✓ Desaparición
- ✓ Ataque Aéreo
- ✓ Amenaza de Reclutamiento

19. Describa los hechos que dieron lugar a su

desplazamiento: _____

_____.

20. Número de personas de su familia con quienes vive en la actualidad: _____ .

21. Sufre actualmente de alguna enfermedad física o mental: Si No .
22. Si su respuesta fue si que tipo de enfermedad padece: .
23. Ha sufrido de alguna enfermedad física o mental: Si No .
24. Si su respuesta fue si, por favor especifique: .
25. Algún miembro de su familia ha sufrido de alguna enfermedad: Si No .
26. Si su respuesta fue si, por favor especifique: .
27. ¿Cuál es su estado de ánimo actual? .
28. ¿Desde hace cuanto se siente usted de esa forma? .
29. A que razones cree usted que se deba su estado de animo actual? .
30. ¿Ha notado alguna diferencia entre su estado de animo anterior al desplazamiento y el actual? .

**ESCALA DE DIAGNÓSTICO DE DESORDEN DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO (FOA).**

NOMBRE:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

PARTE 1

Muchas personas han vivido, han sido testigos o se han enterado de eventos traumáticos y muy estresantes en algún momento de su vida. A continuación, hay una lista de eventos traumáticos. Coloque una marca en el espacio correspondiente a aquel o aquellos eventos que le sucedieron, de los que fue testigo o le contaron:

- (1) ___ Accidente serio, incendio o explosión. (por ejemplo, un accidente industrial, en una finca, de auto, avión o barco).
- (2) ___ Desastre natural (por ejemplo, tornado, huracán, inundación o terremoto)
- (3) ___ Asalto de tipo no sexual por un miembro de la familia o alguien a quien usted conoce (por ejemplo, ser atacado físicamente, herido con arma blanca –puñal, cuchillo- o por arma de fuego, o retenido bajo la amenaza de arma de fuego).
- (4) ___ Asalto de tipo no sexual por un extraño (por ejemplo, ser atacado físicamente, herido con arma blanca –puñal, cuchillo- o por arma de fuego, o retenido bajo la amenaza de arma de fuego).
- (5) ___ Intento de abuso sexual o abuso sexual por un miembro de la familia, o alguien a quien usted conoce (por ejemplo, violación o intento de violación).
- (6) ___ Intento de abuso sexual o abuso sexual por un extraño (por ejemplo, violación o intento de violación).

- (7) Combate militar o zona de guerra.
- (8) Contacto sexual cuando usted era menor de 18 años, con una persona que fuera 5 años mayor que usted (por ejemplo, contacto con los genitales o los senos).
- (9) Reclusión (por ejemplo, estar preso, ser prisionero de guerra, secuestrado o rehén).
- (10) Tortura
- (11) Enfermedad que amenace la vida.
- (12) Otro evento traumático.
- (13) Si marco el ítem 12 especifique el evento traumático a continuación:

_____.

SI MARCO CUALQUIERA DE LOS ITEMS ANTERIORES, CONTINUE SI NO POR FAVOR REMITASE A LA PERSONA QUE ESTA REALIZANDO LA ENTREVISTA.

PARTE 2

- (14) Si usted marco más de un evento traumático en la parte uno, coloque una marca en el espacio que corresponde al evento que más lo afecta actualmente. Si en la parte uno marcó solo un evento, marque el mismo a continuación:

- Accidente
- Desastre
- Asalto no sexual, por persona conocida
- Asalto no sexual, por persona extraña
- Asalto sexual, por persona conocida
- Asalto sexual, por persona extraña

- Combate
- Contacto sexual entre menor de 18 años y una persona mayor.
- Reclusión
- Tortura
- Enfermedad que amenace la vida.
- Otros

En el espacio a continuación describa brevemente el evento traumático marcado anteriormente:

Ahora marque la forma en la cual usted experimento el evento traumático marcado anteriormente:

- Le sucedió a usted
- Lo vio
- Le contaron

las siguientes son preguntas acerca del evento traumático que usted describió anteriormente:

(15) ¿Hace cuanto que sucedió el evento traumático? (marque solo una opción)

1. Menos de un mes
2. De uno a tres meses
3. De 3 a 6 meses
4. De 6 meses a 3 años
5. De 3 a 5 años
6. Mas de 5 años

Para las siguientes preguntas marque Si o No según considere. EN EL MOMENTO DEL EVENTO TRAUMÁTICO:

- (16) ¿Fue usted lastimado físicamente? SI___ NO__
- (17) ¿Otra persona fue lastimada físicamente? SI___ NO__
- (18) ¿Pensó que su vida estaba en peligro? SI___ NO__
- (19) ¿Pensó que la vida de otra persona estaba en peligro? SI___ NO__
- (20) ¿Se sintió desamparado? SI___ NO__
- (21) ¿Se sintió atemorizado? SI___ NO__

PARTE 3

A continuación hay una lista de problemas que las personas pueden tener después de haber experimentado un evento traumático. Lea cada uno cuidadosamente y marque el número (entre 0 y 3), que mejor describa, con que frecuencia le han afectado estos problemas EN EL MES PASADO, teniendo en cuenta el evento traumático que usted describió en el numeral 14.

0. Nunca o solo una vez

1. Una vez a la semana o menos/ de vez en cuando

2. De dos a cuatro veces a la semana/ La mitad del tiempo

3. Cinco o mas veces a la semana/ La mayoría de las veces

(22) Tener pensamientos o imágenes desconcertantes acerca del evento traumático, las cuales llegan a su mente cuando usted no lo quiere:

0 1 2 3

(23) Tener sueños incómodos o pesadillas acerca del evento traumático:

0 1 2 3

(24) Revivir el evento traumático, actuar o sentir como si estuviera ocurriendo de nuevo:

0 1 2 3

(25) Sentir emociones desagradables cuando recuerda el evento traumático (Por ejemplo sentir miedo, rabia, triste, culpa):

0 1 2 3

(26) Experimentar cambios físicos cuando recuerda el evento traumático (por ejemplo comienza a sudar y a acelerarse los latidos del corazón):

0 1 2 3

(27) Trata de no pensar o hablar acerca del evento traumático:

0 1 2 3

(28) Trata de evitar actividades, personas o lugares que le recuerden el evento traumático:

0 1 2 3

(29) Dificultad para recordar una parte importante del evento traumático:

0 1 2 3

(30) Disminución del interés o la participación en actividades importantes:

0 1 2 3

(31) Sentirse distante o incomunicado de las personas que le rodean:

0 1 2 3

(32) Dificultad para sentir emociones (por ejemplo, ser incapaz de llorar o de tener sentimientos amorosos):

0 1 2 3

(33) Sentir como si sus esperanzas o planes para el futuro no se harán realidad (por ejemplo, no tener una carrera, matrimonio, hijos o una vida larga).

0 1 2 3

(34) Tener problemas para dormir o permanecer dormido:

0 1 2 3

(35) Sentirse irritable, nervioso o con ira:

0 1 2 3

(36) Tener problemas para concentrarse (por ejemplo sentirse perdido en una conversación, perder el hilo de una historia de televisión u olvidar lo que esta leyendo)

0 1 2 3

(37) Estar vigilando las cosas que pasan a su alrededor (por ejemplo, revisar quienes están alrededor suyo o sentirse incomodo con una puerta que de a su espalda):

0 1 2 3

(38) Sentirse nervioso o asustado fácilmente por algo inesperado que ocurre a su alrededor (por ejemplo, cuando alguien camina detrás de usted):

0 1 2 3

(39) ¿Cuánto tiempo ha experimentado los problemas reportados anteriormente?

(Marque solo una opción)

1. Menos de un Mes
2. De uno a tres meses
3. Mas de tres meses

(40) ¿Cuánto tiempo después del evento traumático comenzaron estos problemas?

(Marque solo una opción)

1. Menos de seis meses

2. Seis meses o mas

PARTE 4

Indique a continuación si los problemas que usted marco en la parte tres han interferido con cualquiera de las siguientes áreas de su vida, DURANTE EL ULTIMO MES.

Marque SI y NO:

- (41) Trabajo SI _____ NO_____
- (42) Deberes y tareas en el hogar SI _____ NO_____
- (43) Relación con los amigos SI _____ NO_____
- (44) Actividades de diversión o de ocio SI _____ NO_____
- (45) Estudio SI _____ NO_____
- (46) Relaciones con la familia SI _____ NO_____
- (47) Vida sexual SI _____ NO_____
- (48) Satisfacción general con la vida SI _____ NO_____
- (49) Nivel general de funcionamiento en todas las áreas de su vida SI _____ NO_____

**ESCALA DE PERCEPCIÓN DE RED DE APOYO SOCIAL PARA
POBLACION ADOLESCENTES**

A continuación usted encontrará una serie de items a los cuales usted deberá responder de acuerdo con su manera de pensar. Es importante que tenga en cuenta que no hay respuestas buenas ni malas, simplemente se busca como objetivo conocer su opinión.

1. Tengo la posibilidad de practicar deporte:

SI _____ NO _____

2. El deporte que más me gusta practicar es: (Por favor jerarquice tres opciones de deportes que le gusten, siendo 1 el que mas le gusta y tres el que menos le agrada)

- Fútbol
- Voleibol
- Básquetbol
- Tejo
- Billar

3. Frente a la posibilidad de practicar el deporte que más me gusta me siento satisfecho :

1. Siempre
2. La mayoría de las veces
3. Indiferente
4. Algunas veces
5. Nunca

4. **En el último mes tuve acceso a practicar deporte:**

- a. Nunca
- b. Una vez a la semana
- c. De 2 a 4 veces a la semana
- d. 5 o más veces a la semana

5. **He hablado con mis padres sobre mis problemas :**

SI_____ NO_____

6. **Frente al apoyo que me brindan mis padres en momentos difíciles yo me siento satisfecho:**

- 1. Siempre
- 2. La mayoría de las veces
- 3. Indiferente
- 4. Algunas veces
- 5. Nunca

7. **En momentos difíciles yo he sentido el apoyo de mi escuela (profesores o directivos):**

SI_____ NO_____

8. **Mis profesores o directivos me han brindado consejos y posibles soluciones a mis dificultades, frente a las cuales yo me siento satisfecho:**

- 1. Siempre
- 2. La mayoría de las veces
- 3. Indiferente
- 4. Algunas veces
- 5. Nunca

11. **He recibido el apoyo de mis amigos en momentos difíciles:**

SI _____ NO _____

12. **Al hablar con mis amigos sobre mis problemas yo me siento satisfecho:**

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Indiferente
4. Algunas veces
5. Nunca

13. **He sentido la posibilidad de acceder a un servicio médico desde que llegué a Bogotá:**

SI _____ NO _____

14. **Frente a la posibilidad de acceder a un servicio médico me siento satisfecho:**

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Indiferente
4. Algunas veces
5. Nunca

15. **La forma como me estoy alimentando para mi es satisfactoria:**

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Indiferente
4. Algunas veces
5. Nunca

16. **Generalmente como:**

- a. Una vez al día
- b. Dos veces al día
- c. Tres o más veces al día
- d. Pocas veces a la semana
- e. Pocas veces al mes

17. **Tengo lugares donde puedo acceder para recrearme :**

SI _____ NO _____

18. **Frente a la posibilidad de recrearme yo me siento satisfecho :**

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Indiferente
- 4. Algunas veces
- 5. Nunca

19. **Puedo acceder a lugares de diversión:**

- a. 5 o más veces a la semana
- b. De 2 a 4 veces por semana
- c. Una vez a la semana
- d. Nunca

20. **Cuenta usted o ha contado con el apoyo de las siguientes instituciones / personas posteriormente a su desplazamiento?**

ENTIDAD	SI	NO
Partidos o Movimientos Políticos		
Sindicatos		
Organizaciones No Gubernamentales (ONG)		
Estado (en cuanto a:)		

Servicio de Salud		
Servicio de Vivienda		
Servicio de Alimentación		
Servicios Laborales / Académicos		

21. **Frente al apoyo brindado por parte de esas instituciones yo me he sentido**

satisfecho :

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Indiferente
4. Algunas veces
5. Nunca

22. **En este momento tengo una vivienda estable donde vivir:**

SI_____ NO_____

23. **Frente a esa vivienda yo me siento satisfecho :**

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Indiferente
4. Algunas veces
5. Nunca

ACS FORMA GENERAL

INSTRUCCIONES

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este Cuestionario encontrarás una

lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar en la Hoja de respuestas la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

No me ocurre nunca o no lo hago	A
Me ocurre o lo hago raras veces	B
Me ocurre o lo hago algunas veces	C
Me ocurre o lo hago a menudo	D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	E

Por ejemplo, si **algunas veces** te enfrentas a tus problemas mediante la acción de «Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema», deberías marcar la C como se indica a continuación:

1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema A B C D E

**DEBERÁS ANOTAR TODAS TUS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE RESPUESTAS.
NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO.**

- Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema.
- Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema.
- Seguir con mis tareas como es debido.
- Preocuparme por mi futuro.
- Reunirme con amigos.
- Producir una buena impresión en las personas que me importan.
- Esperar que ocurra lo mejor.
- No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada.
- Llorar o gritar.
- Organizar una acción o petición en relación con mi problema.
- Ignorar el problema.
- Criticarme a mí mismo.
- Guardar mis sentimientos para mí solo.
- Dejar que Dios se ocupe de mis problemas.
- Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que los míos no parezcan tan graves.
- Pedir consejo a una persona competente.
- Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión.
- Hacer deporte.
- Hablar con otros para apoyarnos mutuamente.
- Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades.
- Asistir a clase con regularidad.
- Preocuparme por mi felicidad.
- Llamar a un amigo íntimo.



Autores: Erica Frydenberg y Ramon Lewis.

Copyright © 1993 by ACER. Australian Council for Educational Research Ltd.

Copyright © de la edición española 1995 by TEA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID. Imprime CIPSA, Orense, 68 - 28020 Madrid - D. Legal: M - 5394 - 1995.

