

**ESTUDIO CORRELACIONAL DE LA SALUD MENTAL Y EL TRAUMA EN
MUJERES VÍCTIMAS DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO POR VIOLENCIA
POLÍTICA**

Eliana Teresa González Montes



**DIVISIÓN DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN DESARROLLO SOCIAL**

**ESTUDIO CORRELACIONAL DE LA SALUD MENTAL Y EL TRAUMA EN
MUJERES VÍCTIMAS DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO POR VIOLENCIA
POLÍTICA**

Tesis presentada a la Universidad del Norte para optar al Grado de Magíster en Desarrollo Social

Por

Eliana Teresa González Montes

Director de Tesis: Dra. María Amarís Macías



Mayo 2017

Dedicatoria

A quien estando en la eternidad lo sentí siempre apoyándome en este proyecto porque sigue siendo recordado por su gran sentido del humor, haciendo aflorar una sonrisa en cada rostro de quien tuvo la fortuna de conocerlo. Hoy más que nunca, has podido demostrar que al hacer una buena siembra, los frutos son exuberantes. Mil gracias papi...por siempre en mi corazón.

Agradecimientos

A Dios por ser mi dador de vida, por sostenerme en su amor y por permitirme llegar a tan anhelada meta.

A mi familia por amarme, motivarme, por creer en mí y por su incondicional apoyo durante todo este tiempo. No sé qué sería mi vida sin ustedes.

A María Amarís por su gran interés en motivarme, por su paciencia y por ser tan generosa en compartir horas de formación profesional y personal conmigo, sin ti hubiese sido muy difícil conseguir este triunfo. Mil gracias!.

A mis amigos y amigas que se han convertido en unos hermanos más, por su valiosa amistad, que supera distancia y tiempo, demostrando que el amor lo puede y supera todo.

A las mujeres víctimas del desplazamiento forzado de Ovejas por regalarme muchas horas de su vida, por compartir conmigo gran parte de su historia y por enseñarme que los seres humanos contamos con la capacidad para elegir ser felices.

A todas las personas que generosamente ofrecieron apoyo y compañía durante la realización de este trabajo... a todos mi eterno agradecimiento.

Resumen

La presente investigación ha pretendido correlacionar la salud mental y el trauma en las mujeres víctimas del desplazamiento forzado por violencia política. Para la evaluación de la variable del Bienestar fue utilizada la escala de Bienestar Psicológico de Ryff, la escala de Bienestar Subjetivo de Diener, la escala de Bienestar Social de Keyes, para el trauma se utilizó la Escala de Síntomas de Davidson, las pruebas fueron aplicadas a 130 mujeres registradas en el Registro Único de Víctimas. Los resultados encontrados denotan que las mujeres víctimas de desplazamiento forzado presentan síntomas de trauma vinculados a aspectos psicosociales, sin embargo también se expresan aspectos relacionados a la salud mental.

Palabras claves: bienestar psicológico, bienestar subjetivo, bienestar social, trauma, mujeres, violencia política.

Tabla de Contenido

| | |
|------------------------------------------------------|----|
| Introducción..... | 8 |
| 1. Justificación..... | 11 |
| 2. Marco Teórico..... | 15 |
| 2.1. Salud Mental..... | 15 |
| 2.1.1. Bienestar Psicológico..... | 16 |
| 2.1.2. Bienestar Subjetivo..... | 23 |
| 2.1.3. Bienestar Social..... | 30 |
| 2.2. Trauma..... | 33 |
| 2.3. Mujer, desplazamiento y violencia política..... | 38 |
| 3. Problema de Investigación..... | 49 |
| 4. Objetivos..... | 50 |
| 4.1. Objetivo General..... | 50 |
| 4.2. Objetivos Específicos..... | 51 |
| 5. Hipótesis..... | 51 |
| 6. Definición de Variables..... | 52 |
| 6.1. Variables de Estudio..... | 52 |
| 6.1.1. Variable Conceptual..... | 52 |
| 6.1.2. Variable Operacional..... | 53 |
| 7. Control de Variables..... | 57 |
| 7.1. Variables controladas..... | 57 |
| 7.2. Variables no controladas..... | 57 |

| | |
|------------------------------------|----|
| 8. Metodología..... | 58 |
| 8.1. Tipo de Investigación..... | 58 |
| 8. 2. Diseño de investigación..... | 58 |
| 8.3. Sujetos..... | 58 |
| 8.4. Instrumentos..... | 59 |
| 8.5. Procedimiento..... | 59 |
| 9. Resultados y Discusión..... | 60 |
| 10. Conclusiones..... | 72 |
| Referencias..... | 76 |
| Anexos..... | 92 |