No me ocurre nunca o no lo hago	A
Me ocurre o lo hago raras veces	B
Me ocurre o lo hago algunas veces	C
Me ocurre o lo hago a menudo	D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	E

24. Preocuparme por mis relaciones con los demás.
25. Desear que suceda un milagro.
26. Simplemente, me doy por vencido.
27. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas (no medicamentos).
28. Organizar un grupo que se ocupe del problema.
29. Ignorar conscientemente el problema.
30. Darme cuenta de que yo mismo me hago difíciles las cosas.
31. Evitar estar con la gente.
32. Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva.
33. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas.
34. Conseguir ayuda o consejo de un profesional.
35. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades.
36. Mantenerme en forma y con buena salud.
37. Buscar ánimo en otros.
38. Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta.
39. Trabajar intensamente.
40. Preocuparme por lo que está pasando.
41. Empezar una relación personal estable.
42. Tratar de adaptarme a mis amigos.
43. Esperar que el problema se resuelva por sí solo.
44. Me pongo malo.
45. Trasladar mis frustraciones a otros.
46. Ir a reuniones en las que se estudia el problema.
47. Borrar el problema de mi mente.
48. Sentirme culpable.
49. Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa.
50. Leer un libro sagrado o de religión.
51. Tratar de tener una visión alegre de la vida.
52. Pedir ayuda a un profesional.
53. Buscar tiempo para actividades de ocio.
54. Ir al gimnasio a hacer ejercicio.
55. Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él.
56. Pensar en lo que estoy haciendo y por qué.
57. Triunfar en lo que estoy haciendo.
58. Inquietarme por lo que me pueda ocurrir.
59. Tratar de hacerme amigo íntimo de un chico o de una chica.
60. Mejorar mi relación personal con los demás.
61. Soñar despierto que las cosas irán mejorando.
62. No tengo forma de afrontar la situación.
63. Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo.
64. Unirme a gente que tiene el mismo problema.
65. Aislarme del problema para poder evitarlo.
66. Considerarme culpable.
67. No dejar que otros sepan cómo me siento.
68. Pedir a Dios que cuide de mí.
69. Estar contento de cómo van las cosas.
70. Hablar del tema con personas competentes.
71. Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos.
72. Pensar en distintas formas de afrontar el problema.
73. Dedicarme a mis tareas en vez de salir.
74. Inquietarme por el futuro del mundo.
75. Pasar más tiempo con el chico o chica con quien suelo salir.
76. Hacer lo que quieren mis amigos.
77. Imaginar que las cosas van a ir mejor.
78. Sufro dolores de cabeza o de estómago.
79. Encontrar una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas.
80. Anota en la Hoja de respuestas cualquier otra cosa que sueles hacer para afrontar tus problemas.

APÉNDICE B

FORMATO DE CALIFICACIÓN PARA LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE RED DE APOYO SOCIAL PARA ADOLESCENTES

Áreas de red formal	Cantidad	Calidad	Nivel de Satisfacción/ Puntaje ajustado
Deportiva	Si = 96% NO = 4%	Nunca 8% Una vez a la semana 48% De 2 a 4 veces por semana 20% 5 o más veces a la semana 24%	Puntaje ajustado de <u>186</u> que se representa en: Totalmente Insatisfactorio = 2 Insatisfactorio = 3 Indiferente = 2 Satisfactorio = 18 Totalmente satisfactorio = 25
Recreativa	SI = 70% NO = 30%	Nunca = 20% Una vez a la semana = 44% De 2 a 4 veces por semana = 22% 5 o más veces a la semana = 14%	<u>180</u> representado en: Totalmente insatisfactorio = 4 Insatisfactorio = 10 Indiferente = 7 Satisfactorio = 10 Totalmente satisfactorio = 19
Académica	SI = 54% NO = 46% En cuanto al apoyo recibo por el Estado posterior al desplazamiento: SI = 56% NO = 44%		<u>162</u> representado en: Totalmente insatisfactorio = 8 Insatisfactorio = 13 Indiferente = 1 Satisfactorio = 15 Totalmente satisfactorio = 13
Salud	SI = 88% NO = 12% En cuanto al apoyo recibido por parte del Estado posterior al desplazamiento: SI = 88%		<u>141</u> representado en: Totalmente insatisfactorio = 5 Insatisfactorio = 11 Indiferente = 1 Satisfactorio = 14

	NO = 16%		Totalmente satisfactorio =19
Vivienda	SI =60% NO =40% En cuanto al apoyo recibido por parte del Estado posterior al desplazamiento: SI =36% NO =64%		<u>161</u> representado en: Totalmente insatisfactorio =12 Insatisfactorio =7 Indiferente =6 Satisfactorio =8 Totalmente satisfactorio =17
Alimentación		Nunca = 0 Una vez al día =6% 2 veces al día =34% 3 o más veces al día =60%	<u>197</u> representado en: Totalmente insatisfactorio =0 Insatisfactorio =8 Indiferente = 4 Satisfactorio =21 Totalmente satisfactorio = 17
Política	<i>Partidos políticos:</i> SI =20% NO =80% <i>Sindicatos:</i> SI =44% NO = 56% <i>ONG</i> SI =100%		<u>198</u> representado en: Totalmente insatisfactorio 1 Insatisfactorio =10 Indiferente =1 Satisfactorio =16 Totalmente satisfactorio =22

Áreas Red Informal	Cantidad	Nivel de Satisfacción/ Puntaje Ajustado
Social	SI =78% NO =22%	179 representado en: Totalmente insatisfactorio =5 Insatisfactorio = 10 Indiferente =1 Satisfactorio = 19 Totalmente Satisfactorio =15
Familiar	SI =44% NO =56%	176 representado en: Totalmente insatisfactorio =3 Insatisfactorio =13 Indiferente =7 Satisfactorio =9 Totalmente satisfactorio =18

APENDICE C

Am	Amenaza
AR	Amenaza de Reclutamiento
R	Reclutamiento
As	Asesinato
At	Atentado
NS	No sabe
Nr	Nariño
B	Boyaca
T	Tolima
H	Huila
M	Meta
Cn	Cundinamarca
Ch	Choco
Ca	Caldas
S	Santander
Cq	Caqueta
Cc	Cauca

CB	Ciudad Bolivar
Us	Usme
Su	Suba
Bo	Bosa
PA	Puente Aranda
En	Engativa
San	Santafe

Cm	Combate
NE	Asalto no sexual Por Extraño
NC	Asalto no sexual por conocido
SE	Asalto sexual por extraño
SC	Asalto sexual por conocido
Tt	Tortura
Rc	Reclusión
Ac	Accidente
MQ	Muerte de ser querido

CARACTERIZACION DE LA POBLACION

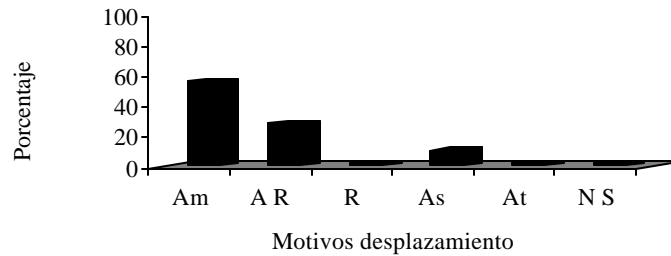


Figura 1. Distribución de los eventos desencadenantes de la situación de desplazamiento

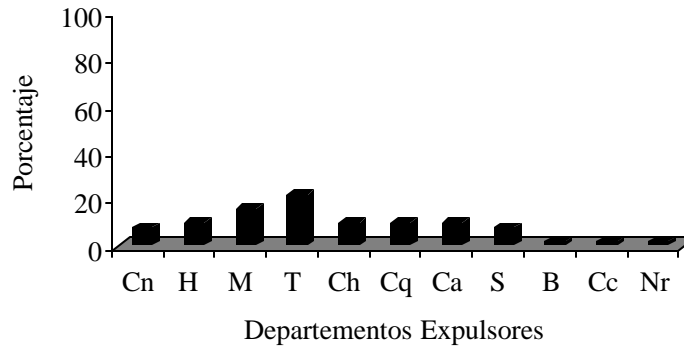


Figura 2. Distribución de los departamentos expulsos

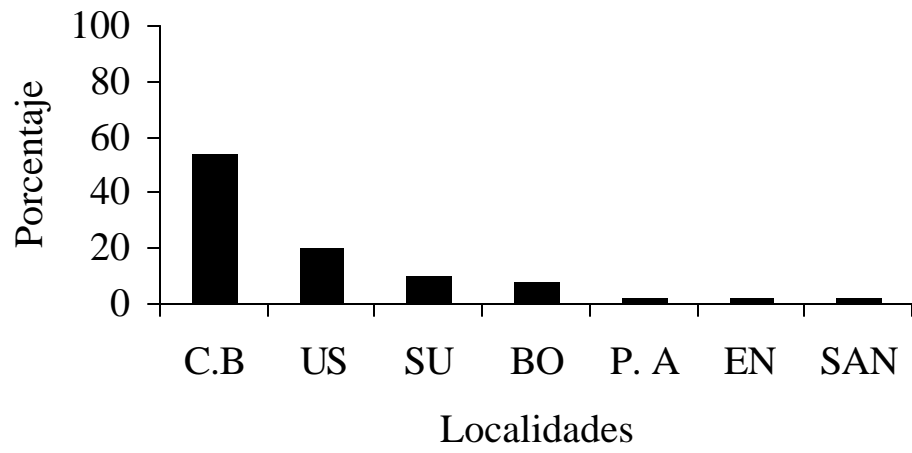


Figura 3. Localidades que acogen a los jóvenes en situación de desplazamiento

RESULTADOS SOBRE LA EVALUACION DIAGNOSTICA DEL DESORDEN DE PTSD

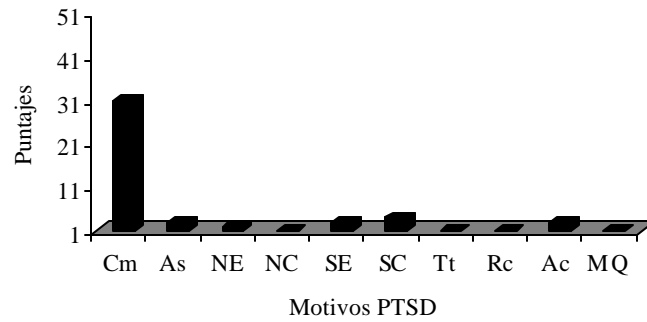


Figura 4. Distribución de los motivos desencadenantes de PTSD

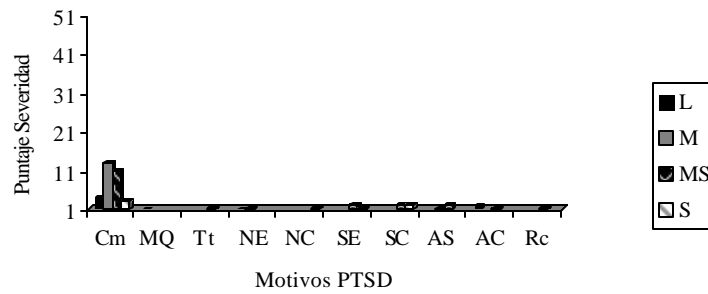


Figura 5. Clasificación de eventos traumáticos relacionados con la severidad en los síntomas

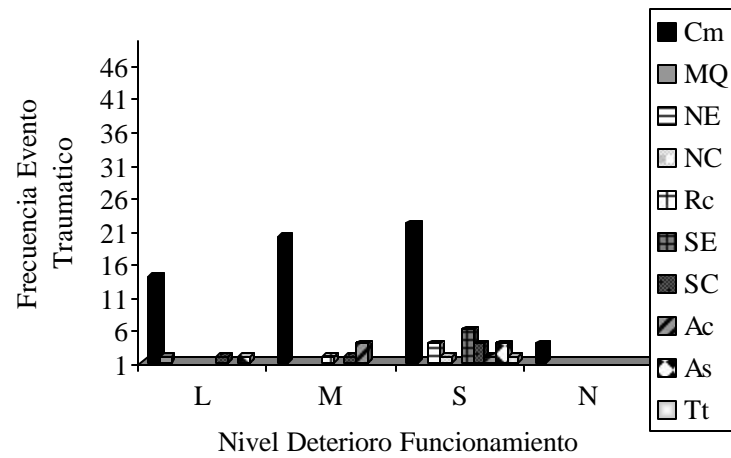


Figura 6. Clasificación de eventos traumáticos relacionados con el nivel de deterioro del funcionamiento

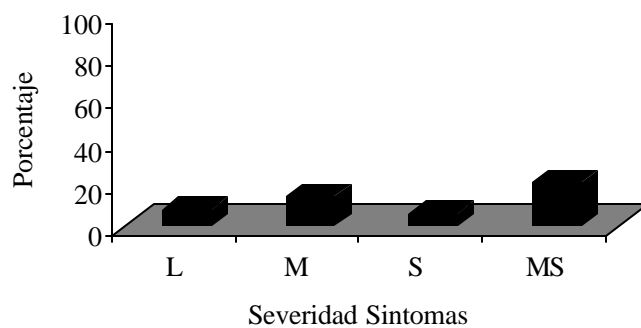


Figura 7. Distribución en la clasificación de severidad de los síntomas de PTSD

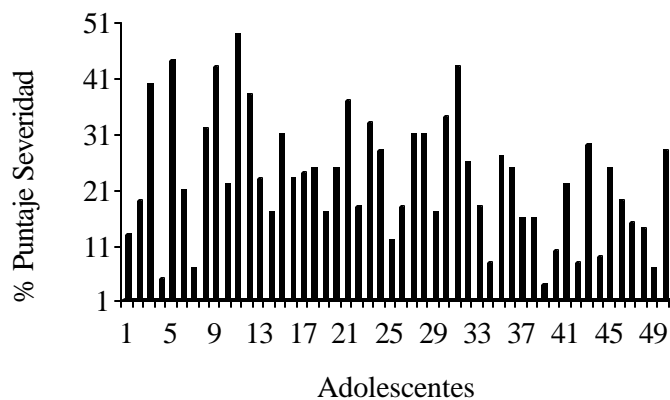


Figura 8. Distribución del porcentaje en los puntajes individuales de severidad en los síntomas de PTSD

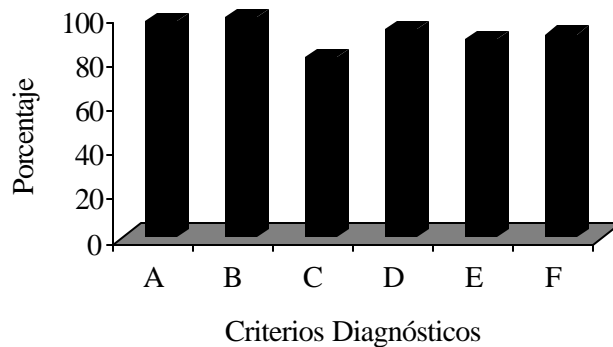


Figura 9. Porcentaje del cumplimiento de los criterios diagnósticos de PTSD en la población adolescentes en situación de desplazamiento

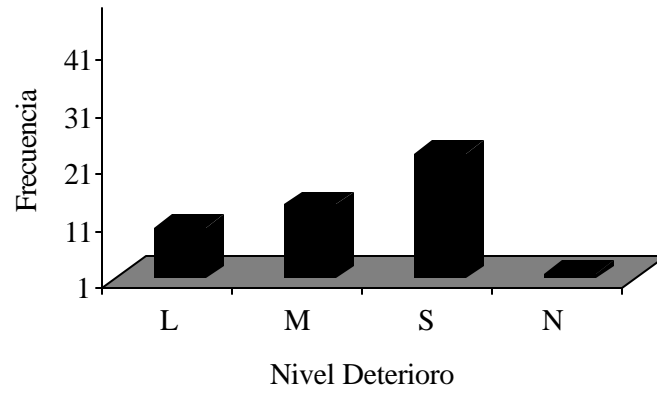
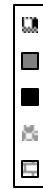


Figura 10. Frecuencia en el nivel de deterioro del funcionamiento en los jóvenes en situación de desplazamiento

Porcentaje

0.0

Severidad



*RESULTADOS SOBRE LA EVALUACION DE LAS
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO*

As	Apoyo Social	Rt	Reducir la tension
Rp	Resolver el problema	So	Acción social
Pr	Preocuparse	Ip	Ignorar el problema
Ai	Invertir en amigos	Cu	Autoinculparse
Pe	Buscar pertenencia	Re	Reservarlo para si
Hi	Hacerse ilusiones	Ae	Buscar apoyo espiritual
Na	Falta de afrontamiento	Po	Fijarse en lo positivo
Es	Esforzarse y tener éxito	Ap	Buscar apoyo profesional
Dr	Diversiones relajantes	Fi	Distraccion fisica

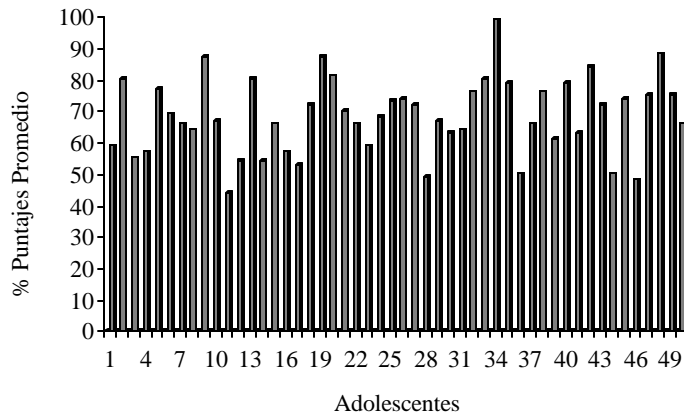


Figura 11. Distribución del porcentaje en el puntaje promedio de las estrategias de afrontamiento en relación con los demás

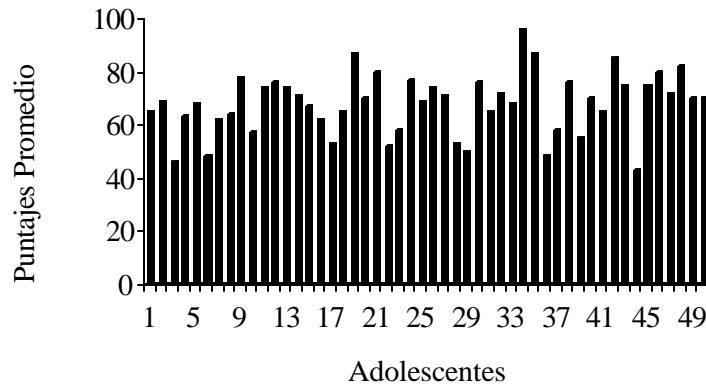


Figura 12. Distribución del puntaje promedio de las estrategias de afrontamiento dirigida ala solución del problema

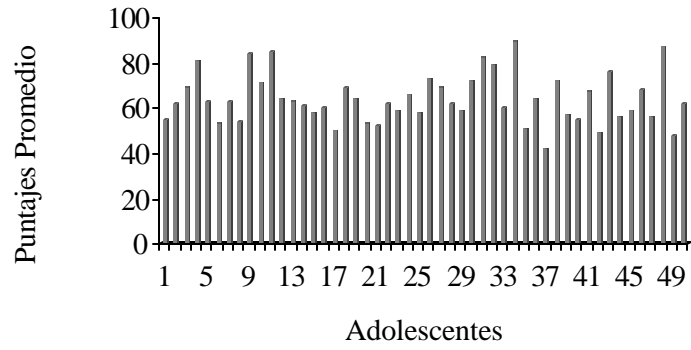


Figura 13. Distribución del puntaje promedio de las estrategias de afrontamiento improductivo

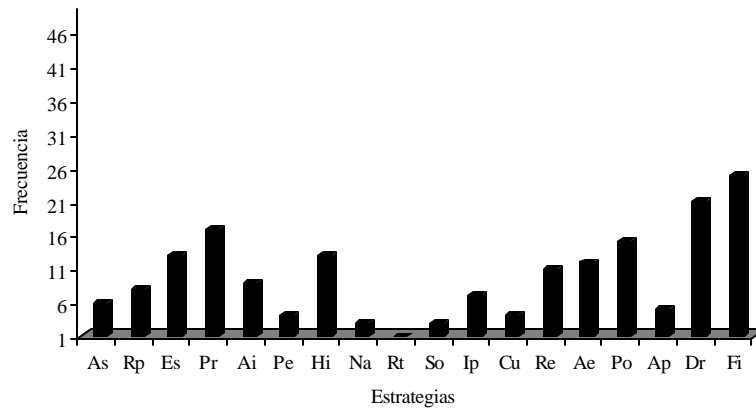


Figura 14. Distribución de las estrategias de afrontamiento empleadas con mayor frecuencia

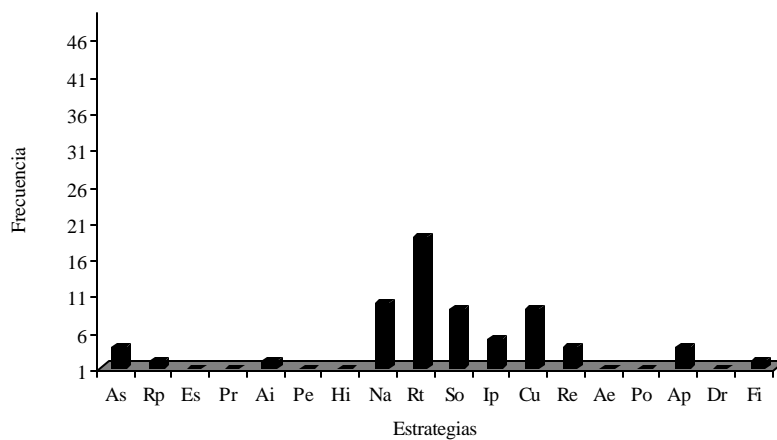


Figura 15. Distribución de las estrategias de afrontamiento empleadas con menor frecuencia

*RESULTADOS SOBRE LA EVALUACION DE LA
PERCEPCIÓN DE RED DE APOYO SOCIAL*

PP	Partidos Políticos	Ad	Académicos
Snd	Sindicatos	ONG	Org. No Gubernamental
Sd	Salud	AL	Alimentación
Vv	Vivienda		

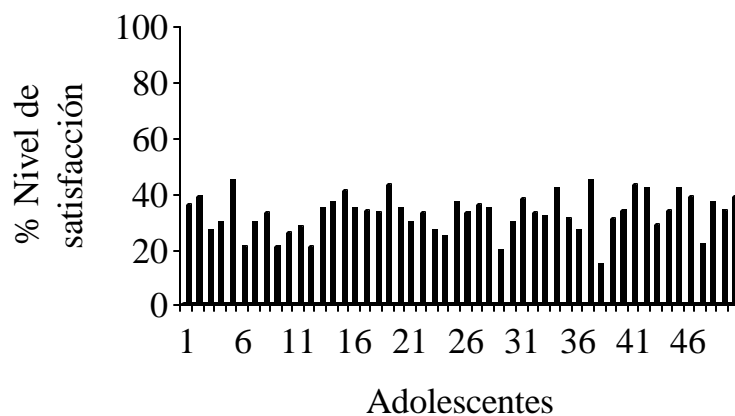
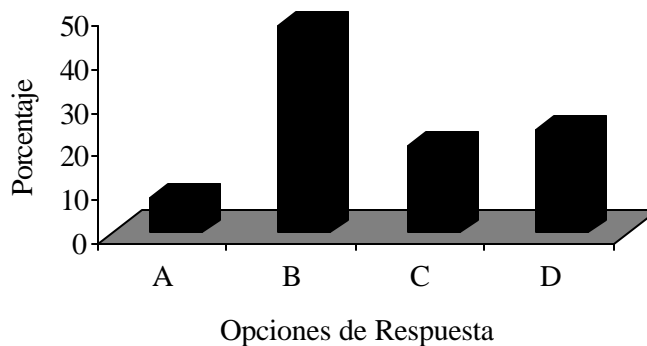
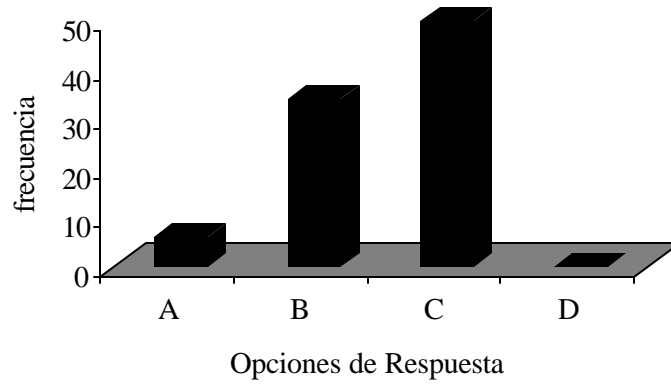


Figura 16. Distribución de los porcentajes de los puntajes totales del nivel de satisfacción individual frente a la percepción de red de apoyo



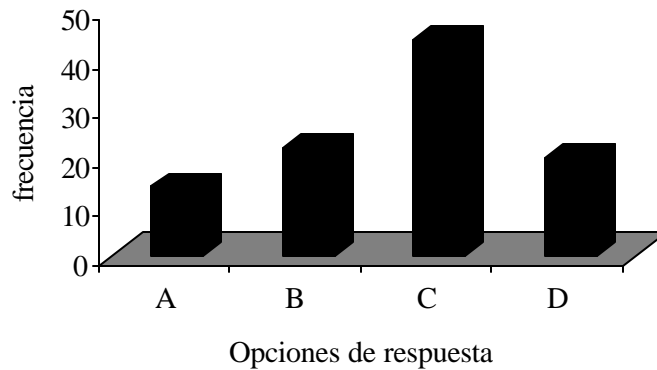
A	Nunca
B	1 Vez a la semana
C	2 -4 veces por semana
D	5 o más veces por semana

Figura 17. Distribución del porcentaje en la frecuencia en el acceso al deporte en los jóvenes en situación de desplazamiento



A	Una vez al día
B	Dos veces al día
C	Tres o más veces al día
D	Pocas veces a la semana

Figura 18. Distribución del porcentaje en la frecuencia de los jóvenes al alimentarse



A	5 o mas veces a la semana
B	2-4 veces por semana
C	Una vez a la semana
D	Nunca

Figura 19. Distribución del porcentaje en la frecuencia en el acceso a lugares de recreación en los jóvenes en situación de desplazamiento

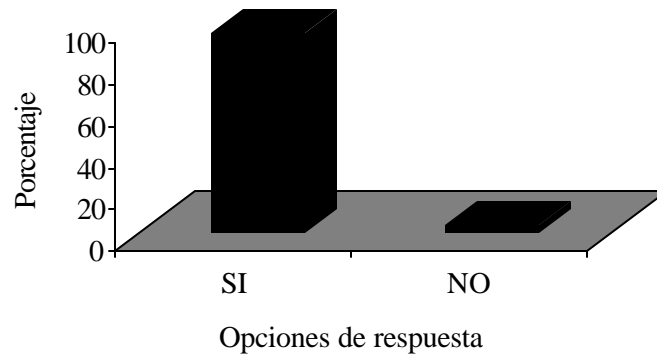


Figura 20. Distribución del porcentaje en el acceso al deporte en los jóvenes en situación de desplazamiento

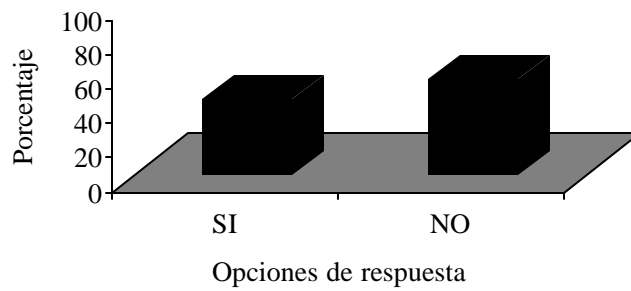


Figura 21 . Distribución del porcentaje en la frecuencia en el apoyo de los padres a los jóvenes en situación de desplazamiento

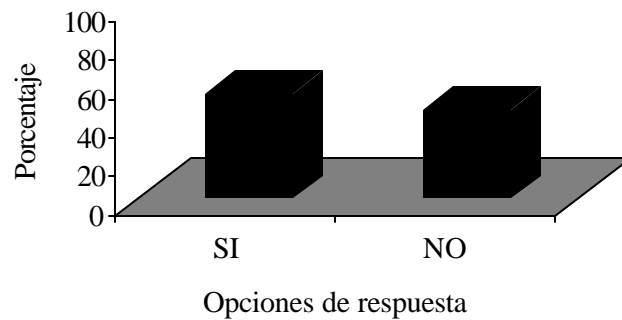


Figura 22. Distribución del porcentaje en la frecuencia del apoyo de la escuela a los jóvenes en situación de desplazamiento

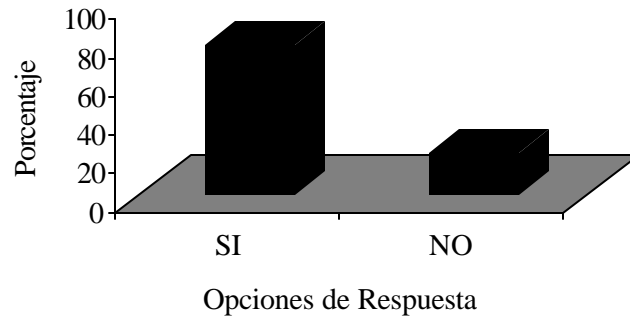


Figura 23. Distribución del porcentaje en la frecuencia del apoyo de los amigos a los jóvenes en situación de desplazamiento.

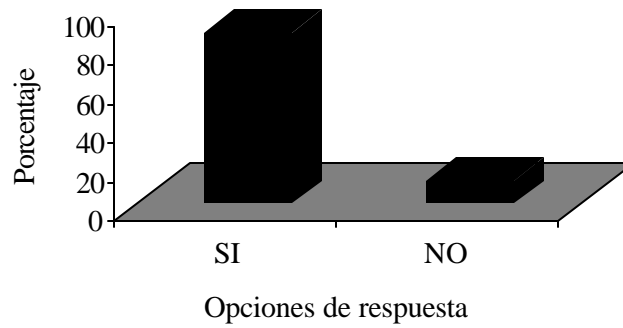


Figura 24. Distribución del porcentaje en la frecuencia del acceso médico de los jóvenes en situación de desplazamiento desde su llegada a Bogotá

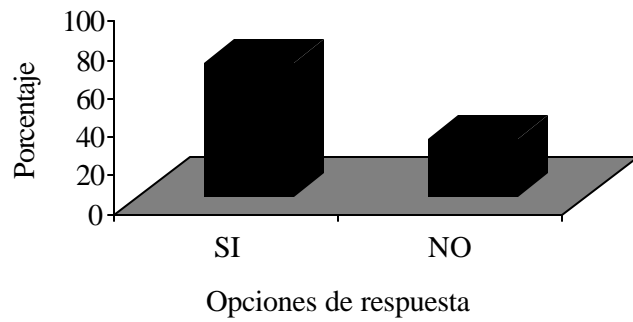


Figura 25. Distribución del porcentaje en el acceso a lugares de recreación de los jóvenes en situación de desplazamiento

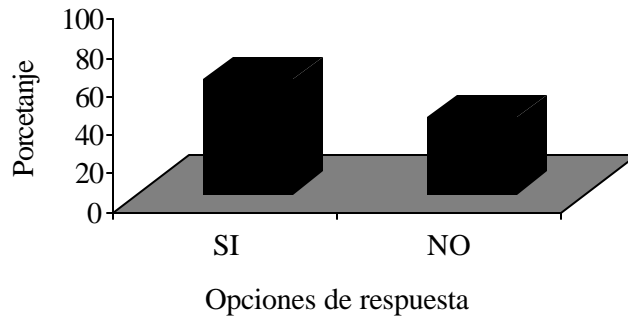


Figura 26. Distribución del porcentaje en la frecuencia del acceso a una vivienda estable en los jóvenes en situación de desplazamiento

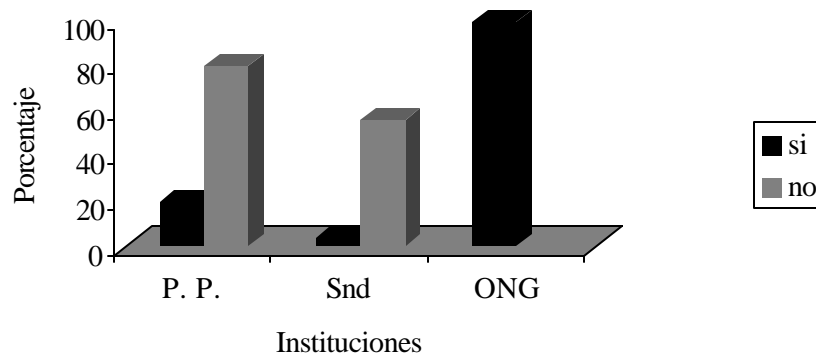


Figura 27. Porcentaje del apoyo institucional brindado a los jóvenes en situación de desplazamiento

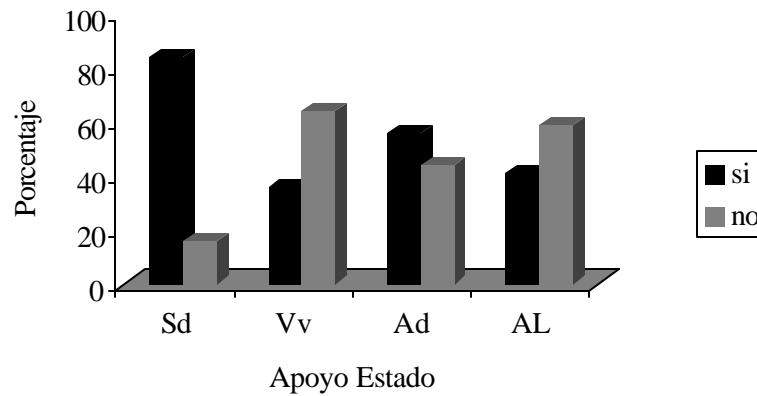
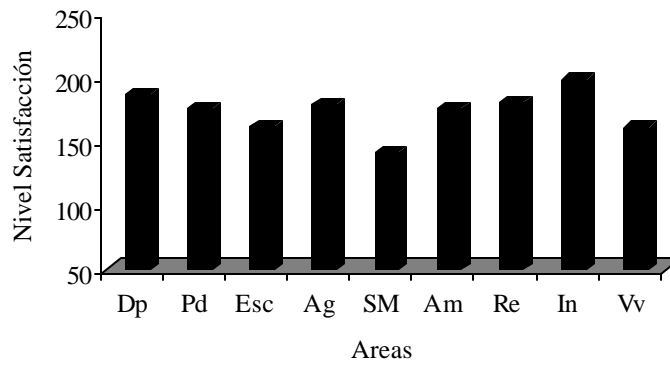


Figura 28. Porcentaje del apoyo brindado por parte del Estado a los jóvenes en situación de desplazamiento



Dp	Deporte
Pd	Padres
Esc	Escuela
Ag	Amigos
SM	Servicio Médico
Am	Alimentación
Re	Recreación
In	Instituciones
Vv	Vivienda

Figura 29. Nivel de satisfacción de los adolescentes en situación de desplazamiento frente a su red de apoyo social

APENDICE D

PRUEBAS NO PARAMÉTRICAS

Tabla 1

Datos estadísticos descriptivos de la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA)

	N	Media	Desvesta	Mínimo	Máximo
FOA	50	45.180	21.852	8	96

Tabla 2

Datos estadísticos descriptivos de la Escala de Estrategias de Afrontamiento para adolescentes (ACS): Relación con los Demás.

	N	Media	Desvesta	Mínimo	Máximo
ACS1	50	68.300	11.920	44	99

Tabla 3

Datos estadísticos descriptivos de Afrontamiento para adolescentes (ACS): Dirigido a la Solución del Problema

	N	Media	Desvesta	Mínimo	Máximo
ACS2	50	67.760	11.580	43	96

Tabla 4

Datos estadísticos descriptivos de la Escala de Estrategias de Afrontamiento para adolescentes (ACS): Improductivo

	N	Media	Desvesta	Mínimo	Máximo
ACS3	50	63.700	10.805	42	89

Tabla 5

Datos estadísticos descriptivos de la Escala de Percepción de Red de Apoyo Social para adolescentes

	N	Media	Desvesta	Mínimo	Máximo
RED	50	73.100	15.544	33	100

Tabla 6

Frecuencias obtenidas para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA)

FOA

	N observado	N esperado	Residual
8.0	1.0	1.471	-0.471
10.0	1.0	1.471	-0.471
14.0	2.0	1.471	0.529
16.0	2.0	1.471	0.529
18.0	1.0	1.471	-0.471
20.0	1.0	1.471	-0.471
24.0	1.0	1.471	-0.471
25.0	1.0	1.471	-0.471
27.0	1.0	1.471	-0.471
29.0	1.0	1.471	-0.471
31.0	2.0	1.471	0.529
33.0	3.0	1.471	1.529
35.0	3.0	1.471	1.529
37.0	2.0	1.471	0.529
41.0	1.0	1.471	-0.471
43.0	2.0	1.471	0.529
45.0	2.0	1.471	0.529
47.0	1.0	1.471	-0.471
49.0	4.0	1.471	2.529
54.0	1.0	1.471	-0.471
55.0	2.0	1.471	0.529
57.0	1.0	1.471	-0.471
58.0	1.0	1.471	-0.471
61.0	3.0	1.471	1.529
63.0	1.0	1.471	-0.471
65.0	1.0	1.471	-0.471
67.0	1.0	1.471	-0.471
73.0	1.0	1.471	-0.471
75.0	1.0	1.471	-0.471
78.0	1.0	1.471	-0.471
84.0	1.0	1.471	-0.471
86.0	1.0	1.471	-0.471
89.0	1.0	1.471	-0.471
96.0	1.0	1.471	-0.471
Total	50.0		

Tabla 7

Frecuencias obtenidas para la Escala de Estrategias de Afrontamiento para adolescentes (ACS): Relación con los Demás ACS1

	N observado	N esperado	Residual
44.0	1.0	1.667	-0.667
48.0	1.0	1.667	-0.667
49.0	1.0	1.667	-0.667
50.0	2.0	1.667	0.333
53.0	1.0	1.667	-0.667
54.0	2.0	1.667	0.333
55.0	1.0	1.667	-0.667
57.0	2.0	1.667	0.333
59.0	2.0	1.667	0.333
61.0	1.0	1.667	-0.667
63.0	2.0	1.667	0.333
64.0	2.0	1.667	0.333
66.0	5.0	1.667	3.333
67.0	2.0	1.667	0.333
68.0	1.0	1.667	-0.667
69.0	1.0	1.667	-0.667
70.0	1.0	1.667	-0.667
72.0	3.0	1.667	1.333
73.0	1.0	1.667	-0.667
74.0	2.0	1.667	0.333
75.0	2.0	1.667	0.333
76.0	2.0	1.667	0.333
77.0	1.0	1.667	-0.667
79.0	2.0	1.667	0.333
80.0	3.0	1.667	1.333
81.0	1.0	1.667	-0.667
84.0	1.0	1.667	-0.667
87.0	2.0	1.667	0.333
88.0	1.0	1.667	-0.667
99.0	1.0	1.667	-0.667
Total	50.0		

Tabla 8

Frecuencias obtenidas para la Escala de Estrategias de Afronamiento para adolescentes (ACS): Dirigido a la Solución de Problemas

ACS2

	N observado	N esperado	Residual
43.0	1.0	1.724	-0.724
46.0	1.0	1.724	-0.724
48.0	2.0	1.724	0.276
50.0	1.0	1.724	-0.724
52.0	1.0	1.724	-0.724
53.0	2.0	1.724	0.276
55.0	2.0	1.724	0.276
57.0	1.0	1.724	-0.724
58.0	1.0	1.724	-0.724
62.0	2.0	1.724	0.276
63.0	1.0	1.724	-0.724
64.0	1.0	1.724	-0.724
65.0	4.0	1.724	2.276
67.0	1.0	1.724	-0.724
68.0	2.0	1.724	0.276
69.0	2.0	1.724	0.276
70.0	4.0	1.724	2.276
71.0	2.0	1.724	0.276
72.0	2.0	1.724	0.276
74.0	3.0	1.724	1.276
75.0	2.0	1.724	0.276
76.0	3.0	1.724	1.276
77.0	1.0	1.724	-0.724
78.0	1.0	1.724	-0.724
80.0	2.0	1.724	0.276
82.0	1.0	1.724	-0.724
85.0	1.0	1.724	-0.724
87.0	2.0	1.724	0.276
96.0	1.0	1.724	-0.724
Total	50.0		

Tabla 9

Frecuencias obtenidas para la Escala de Estrategias de Afronamiento para adolescentes (ACS): Improductivo

ACS3

	N observado	N esperado	Residual
42.0	1.0	1.563	-0.563

48.0	1.0	1.563	-0.563
49.0	1.0	1.563	-0.563
50.0	1.0	1.563	-0.563
51.0	1.0	1.563	-0.563
52.0	1.0	1.563	-0.563
53.0	2.0	1.563	0.438
54.0	1.0	1.563	-0.563
55.0	2.0	1.563	0.438
56.0	2.0	1.563	0.438
57.0	1.0	1.563	-0.563
58.0	2.0	1.563	0.438
59.0	3.0	1.563	1.438
60.0	4.0	1.563	2.438
61.0	1.0	1.563	-0.563
62.0	3.0	1.563	1.438
63.0	3.0	1.563	1.438
64.0	3.0	1.563	1.438
67.0	1.0	1.563	-0.563
68.0	1.0	1.563	-0.563
69.0	3.0	1.563	1.438
71.0	1.0	1.563	-0.563
72.0	2.0	1.563	0.438
73.0	1.0	1.563	-0.563
76.0	1.0	1.563	-0.563
79.0	1.0	1.563	-0.563
81.0	1.0	1.563	-0.563
82.0	1.0	1.563	-0.563
84.0	1.0	1.563	-0.563
85.0	1.0	1.563	-0.563
87.0	1.0	1.563	-0.563
89.0	1.0	1.563	-0.563
Total	50.0		

Tabla 10

Frecuencias obtenidas para la Escala de Percepción de Red de Apoyo Social para adolescentes

RED

	N observado	N esperado	Residual
33.0	1.0	2.174	-1.174

44.0	2.0	2.174	-0.174
47.0	2.0	2.174	-0.174
49.0	1.0	2.174	-1.174
56.0	1.0	2.174	-1.174
58.0	1.0	2.174	-1.174
60.0	3.0	2.174	0.826
62.0	1.0	2.174	-1.174
64.0	1.0	2.174	-1.174
67.0	4.0	2.174	1.826
69.0	2.0	2.174	-0.174
71.0	1.0	2.174	-1.174
73.0	5.0	2.174	2.826
76.0	4.0	2.174	1.826
78.0	4.0	2.174	1.826
80.0	2.0	2.174	-0.174
82.0	3.0	2.174	0.826
84.0	1.0	2.174	-1.174
87.0	3.0	2.174	0.826
91.0	1.0	2.174	-1.174
93.0	3.0	2.174	0.826
96.0	2.0	2.174	-0.174
100.0	2.0	2.174	-0.174
Total	50.0		

PRUEBA CHI CUADRADA

Tabla 11
*Pruebas Estadísticas para la Escala de Diagnóstico de
 Desorden de Estrés Postraumático (FOA)*

	FOA
Chi Cuadrado	13.920
df	33.000
% significancia	0.999

Tabla 12
Pruebas Estadísticas para la Escala de Estrategias de Afrontamiento

para Adolescentes (ACS): Relación con los demás

	ACS1
Chi Cuadrado	13.600
df	29.000
% significancia	0.993

Tabla 13

Pruebas estadísticas para la Escala de Estrategias de Afrontamiento para adolescentes (ACS): Dirigido a la Solución de Problemas

	ACS2
Chi Cuadrada	12.640
df	28.000
Asymp. Sig.	0.994

Tabla 14

Pruebas estadísticas para la Escala de Estrategias de Afrontamiento para adolescentes (ACS): Improductivo

	ACS3
Chi Cuadrada	15.280
df	31.000
Asymp. Sig.	0.992

Tabla 15

Pruebas estadísticas para la Escala de Percepción de Red de Apoyo Social para adolescentes

Pruebas estadísticas

	RED
Chi Cuadrada	15.320
df	22.000
Asymp. Sig.	0.848

AFRONTAMIENTO ESTRATEGIA POR ESTRATEGIA

CORRELACIONES NO PARAMÉTRICAS

Tabla 20

Correlación Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático y la Estrategia de Afrontamiento de Apoyo Espiritual

			FOA	AE
Spearman' s rho	FOA	Coefficiente Correlación	1.000	-0.058
		Sig. (2-colas)	,	0.690
		N	50	50
	AE	Coefficiente Correlación	-0.058	1.000
		Sig. (2-colas)	0.690	,
		N	50	50

Tabla 21

Correlación de Sperman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático y la Estrategia de Afrontamiento: Invertir en Amigos Intimos

			FOA	AI
Spearman' s rho	FOA	Coefficiente correlación	1.000	-0.095
		Sig. (2-colas)	,	0.511
		N	50	50
	AI	Coefficiente correlación	-0.095	1.000
		Sig. (2-colas)	0.511	,
		N	50	50

Tabla 22

Correlación de Sperman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático y la Estrategia de Afrontamiento de Acción Social

			FOA	SO
Spearman' s rho	FOA	Coefficiente Correlación	1.000	-0.027
		Sig. (2-colas)	,	0.854
		N	50	50
	SO	Coefficiente Correlación	-0.027	1.000
		Sig. (2-colas)	0.854	,
		N	50	50

Tabla 23

Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático y la Estrategia de Afrontamiento de Autoinculparse

			FOA	CU
Spearman' s rho	FOA	Coeficiente Correlación	1.000	-0.050
		Sig. (2-colas)	,	0.728
		N	50	50
	CU	Coeficiente Correlación	-0.050	1.000
		Sig. (2-colas)	0.728	,
		N	50	50

Tabla 24

Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático y la Estrategia de Afrontamiento de Buscar Distracción Física

			FOA	FI
Spearman' s rho	FOA	Coeficiente Correlación	1.000	-0.005
		Sig. (2-colas)	,	0.975
		N	50	50
	FI	Coeficiente Correlación	-0.005	1.000
		Sig. (2-colas)	0.975	,
		N	50	50

Tabla 25

Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático y la Estrategia de Afrontamiento de Apoyo Social

			FOA	AS
Spearman' s rho	FOA	Coeficiente Correlación	1.000	-0.183
		Sig. (2-colas)	,	0.204
		N	50	50
	AS	Coeficiente Correlación	-0.183	1.000
		Sig. (2-colas)	0.204	,
		N	50	50

Tabla 26

Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático y la Estrategia de Afrontamiento de Concentrarse en Resolver el Problema

			FOA	RP
Spearman' s rho	FOA	Coeficiente Correlación	1.000	-0.085
		Sig. (2-colas)	,	0.555
		N	50	50
	RP	Coeficiente Correlación	-0.085	1.000
		Sig. (2-colas)	0.555	,
		N	50	50

Tabla 27

Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático y la Estrategia de Afrontamiento de Esforzarse y Tener Exito

			FOA	ES
Spearman' s rho	FOA	Coeficiente Correlación	1.000	0.016
		Sig. (2-colas)	,	0.914
		N	50	50
	ES	Coeficiente Correlación	0.016	1.000
		Sig. (2-colas)	0.914	,
		N	50	50

Tabla 28

Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático y la Estrategia de Afrontamiento de Preocuparse

			FOA	PR
Spearman' s rho	FOA	Coeficiente Correlación	1.000	0.048
		Sig. (2-colas)	,	0.739
		N	50	50
	PR	Coeficiente Correlación	0.048	1.000
		Sig. (2-colas)	0.739	,
		N	50	50

Tabla 29

Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático y la Estrategia de Afrontamiento de Buscar Pertenencia

			FOA	PE
Spearman' s rho	FOA	Coeficiente Correlación	1.000	-0.131
		Sig. (2-colas)	,	0.363
		N	50	50
	PE	Coeficiente Correlación	-0.131	1.000
		Sig. (2-colas)	0.363	,
		N	50	50

Tabla 30

Coerrelación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático y la Estrategia de Afrontamiento de Hacerse Ilusiones

			FOA	HI
Spearman' s rho	FOA	Coeficiente Correlación	1.000	0.063
		Sig. (2-colas)	,	0.663
		N	50	50
	HI	Coeficiente Correlación	0.063	1.000
		Sig. (2-colas)	0.663	,
		N	50	50

Tabla 31

Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático y la Estrategia de Afrontamiento de No Afrontamiento

			FOA	NA
Spearman' s rho	FOA	Coeficiente Correlación	1.000	0.175
		Sig. (2-colas)	,	0.224
		N	50	50
	NA	Coeficiente Correlación	0.175	1.000
		Sig. (2-colas)	0.224	,
		N	50	50

Tabla 32

Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático y la Estrategia de Afrontamiento de Reducción de la Tensión

			FOA	RT
Spearman' s rho	FOA	Coefficiente Correlación	1.000	0.353
		Sig. (2-colas)	,	0.012
		N	50	50
	RT	Coefficiente Correlación	0.353	1.000
		Sig. (2-colas)	0.012	,
		N	50	50

Tabla 33

Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático y la Estrategia de Afrontamiento de Ignorar el Problema

			FOA	IP
Spearman' s rho	FOA	Coefficiente Correlación	1.000	0.102
		Sig. (2-colas)	,	0.480
		N	50	50
	IP	Coefficiente Correlación	0.102	1.000
		Sig. (2-colas)	0.480	,
		N	50	50

Tabla 34

Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático y la Estrategia de Afrontamiento de Reservarlo para Sí

			FOA	RE
Spearman' s rho	FOA	Coefficiente Correlación	1.000	0.362
		Sig. (2-colas)	,	0.010
		N	50	50
	RE	Coefficiente Correlación	0.362	1.000
		Sig. (2-colas)	0.010	,
		N	50	50

Tabla 35

Correlación de Spearman rho de la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático y la Estrategia de Afrontamiento de Fijarse en lo Positivo

			FOA	PO
Spearman' s rho	FOA	Coefficiente Correlación	1.000	-0.247

	Sig. (2-colas)	,	0.083
	N	50	50
PO	Coeficiente Correlación	-0.247	1.000
	Sig. (2-colas)	0.083	,
	N	50	50

Tabla 36

Correlación de Spearman rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático y la Estrategia de Afrontamiento de Apoyo Profesional

			FOA	AP
Spearman' s rho	FOA	Coeficiente Correlación	1.000	-0.080
		Sig. (2-colas)	,	0.579
		N	50	50
	AP	Coeficiente Correlación	-0.080	1.000
		Sig. (2-colas)	0.579	,
		N	50	50

Tabla 37

Correlación de Spearman de rho para la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático y la Estrategia de Afrontamiento de Buscar Diversiones Relajantes

			FOA	DR
Spearman' s rho	FOA	Coeficiente Correlación	1.000	-0.264
		Sig. (2-colas)	,	0.064
		N	50	50
	DR	Coeficiente Correlación	-0.264	1.000
		Sig. (2-colas)	0.064	,
		N	50	50

APENDICE F

No	EDAD	T. PERM.	PROCEDENCIA	LOC.	CURSO	M.DESPLAZAMIENTO
1	13	1 año	El peñon C/marca	Usme	6to	Amenaza
2	15	1 año	El peñon C/marca	Usme	6to	Amenaza
3	14	2 años	Pitalito Huila	Suba	4to	Asesinato
4	18	1 año	Pitalito Huila	Suba	5to	Asesinato
5	14	1 año	Neiva Huila	Suba	6to	Amenaza
6	14	8 meses	Pipiral Meta	Usme	9no	Amennaza y Asesinato
7	13	9 meses	Yacopi C/marca	Usme	5to	Amenaza
8	13	1 año	Meta	Usme	7mo	Amenaza
9	16	1 año	Rio Blanco Tolima	C.B	3ro	Amenaza
10	14	3 años y 1/2	Atuco Tolima	C.B	9no	Amenaza
11	14	6 meses	Tabor Choco	C.B	6to	Amenaza Reclutamiento
12	12	7 meses	Tabor Choco	C.B	4to	Amenaza
13	15	7 meses	Prado Tolima	C.B	7mo	Amenaza
14	14	3 años	Planadas Tolima	C.B	6to	Amenaza Reclutamiento
15	14	3 años	San jose del Fragua	C.B	6to	Amenaza
16	17	1 año	El Darian Tolima	C.B	7mo	Amenaza
17	12	1 año	Pensilvania Caldas	C.B	4to	Amenaza Reclutamiento
18	15	5 años	Barranca	C.B	3ro	Amenaza
19	12	11 meses	Ortega Tolima	C.B	5to	Amenaza
20	12	6 meses	Gigante Huila	C.B	5to	No sabe
21	18	1 año	Samana Caldas	C.B	10mo	Amenaza Reclutamiento
22	18	1 año	Samana Caldas	C.B	10mo	Amenaza
23	18	11 meses	Miraflores Boyaca	Suba	7mo	Amenaza Reclutamiento
24	15	1 año	Villavicencio	Usme	5to	Amenaza Asesinato
25	13	2 años	Tolima	Usme	5to	Asesinato
26	18	6 meses	Choco	C.B	6to	Amenaza Reclutamiento
27	12	1 año	Simitarra Santander	C.B	5to	Amenaza
28	12	1 y 3 meses	V.R Tolima	C.B	6to	Amenaza
29	13	8 meses	Simitarra Santander	C.B	5to	Amenaza Reclutamiento
30	13	2 años	Tado Choco	C.B	3ro	Asesinato
31	14	1 año	Quibdo Choco	Bosa	4to	Amenaza
32	12	3 años	Meta	Bosa	4to	Amenaza
33	13	1 año	Santander	Bosa	5to	Amenaza Reclutamiento
34	12	9 meses	Chaparral Tolima	Bosa	5to	Amenaza
35	13	1 año	Cauca	Puente Ar	8vo	Amenaza Reclutamiento
36	14	1 año y medio	Cundinamarca	Usme	6to	Atentado
37	14	8 años	Bucaramanga	C.B	9no	Amenaza
38	16	6 meses	San Vicente del C	C.B		Amenaza
39	18	6 meses	Caqueta	C.B	11avo	Amenaza
40	15	1 año	Chaparral Tolima	Usme	7mo	Reclutamiento
41	12	2 años	Tolima	Usme	5to	Amenaza Reclutamiento
42	17	1 año	Neiva Huila	Suba	6to	Amenaza
43	13	1 año	Villavicencio	C.B	7mo	Amenaza
44	12	3 años	Caqueta	C.B.	3ro	Amenaza Reclutamiento
45	12	1 año	Meta	C.B.	7mo	Amenaza
46	12	2 años	Meta	C.B.	8vo	Amenaza Reclutamiento
47	12	1 año	Villavicencio	C.B	7mo	Amenaza Reclutamiento
48	16	1 año			6to	Amenaza
49	18	2 años	San Vicente del C	Engativa	5to	Amenaza Reclutamiento
50	17	6 meses	Tumaco	Santafe	4to	Amenaza

No	EVENTO	A	B	C	D	E	D. SINT
1	Combate	si	si	si	si	si	Crónico
2	Combate	si	si	si	si	no	No aplica
3	Combate	si	si	si	si	si	Crónico
4	Muerte ser querido	si	si	si	si	si	Crónico
5	Combate	si	si	Inf. In	si	si	Crónico
6	Combate	si	si	si	si	si	Crónico
7	Combate	si	si	no	no	si	Crónico
8	Tortura	si	si	si	si	si	Agudo
9	As. No sexual x c.	si	si	si	si	si	Crónico
10	Combate	si	si	si	si	si	Crónico
11	As. Sexual x c.	si	si	si	si	si	Crónico
12	As. Sexual x c.	si	si	si	si	si	Crónico
13	Combate	si	si	si	si	si	Agudo
14	Combate	si	si	si	si	si	Crónico
15	Asesinato	si	si	si	si	si	Crónico
16	As. Sexual x c.	si	si	si	si	si	Crónico
17	Combate	si	si	si	si	si	Crónico
18	Accidente	si	si	si	si	si	Crónico
19	Combate	si	si	si	si	si	Crónico
20	Combate	si	si	si	si	si	Crónico
21	Combate	si	si	si	si	si	Crónico
22	Combate	si	si	si	si	si	Agudo
23	Reclusión	si	si	si	si	si	Crónico
24	Asesinato	si	si	si	si	si	Crónico
25	Combate	si	si	Inf. In	si	si	Crónico
26	Combate	si	si	si	Inf. In	si	Crónico
27	As. sexual x E.	si	si	si	si	si	Crónico
28	Combate	si	si	si	si	si	Crónico
29	Combate	si	si	si	si	si	Crónico
30	As. sexual x E	si	si	si	si	si	Crónico
31	As. sexual x E	Inf. In	si	si	si	si	Crónico
32	As. no sexual x E	si	si	si	si	si	Crónico
33	Combate	si	si	si	si	si	Crónico
34	Accidente	si	si	no	no	si	Crónico
35	Combate						
36	Combate	si	si	si	si	si	crónico
37	Asesinato	si	si	si	si	no	No aplica
38	Combate	si	si	si	si	si	Crónico
39	Combate	si	si	no	si	no	No aplica
40	Combate	si	si	no	si	si	Crónico
41	Combate	si	si	si	si	si	Crónico
42	Combate	si	si	no	si	si	Crónico
43	Combate	si	si	si	si	si	Crónico
44	Accidente	si	si	no	si	si	Crónico
45	Combate	si	si	si	si	si	Crónico
46	Combate	si	si	si	si	no	No aplica
47	Combate	si	si	si	si	no	No aplica
48	Combate	si	si	si	si	si	Crónico
49	As. no sexual x E	si	si	no	si	si	Crónico
50	As. Sexual x C.	si	si	si	si	si	Crónico

No	F	A-F	Pt. SEV	CLA. SEV	N. DET.
1	si	si	13	Moderado	Leve
2	si	no	19	Moderado	Moderado
3	si	si	40	Severo	Severo
4	si	si	5	Leve	Leve
5	si	no	44	Mod. a severo	Leve
6	si	si	21	Mod. a severo	Severo
7	no	no	7	Leve	Ninguno
8	si	si	32	Mod. a severo	Severo
9	si	si	43	Severo	Severo
10	Info. Incom	no	22	Mod. a severo	Leve
11	si	si	49	Severo	Severo
12	si	si	38	Severo	Leve
13	si	si	23	Mod. a severo	Severo
14	si	si	17	Moderado	Severo
15	si	si	31	Mod. a severo	Severo
16	si	si	23	Mod. a severo	Moderado
17	si	si	24	Mod. a severo	Moderado
18	si	si	25	Mod. a severo	Moderado
19	si	si	17	Moderado	Leve
20	si	si	25	Mod. a severo	Severo
21	si	si	37	Severo	Moderado
22	si	si	18	Moderado	Severo
23	si	si	33	Mod. a severo	Moderado
24	si	si	28	Mod. a severo	Severo
25	si	no	12	Moderado	Moderado
26	si	no	18	Moderado	Moderado
27	si	si	31	Mod.a severo	Severo
28	si	si	31	Mod. a severo	Severo
29	si	si	17	Moderado	Moderado
30	si	si	34	Mod. a severo	Severo
31	si	no	43	Severo	Severo
32	si	si	26	Mod. a severo	Severo
33	si	si	18	Moderado	Severo
34	si	no	8	Leve	Moderado
35	si	si	27	Mod. a severo	
36	si	si	25	Mod. a severo	Moderado
37	no	no	16	Moderado	Leve
38	si	si	16	Moderado	Moderado
39	si	no	4	Leve	Severo
40	si	no	10	Leve	Severo
41	si	si	22	Mod. a severo	Severo
42	si	no	8	Leve	Leve
43	no	no	29	Mod. a severo	No hay Deterioro
44	si	no	9	Leve	Severo
45	si	si	25	Mod. a severo	Moderado
46	si	no	19	Moderado	Leve
47	si	no	15	Moderado	Leve
48	si	si	14	Moderado	Moderado
49	si	no	7	Leve	Severo
50	si	si	28	Mod. a severo	Severo

No	As	Rp	Es	Pr	Ai	Pe	Hi	Na	Rt	So	Ip	Cu	Re	Ae	Po	Ap	Dr	Fí
1	60	92	76	72	68	60	72	32	32	35	40	50	65	70	85	25	63	77
2	76	80	72	84	80	72	84	28	36	80	50	80	45	80	90	60	91	77
3	36	56	72	48	40	68	92	84	28	55	55	65	70	65	60	25	63	35
4	56	76	56	88	36	64	92	92	56	50	80	90	45	50	70	55	84	63
5	68	68	68	92	100	84	84	24	44	65	100	40	40	95	75	50	51	105
6	64	60	60	84	60	60	60	52	36	80	45	35	40	75	75	45	77	70
7	56	80	84	80	64	68	64	40	28	50	70	70	55	90	95	35	70	49
8	56	64	92	84	68	84	56	40	40	35	40	30	75	55	80	40	84	70
9	84	96	48	96	72	96	100	68	80	80	100	50	90	90	90	95	98	56
10	44	40	68	84	100	84	92	60	60	20	80	40	70	60	40	40	91	91
11	32	64	100	92	32	36	80	100	80	45	100	80	60	70	70	60	49	70
12	28	64	100	96	44	56	60	52	52	60	40	35	100	95	90	80	42	70
13	72	80	72	64	92	88	96	28	44	65	85	50	55	65	85	65	98	98
14	44	64	80	88	48	48	84	44	36	55	50	45	55	70	90	50	56	105
15	80	64	100	72	64	56	76	44	40	30	30	50	75	80	70	50	84	77
16	52	44	92	84	60	64	48	52	48	45	40	35	100	65	85	70	56	35
17	44	52	64	56	68	44	36	40	24	35	65	30	75	40	45	35	84	98
18	60	48	68	76	72	68	80	72	40	60	45	50	90	95	85	80	77	70
19	92	88	100	92	88	76	72	36	60	90	60	60	65	76	95	80	98	98
20	80	72	68	92	96	76	52	52	20	30	60	20	40	100	60	95	105	105
21	88	100	80	92	88	88	48	40	84	40	20	40	70	55	65	45	60	105
22	56	60	36	84	60	76	60	76	20	45	30	50	70	70	80	45	91	70
23	56	60	48	80	52	56	44	52	44	55	50	55	75	65	60	40	70	98
24	72	72	80	72	72	68	68	68	68	40	45	75	70	80	80	70	77	91
25	72	56	80	88	76	60	80	56	36	50	55	35	35	80	65	80	98	98
26	68	64	92	92	76	80	68	56	40	45	70	70	80	95	80	60	77	105
27	60	68	68	80	64	68	60	68	44	55	60	75	70	95	90	80	91	77
28	44	76	56	68	60	48	52	60	44	20	20	90	80	60	35	35	63	70
29	52	20	68	84	52	60	68	44	24	80	20	60	80	80	60	80	77	49
30	24	80	76	68	56	84	84	40	64	55	100	40	100	65	80	80	91	77
31	48	76	72	96	100	72	76	52	60	35	85	95	90	60	80	20	70	84
32	64	68	88	92	84	72	100	80	32	55	100	25	75	95	60	85	84	98
33	96	64	68	92	84	80	68	32	53	60	50	55	60	85	95	80	77	49
34	100	100	84	100	100	88	100	52	84	100	80	100	100	100	100	100	105	105
35	84	100	80	92	60	68	84	20	36	70	20	20	70	100	100	100	91	105
36	44	40	40	80	56	52	84	60	28	45	55	40	65	55	55	40	49	84
37	64	84	92	56	84	68	52	20	24	50	40	40	45	50	60	65	77	21
38	88	80	84	96	72	84	88	64	60	55	65	55	65	80	80	65	77	84
39	44	56	56	60	60	68	64	48	32	45	50	60	60	70	80	55	77	49
40	64	72	60	88	100	92	56	48	20	35	60	20	60	80	90	85	105	91
41	80	80	68	84	84	84	76	52	60	20	70	40	80	65	65	65	42	49
42	100	100	84	100	88	84	52	20	20	65	60	40	20	60	100	100	105	105
43	72	80	88	80	84	84	80	44	44	40	90	70	90	55	85	45	98	105
44	28	24	52	76	56	80	72	56	24	30	35	40	55	80	60	20	28	77
45	68	80	72	88	88	64	76	36	52	55	65	55	35	75	85	60	91	98
46	24	100	100	76	52	68	72	36	76	25	65	60	100	40	80	30	77	91
47	68	64	100	80	84	96	68	32	40	20	35	40	80	75	85	35	105	105
48	76	80	84	96	96	92	96	88	56	85	95	70	75	85	85	90	91	98
49	68	84	76	52	84	80	60	32	32	45	55	50	40	75	85	50	98	91
50	48	72	80	84	56	76	88	52	36	60	55	45	50	60	80	60	98	91

No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1	1	futbol, basket, billar	4 c	1	5	0	4	1	4	1	4	4 c	1	5 b	1-0-1-0-0-0	4	0	2			
2	1	futbol, voley	5 b	1	5	1	2	1	5	1	5	5 a	1	3 c	0-0-1-1-0-1-0	5	0	4			
3	1	billar, futbol, basket	4 b	0	3	0	2	1	2	1	2	4 b	0	1 D	0-0-1-1-0-1-1	4	1	5			
4	1	billar, basket, futbol	4 b	1	5	0	1	1	4	1	2	3 c	1	2 c	0-0-1-1-0-1-0	4	1	5			
5	1	futbol, basket, billar	5 d	0	5	1	5	1	5	1	5	5 c	1	5 b	0-0-1-1-0-1-1	5	0	5			
6	1	futbol, basket, billar	4 b	1	1	0	4	0	1	1	1	4 b	1	1 c	0-0-1-1-1-1-0	1	0	4			
7	1	Basket, Futbol, Voley	5 a	1	5	0	2	1	5	1	2	5 c	1	2 c	1-0-1-1-0-1-1	2	1	2			
8	1	Futbol, basket, voley	5 b	0	2	1	4	1	4	1	4	4 b	1	3 c	1-0-1-1-1-1-1	4	1	3			
9	0	Basket, Voley, Futbol	1 a	0	2	0	4	1	2	1	2	4 c	0	3 b	0-0-1-1-0-0-0	2	0	1			
10	1	futbol, Basket, billar	4 b	0	3	1	2	1	2	1	1	3 b	1	5 b	0-0-1-1-0-1-1	5	1	1			
11	1	Futbol, Tejo, Basket	1 d	0	5	1	5	0	5	0	1	4 b	0	1 d	0-0-1-1-0-1-0	5	0	1			
12	1	Futbol, Basket	2 a	0	1	0	2	1	5	0	2	2 a	0	1 d	0-0-1-0-0-1-1	5	1	0			
13	1	futbol, Basket, billar	5 b	0	5	1	5	1	4	1	4	5 c	1	3 c	0-1-1-1-0-1-0	2	0	2			
14	1	futbol, Basket, billar	5 d	0	3	0	5	0	2	1	4	4 c	1	5 b	1-0-1-1-1-1-1	5	1	4			
15	1	futbol, Basket, billar	5 c	1	5	0	4	1	5	1	5	5 c	1	4 b	0-0-1-1-0-1-1	5	1	3			
16	1	Basket, futbol, billar	4 b	0	3	1	4	1	3	1	4	5 c	0	3 c	0-0-1-1-1-1-0	5	1	4			
17	1	Futbol, Voley, Basket	4 d	0	3	1	4	1	4	1	4	4 b	1	5 a	0-0-1-1-0-1-1	5	1	1			
18	1	futbol, basket, billar	4 d	0	4	0	1	1	4	1	5	4 b	1	2 a	1-0-1-1-0-1-1	4	1	5			
19	1	Basket, Fubol, voley	5 d	1	5	1	5	1	4	1	5	5 c	0	5 c	0-0-1-1-1-1-1	5	0	4			
20	1	Futbol, Tejo, Billar	5 b	0	3	1	3	1	4	1	5	4 b	1	5 b	0-0-1-0-1-1-0	5	0	1			
21	1	Futbol,Billar, tejo	5 b	0	2	1	4	1	4	1	2	4 c	1	4 c	0-1-1-1-0-1-1	4	0	1			
22	1	Futbol, Voley, Billar	4 b	0	2	1	4	1	5	1	4	5 c	1	4 c	0-0-1-1-0-1-0	4	0	1			
23	1	Fubol,basket, Billar	4 c	1	5	0	2	0	2	1	2	4 c	1	2 b	0-0-1-1-0-1-0	4	1	2			
24	1	Futbol, Billar, Voley	2 b	1	2	0	2	1	2	1	5	2 b	0	2 d	0-0-1-1-1-1-1	4	1	4			
25	1	Futbol, basket, voley	5 d	1	4	1	2	1	4	1	4	4 c	0	4 c	1-0-1-1-1-1-1	5	1	5			
26	1	Futbol, billar, Tejo	4 d	1	2	1	4	1	2	0	2	5 c	0	4 d	0-0-1-0-0-1-0	5	1	5			
27	1	Futbol, Voley, Basket	3 b	1	4	1	4	1	5	1	4	3 b	1	3 c	1-0-1-1-1-1-1	5	1	5			
28	1	Futbol, Billar, Basket	4 b	1	4	0	1	1	4	1	5	5 b	1	5 c	0-0-1-0-0-1-1	4	0	3			
29	1	Futbol, basket, voley	3 c	0	2	0	1	1	1	0	2	4 c	0	4 c	1-0-1-0-1-1-0	2	0	1			
30	1	Futbol, voley, Tejo	5 d	0	5	0	5	0	1	1	2	2 b	0	4 d	0-0-1-1-0-1-1	4	0	2			
31	1	Basket, billar, Futbol	5 d	0	4	1	4	1	5	1	5	2 a	1	5 a	1-0-1-1-1-1-1	5	0	3			
32	1	Futbol, Billar, Basket	4 a	0	3	1	4	1	4	1	3	3 b	1	4 b	0-0-1-1-1-1-0	4	1	4			
33	0	Futbol, Tejo, Billar	4 b	1	4	0	5	0	2	1	5	2 c	0	5 d	1-0-1-1-0-1-0	2	1	3			
34	1	Futbol, Billar, Basket	5 c	1	5	1	5	1	5	1	5	2 b	1	5 b	0-0-1-1-1-1-1	5	1	5			
35	1	Futbol, Voley	5 b	0	2	0	2	1	2	1	4	5 c	0	3 d	0-0-1-1-0-1-1	4	1	4			
36	1	Futbol, Billar, Voley	5 c	0	2	1	2	1	4	1	4	4 c	1	2 a	0-0-1-1-0-1-1	2	1	2			
37	1	Futbol, Tejo, Billar	5 c	1	5	1	5	1	5	0	5	5 c	1	5 a	0-0-1-1-1-1-0	5	1	5			
38	1	Futbol, Basket, Tejo	2 c	0	2	0	1	0	1	1	2	2 b	1	2 d	0-0-1-1-0-1-0	2	1	1			
39	1	Basket, Voley, Billar	5 b	1	5	0	1	0	1	1	5	4 c	1	4 c	0-1-1-1-0-1-1	3	0	3			
40	1	Billar, Futbol,Tejo	5 d	0	2	1	4	1	5	1	1	5 c	1	5 a	0-0-1-1-0-1-0	2	1	5			
41	1	Futbol, Basket, Voley	5 b	1	5	1	5	1	4	1	5	4 b	1	5 c	0-0-1-1-1-1-1	5	1	5			
42	1	Futbol, billar, Tejo	4 b	0	5	1	4	1	5	1	5	5 c	1	4 c	0-0-1-1-0-1-1	5	0	5			
43	1	Futbol, Voley, Billar	5 d	1	2	0	1	0	4	1	4	4 c	1	2 d	0-0-1-1-1-1-1	2	1	5			
44	1	Futbol, Basket, tejo	4 c	1	2	0	1	1	4	1	4	5 c	0	5 c	0-0-1-0-1-1-1	4	1	5			
45	1	Futbol, tejo billar	5 b	0	4	1	5	1	5	1	4	4 c	1	5 a	0-0-1-1-0-1-0	5	1	5			
46	1	Futbol, Billar, Basket	5 b	1	5	1	5	1	4	1	5	5 c	1	5 c	0-0-1-1-1-1-0	4	0	1			
47	1	futbol	4 b	0	1	1	2	0	2	1	5	2 b	0	2 b	0-0-1-1-0-1-0	2	0	2			
48	1	Futbol, Billar, Voley	5 b	1	4	1	2	1	4	1	5	5 c	1	2 c	0-0-1-1-0-1-1	5	1	5			
49	1	Basket, futbol, billar	5 c	0	4	0	2	0	4	1	5	4 c	1	5 c	0-0-1-1-0-1-0	4	0	1			
50	1	Futbol, billar, Tejo	4 b	0	5	0	5	1	5	0	1	4 c	1	5 c	0-0-1-0-0-1-1	5	1	5			

APENDICE G

PRUEBA PILOTO PARA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE DIAGNOSTICO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (FOA) EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

Con el fin de llevar a cabo los objetivos de la presente investigación, donde se pretende evaluar el trastorno de estrés postraumático en adolescentes y el posible nivel de severidad en sus síntomas, y al haber revisado diversas pruebas y escalas para ello, se encontró la inaccesibilidad a alguna de ellas en Latinoamérica que permitiera llevar a cabo un trabajo diagnóstico con jóvenes entre los 12 y 18 años de edad.

Sin embargo, dentro de esta búsqueda se halló la Escala de Diagnóstico de Estrés Postraumático, encontrándola válida para población adulta únicamente; por ello, ante la ausencia de una escala adecuada para la población adolescente, fue necesario realizar una aplicación de una prueba piloto de la Escala de Diagnóstico de Estrés Postraumático (FOA) con 30 jóvenes entre los 12 y 18 años y simultáneamente con 30 adultos entre los 18 y 64 años de edad, estando ambos grupos en ausencia del trauma psicológico con el fin de validarla para la población adolescente.

Al realizar una correlación entre los datos arrojados en la aplicación de dicha Escala a los dos grupos muestrales, se utilizó la Prueba Estadística de t Students, para evaluar la significación en los resultados, es decir, que la prueba discrimine en la población adolescente aquellos que tienen trauma y aquellos que no lo presentan.

La prueba estadística de t de Students arrojó como resultado un puntaje de 0.52 lo que significa que existen diferencias significativas entre los resultados arrojados, traduciendo esto en la validación de la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés Postraumático (FOA) para ser aplicada en población adolescente.

APENDICE G

*PRUEBA PILOTO PARA LA VALIDACIÓN DE LA ESCALA
DE DIAGNOSTICO DE DESORDEN DE ESTRÉS POSTRAUMATICO
EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE*

Tabla 38

*Datos obtenidos por la Escala de Diagnóstico de Desorden de Estrés
Posttraumatico (FOA) en población adolescente y adulta en ausencia
de trauma.*

SUJETO	ADULTOS	ADOLESCENTES
1	24	24
2	2	14
3	0	6
4	7	2
5	11	10
6	21	3
7	9	6
8	4	14
9	6	4
10	23	0
11	6	1
12	14	2
13	13	5
14	6	0
15	0	4
16	0	7
17	2	16
18	0	4
19	7	3
20	2	11
21	2	8
22	11	12
23	10	10
24	7	12
25	1	0
26	7	19
27	11	18
28	10	16
29	6	11
30	9	15
SUMATORIA	231	257

Tabla 39

Prueba F para varianzas de dos muestras de la aplicación de la prueba piloto

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	7.700	8.567
Varianza	42.424	41.495
Observaciones	30.000	30.000
Grados de libertad	29.000	29.000
F	1.022	
P(F<=f) una cola	0.476	
Valor crítico para F	1.861	

Tabla 40

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	7.700	8.567
Varianza	42.424	41.495
Observaciones	30.000	30.000
Varianza agrupada	41.960	
Diferencia hipotética de las medias	0.000	
Grados de libertad	58.000	
Estadístico t	-0.518	
P(T<=t) una cola	0.303	
Valor crítico de t (una cola)	1.672	
P(T<=t) dos colas	0.606	
Valor crítico de t (dos colas)	2.002	

APENDICE H

PRUEBA PILOTO PARA LA VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE RED DE APOYO SOCIAL EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

A continuación se presenta el análisis de los resultados de la prueba piloto aplicada a 31 adolescentes entre los 12 y 18 años de edad, con el fin de validar los ítems propuestos en la presente escala. Lo anterior fue llevado a cabo utilizando la prueba estadística de *Kuder Richardson*, en la cual se busca obtener un puntaje resultante por encima de 0.5 que evidencien al evaluar el área actitudinal, constructos consistentemente equivalentes. Los resaltos arrojados en la prueba de actitud evidencian que los ítems están evaluando consistentemente constructos equivalentes, deduciéndose de una K de R de 0.64; es decir, esta prueba es válida para ser aplicada.

La Escala de Percepción de Red de Apoyo Social en población Adolescente conformada por diferentes estilos de preguntas, evalúa la cantidad, la calidad y el nivel de satisfacción que los adolescentes perciben frente a la red de apoyo social con la que cuentan. Estos estilos se agrupan en cuatro categorías a saber:

Ítems binomiales:

Son preguntas frente a las cuales el adolescente debe responder SI o No para dar así a conocer las posibilidades que tiene de acceso a su red de apoyo y por tanto, establecer ya sea la presencia o la ausencia de dicha red.

Ítem jerarquización

Este ítem evalúa en términos de jerarquía la predilección de los adolescentes hacia el deporte a practicar.

Ítems de frecuencia

Como su nombre lo indica, hace referencia a la frecuencia de acceso de los adolescentes a su red de apoyo.

Ítems actitudinales

Estos permiten conocer estadísticamente el nivel de satisfacción frente a la percepción que los adolescentes tienen de su red de apoyo social.

APENDICE H

*PRUEBA PILOTO PARA LA VALIDACIÓN DE LA ESCALA
DE PERCEPCIÓN DE RED DE APOYO SOCIAL EN LA
POBLACIÓN ADOLESCENTE*

Tabla 41

Puntajes y porcentajes arrojados por los items de tipo Binomial

Pregunta	Si	No	% Si	% No
1	31	0	100%	0%
5	21	10	67.8%	32.2%
7	21	10	67.8%	32.2%
11	31	0	100.0%	0%
13	30	1	96.7%	3.3%
17	29	2	93.6%	6.4%
20 a	3	28	9.7%	90.3%
20 b	4	17	12.9%	87.1%
20 c	3	28	9.7%	90.3%
20 d	23	8	74.2%	25.8%
20 e	18	13	58.1%	41.9%
20 f	14	17	41.2%	54.8%
20 g	17	14	54.8%	41.2%
22	28	3	90.3%	9.7%

Tabla 42

Puntajes y porcentajes arrojados por los items de tipo Jerarquización

ITEM 2			
Opciones	1	2	3
Futbol	18	4	4
Voleybol	7	7	5
Baloncesto	3	11	7
Tejo	1	5	3
Billar	0	4	7
ITEM 2	porcentaje		
Opciones	1	2	3
Futbol	58%	13%	13%
Voleybol	23%	23%	16%
Baloncesto	10%	35%	23%
Tejo	3%	16%	10%
Billar	0%	13%	23%
Futbol		Tejo	
Opcion 1	58%	Opcion 1	3%
Opcion 2	13%	Opcion 2	16%
Opcion 3	13%	Opcion 3	10%
Voleybol		Billar	
Opcion 1	23%	Opcion 1	0%
Opcion 2	23%	Opcion 2	13%
Opcion 3	16%	Opcion 3	23%
Baloncesto			
Opcion 1	10%		
Opcion 2	35%		
Opcion 3	23%		

Tabla 43

Puntajes y porcentajes arrojados por los ítems de tipo Actitud

ITEM	ITEM 3				
Opc. Rta.	5	4	3	2	1
Puntaje Neto	15	12	0	4	0
Puntaje convertido	75	48	0	8	0
Total Item convertido	131				
Porcentaje	84.52%				
ITEM	ITEM 6				
Opc. Rta.	5	4	3	2	1
			I		
Puntaje Neto	4	17	1	9	0
Puntaje convertido	20	68	3	18	0
Total Item convertido	109				
Porcentaje	70.32%				
ITEM	ITEM 8				
Opc. Rta.	5	4	3	2	1
	II		III		II
Puntaje Neto	2	13	3	11	2
Puntaje convertido	10	52	9	22	2
Total Item convertido	95				
Porcentaje	61.29%				
ITEM	ITEM 12				
Opc. Rta.	5	4	3	2	1
Puntaje Neto	11	15	0	5	0
Puntaje convertido	55	60	0	10	0
Total Item convertido	125				
Porcentaje	80.65%				
ITEM	ITEM 14				
Opc. Rta.	5	4	3	2	1
			I		I
Puntaje Neto	9	15	1	5	1
Puntaje convertido	45	60	3	10	1
Total Item convertido	119				
Porcentaje	76.77%				

ITEM	ITEM 15				
Opc. Rta.	5	4	3	2	1
	IIIIIIIIII	IIIIII	II	III	
Puntaje Neto	17	9	2	3	0
Puntaje convertido	85	36	6	6	0
Total Item convertido	133				
Porcentaje	85.81%				
ITEM	ITEM 18				
Opc. Rta.	5	4	3	2	1
	IIIIIIIIII	IIIIIIIIII	I	III	
Puntaje Neto	13	13	1	4	0
Puntaje convertido	65	52	3	8	0
Total Item convertido	128				
Porcentaje	82.58%				
ITEM	ITEM 21				
Opc. Rta.	5	4	3	2	1
	I	IIIIIIIIII	IIII	IIIIII	III
Puntaje Neto	1	12	6	9	3
Puntaje convertido	5	48	18	18	3
Total Item convertido	92				
Porcentaje	59.35%				
ITEM	ITEM 23				
Opc. Rta.	5	4	3	2	1
	IIIIIIIIIIIIIIIIII	IIII		I	
Puntaje Neto	23	7	0	1	0
Puntaje convertido	115	28	0	2	0
Total Item convertido	145				
Porcentaje	93.55%				

Tabla 44

Puntajes y porcentajes arrojados por los items de tipo Frecuencia

ITEM 4	Porcentaje	Puntaje
Nunca	0%	0
Una vez a la semana	29%	9
De 2 a 4 veces a la semana	45%	14
5 o mas veces a la semana	26%	8
ITEM 16	Porcentaje	Puntaje
1 vez al dia	3%	1
2 veces al dia	6%	2
3 o más veces al dia	90%	28
Pocas veces a la semana	0%	0
Pocaas veces al mes	0%	0

ITEM 19	Porcentaje	Puntaje
5 o mas veces a la semana	3%	1
De 2 a 4 veces a la semana	42%	13
Una vez a la semana	48%	15
Nunca	6%	2

Puntajes y porcentajes arrojados por los items de tipo Binomial

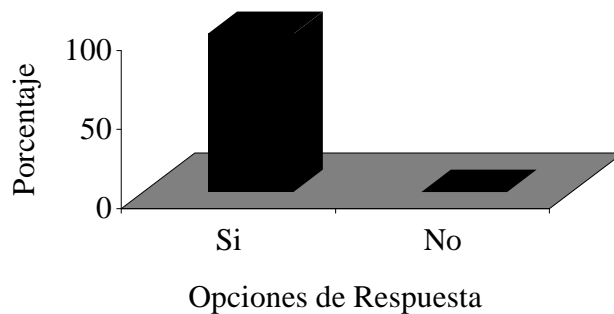


Figura 30. Distribución del porcentaje en la frecuencia en el acceso al deporte en los jovenes

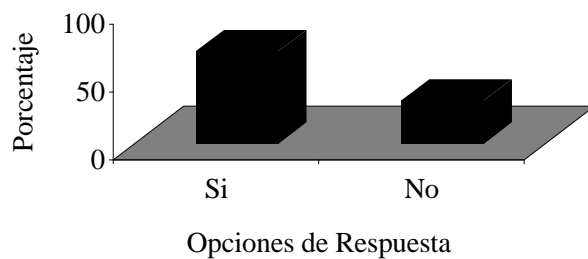


Figura 31. Distribución del porcentaje en la frecuencia del apoyo de los padres a los jovenes

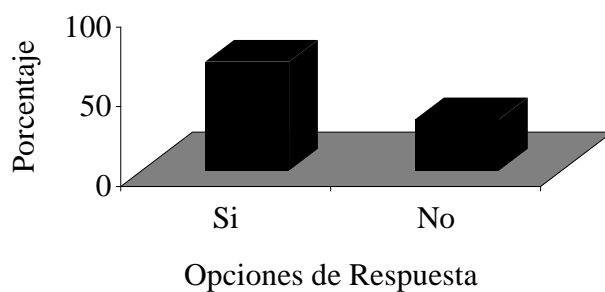


Figura 32. Distribución del porcentaje en la frecuencia del apoyo de la escuela a los jovenes

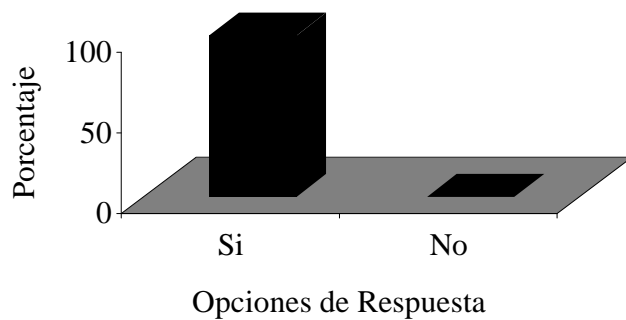


Figura 33. Distribución del porcentaje en la frecuencia del apoyo de los amigos a los jóvenes

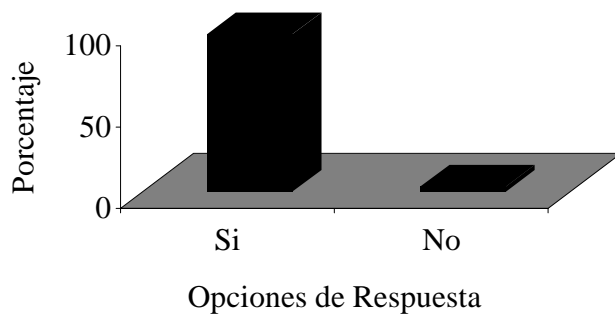


Figura 34. Distribución del porcentaje del acceso médico

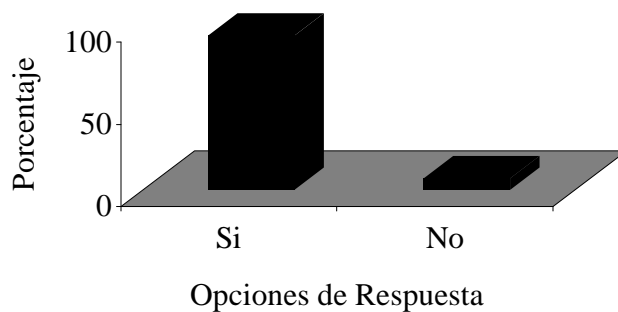


Figura 35. Distribución del porcentaje de acceso de los jóvenes a lugares de recreación

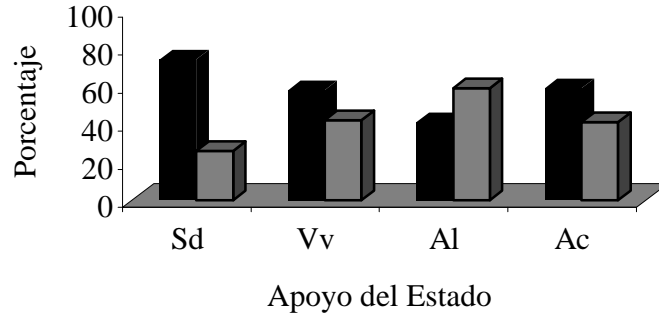


Figura 36. Distribución del porcentaje del apoyo brindado por parte del Estado a los jóvenes

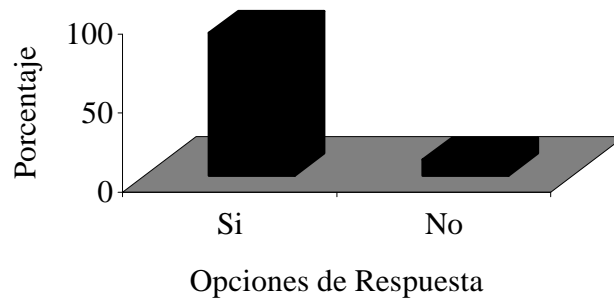


Figura 37. Distribución del porcentaje del acceso a vivienda

Puntajes y porcentajes arrojados por los items de tipo Jerárquico

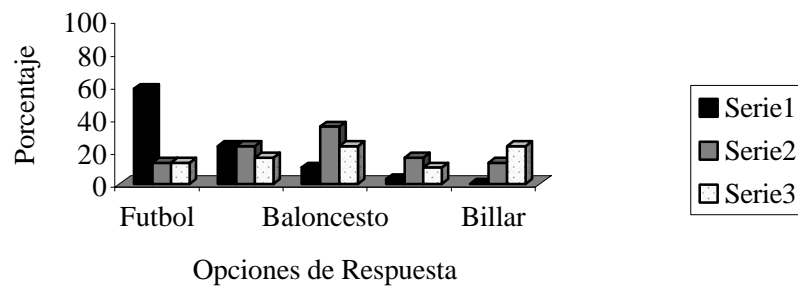


Figura 38. Distribución jerárquica en la esocgenia de predilección del deporte

Puntajes y porcentajes arrojados por los items de tipo Actitudinal

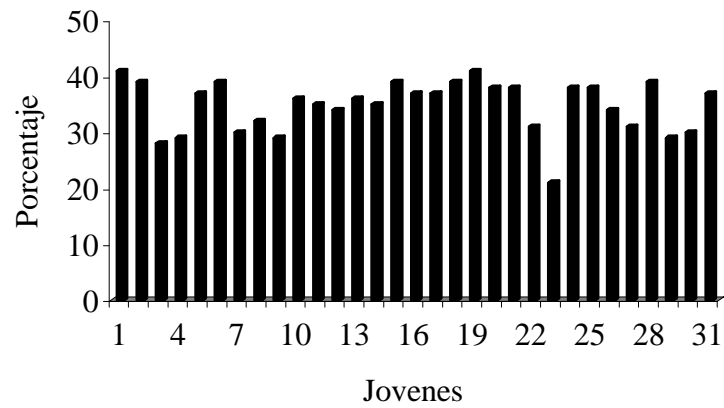


Figura 39. Distribución del porcentaje de los puntaje individuales en el nivel de satisfacción frente a a percepción de red de apoyo

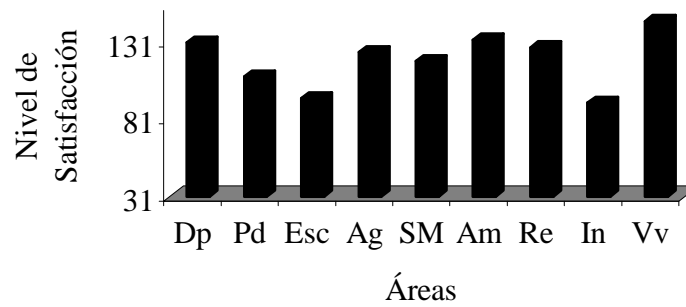
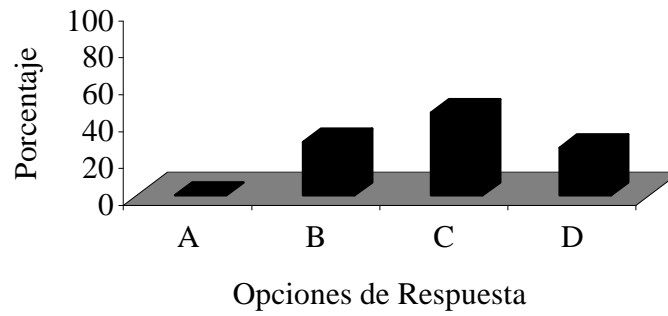


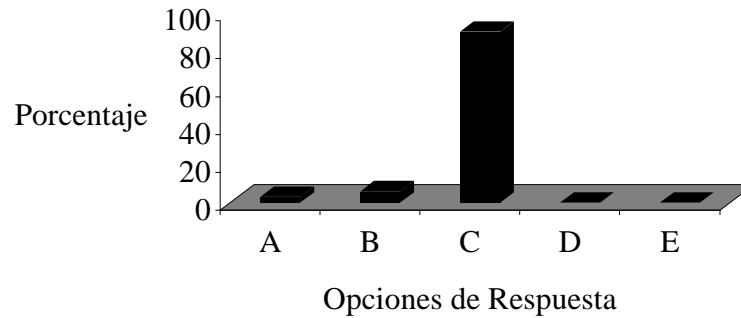
Figura 40. Distribución de los porcentajes del nivel de satisfacción en la percepción de red de apoyo social

Puntajes y porcentajes arrojados por los items de tipo frecuencia



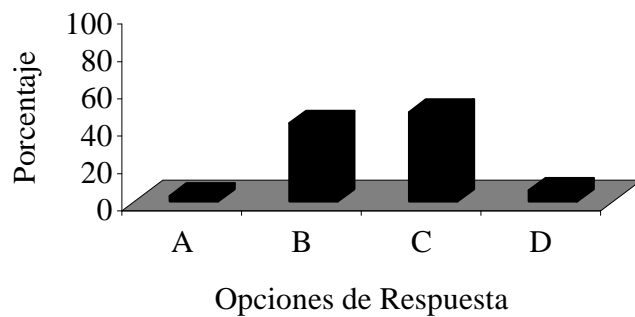
Nunca	A
Una vez a la semana	B
De 2 a 4 veces a la semana	C
5 o mas veces a la semana	D

Figura 41. Distribución del porcentaje en la frecuencia de acceso al deporte



1 vez al dia	A
2 veces al dia	B
3 o más veces al dia	C
Pocas veces a la semana	D
Pocaas veces al mes	E

Figura 42. Distribución del porcentaje en la frecuencia al alimentarse



5 o mas veces a la semana	A
De 2 a 4 veces a la semana	B
Una vez a la semana	C
Nunca	D

Figura 43. Distribución del porcentaje en la frecuencia de acceso a lugares de recreación

APÉNDICE I

GLOSARIO

ASALTO DE TIPO NO SEXUAL: Esta categoría es manejada de acuerdo con La Escala de Diagnostico de Desorden de Estrés Postraumático, en la cual se hace referencia a cualquier evento que se relacione con el ser atacado, atacado físicamente, herido con arma blanca o arma de fuego, o retenido bajo la amenaza de arma de fuego.

ASALTO SEXUAL: se comprende como “la realización de cualquier acto en la intimidad física y/o psicológica de una persona, en contra de su voluntad o ausencia total de la misma. Esto es, el acto que no ha contado con el consentimiento expreso del afectado”. (Linsh, 1995). El abuso sexual es también conocido como el acto de tipo sexual que puede incluir un contacto realizado a la fuerza mediante engaños o sobornos por una persona mayor, quien debe tener al menos cinco años de diferencia en cuanto a la víctima, para que éste sea considerado como abuso. (ICBF, 1985-1996).

ACCIDENTE SERIO: En 1991, la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió accidente como un acontecimiento no premeditado, que produce daño o lesión reconocible o visible, corporal o mental (Citado por Cuerpo de Bomberos Voluntarios, 2002). Para motivos de la Escala de Diagnostico de Desorden de Estrés Postraumático se tomaran en cuenta los accidentes relacionados con incendios o explosiones industriales, de una finca, en un auto avión o barco.

CONFLICTO ARMADO: esta expresión general se aplica a diferentes tipos de enfrentamiento, es decir, a los que pueden producirse:

a) entre dos o más entidades estatales (v. guerra);

- b) entre una entidad estatal y una entidad no estatal (v. guerra de liberación nacional);
- c) entre una entidad estatal y una facción disidente (v. conflicto armado no internacional);
- d) entre dos etnias diversas al interior de una entidad estatal (v. conflicto armado no internacional) (*cf.* G I-IV, art. 2 común). V. también: Conflicto armado interno internacionalizado (Verri citado por Comité Internacional de la Cruz Roja, 2002).

Por otra parte para tener una definición operativa más clara en relación con el conflicto armado se tomara en consideración la definición de CONFLICTO ARMADO NO INTERNACIONAL: el cual es visto como sinónimo de "guerra civil", el conflicto armado no internacional se caracteriza por el enfrentamiento entre las fuerzas armadas de un Estado y fuerzas armadas disidentes o rebeldes. El derecho aplicable durante tales conflictos ha sido considerado durante mucho tiempo como una cuestión de los Estados puramente interna. En el art. 3 común a los cuatro Convenios de Ginebra se sientan, por primera vez, ciertos principios fundamentales que deben respetarse durante tales conflictos. Sin embargo, en este artículo no se define la noción misma de conflicto armado no internacional. En el art. 1 del Protocolo II de 1977 se subsana parcialmente este vacío. En los términos de dicho artículo, se considera conflicto armado no internacional todo conflicto que se desarrolle en el territorio de un Estado, entre sus fuerzas armadas y fuerzas armadas disidentes o grupos armados organizados que, bajo la dirección de un mando responsable, ejerzan sobre una parte de dicho territorio un control tal que les permita realizar operaciones militares sostenidas y concertadas y aplicar el derecho internacional establecido para ese tipo de conflicto. Las situaciones de tensiones internas y de disturbios interiores, tales como los motines, los actos

esporádicos y aislados de violencia y otros actos análogos no son considerados como conflictos armados (*cf.* GP II 1977, art. 1). No obstante, un conflicto entre dos etnias distintas, que estalle en el territorio de un Estado -siempre que reúna las características necesarias de intensidad, duración y participación- puede calificarse de conflicto armado no internacional (Verri, citado por Comité Internacional de la Cruz Roja, 2002)

DESASTRE NATURAL: definido operacionalmente para la Escala de Diagnóstico de Estrés Postraumático como alguno de los siguientes eventos: Tornado, Huracán, Inundación o terremoto.

ENFERMEDAD QUE AMENACE LA VIDA: Es entendida como aquella enfermedad terminal, la cual es definida por el SECPAL (Sociedad Española de cuidados Paliativos) (SFP) en relación a una serie de criterios que debe cumplir, siendo estos criterios a saber:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

RECLUSIÓN: Este término es definido operacionalmente por la Escala de Diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático en relación a eventos como estar preso, ser prisionero de guerra, secuestrado o rehén)

TORTURA: según la definición adoptada por las Naciones Unidas, el término designa todo acto por el cual se inflijan intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin, en particular, de:

- a) obtener de ella o de un tercero información o una confesión;
- b) castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que haya cometido;
- c) intimidar o coaccionar a esa persona o a otras,

o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas. La tortura constituye una forma grave y deliberada de penas o de tratos crueles, inhumanos o degradantes y ningún Estado puede autorizar o tolerar estos actos, ni siquiera en circunstancias excepcionales, ya sea el *estado de guerra* o amenaza de guerra, de inestabilidad política interna o cualquier otra emergencia pública. Los Estados deben tomar todas las medidas necesarias para impedir los actos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en su jurisdicción, así como para castigar a los autores de tales actos. En el adiestramiento de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y de los funcionarios públicos que tienen la responsabilidad de personas privadas de libertad, los Estados deben velar por que se les informe sobre la prohibición

de practicar la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Si se comete en tiempo de guerra, se considera la tortura como *crimen de guerra* (Verri citado por Comité Internacional de la Cruz Roja, 2002).

Apéndice J

Resultados red de apoyo informal

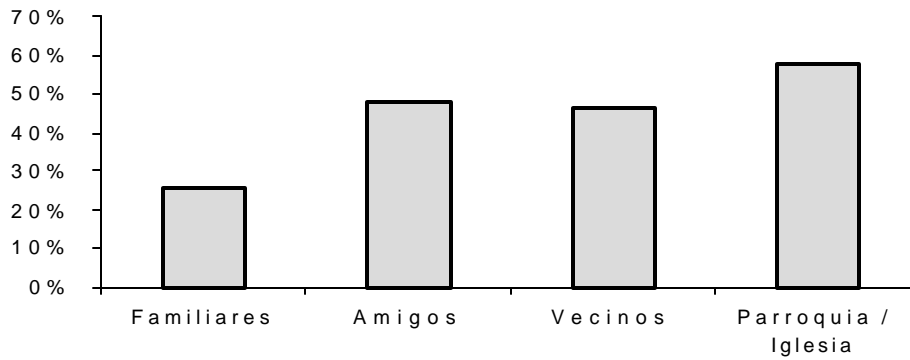


Figura 14. Presencia de red de apoyo informal

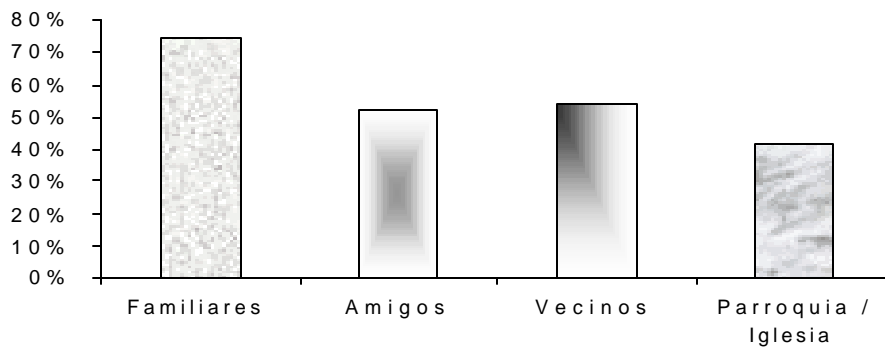


Figura 15. Ausencia de red de apoyo informal

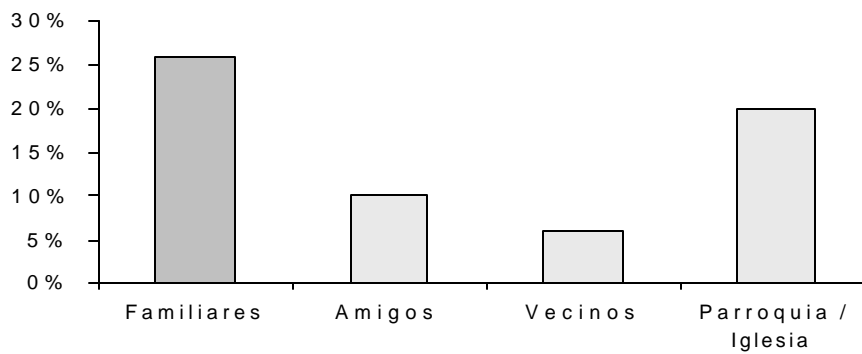


Figura 16. Percepción red de apoyo informal. Excelente.

Apéndice K

Resultados de red de apoyo formal.

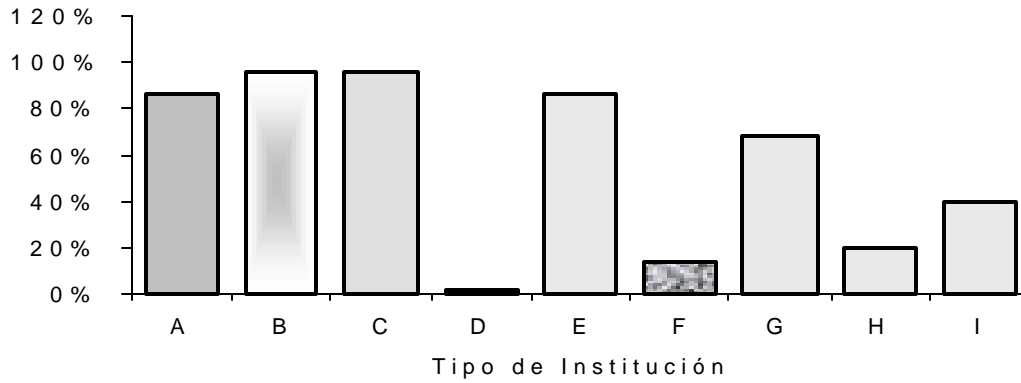


Figura 21. Presencia de red de apoyo formal.

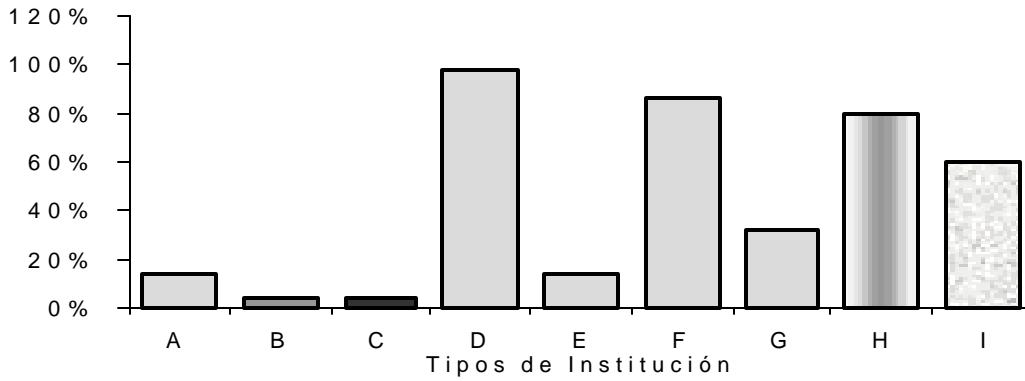


Figura 22. Ausencia de red de apoyo formal.