Introducción

La presente investigación examina la salud mental y el trauma como estrés postraumático en las mujeres víctimas del desplazamiento forzado por violencia política, es interesante conocer estos aspectos luego de varios años de haber ocurrido los hechos, debido a que se ha logrado demostrar desde el Modelo de Estado Completo de Salud, que la salud mental puede presentar variaciones a lo largo de tiempo Keyes, Satvinder, Dhingra, & Simoes (2010) en un estudio longitudinal alcanzaron revelar que diez años después, la prevalencia de las enfermedades mentales varía, corroborando que el aumento de la salud mental disminuye la probabilidad de desencadenar enfermedades mentales y que la pérdida de la salud mental aumenta la probabilidad de la incidencia de enfermedades mentales, en dicho estudio, las mujeres, los participantes más jóvenes y los que contaban con menos nivel educativo, mostraron un aumento general que era independiente de la línea base de salud mental.

Adicionalmente se ha verificado las consecuencias del estrés postraumático en las personas que han vivido o presenciado un hecho violento, Miller et al (2013) evidenciaron específicamente que las mujeres presentan síntomas físicos y psicológicos cuando se encuentran expuestas a hechos traumáticos, “numerosos ataques de pánico, pérdida de control, problemas psicológicos o depresión grave han llevado a hospitalizaciones para tratar de controlar su situación y poner tratamiento, aunque muchos de esos problemas tienen un impacto crónico” (p. 220), de igual manera se logra evidenciar que “muchas víctimas sufren problemas de salud graves como consecuencia del impacto de la violencia, el empeoramiento de las condiciones de vida y el impacto del estrés negativo extremo. Los problemas cardiovasculares ligados al estrés entre otros factores son frecuente causa de hospitalizaciones” (p. 219).

Por lo anterior, se podría afirmar que cada hecho violento conmociona la historia de vida de quien lo padece, sin embargo la forma en que es asumido depende de cada una de esas

personas, “la singularidad de un sujeto es determinante para que un hecho específico devenga o no traumático. No hay acontecimientos o hechos traumáticos universales que vaticinen el devenir de poblaciones traumatizadas” Gutiérrez-Peláez (2012) p. 190.

En palabras de Martín – Baró (1988) refiriéndose al trauma psicosocial “la herida o afectación dependerá de la peculiar vivencia de cada individuo. Vivencia condicionada por su extracción social, por su grado de participación en el conflicto, así como por otras características de su sufrimiento que acarrea la guerra, ofrece incluso a algunas personas la oportunidad de crecer humanamente” (p. 76)

Con relación a las variables abordadas, se utilizaron como instrumentos de medición las escalas de Bienestar (Psicológico, Subjetivo y Social) con la adaptación de Blanco y Díaz (2005) y la Escala de Síntomas de Davidson.

El análisis de las posibles correlaciones entre las dimensiones del bienestar psicológico, subjetivo y social con la frecuencia y gravedad del trauma como estrés postraumático está basado en el método de investigación de enfoque cuantitativo, bajo un diseño correlacional, “los estudios correlacionales, al evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, miden cada una de ellas (presuntamente relacionadas) y, después cuantifican y analizan la vinculación. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis de prueba” (Hernández, Fernández & Batista, 2010, p. 81).

El universo poblacional correspondía a todas las mujeres que se encontraban registradas en el RUV (Registro Único de Víctimas) en el Municipio de Ovejas – Sucre. El tamaño de la muestra fue de ciento treinta (130) mujeres teniendo en consideración que los puntos porcentuales máximos aceptables serán el 9%, el nivel de porcentaje estimado es el 50%, con un nivel de confiabilidad de 95%, lo anterior fue determinado con el software Decision Analyst STATS.

A las mujeres que participaron en esta investigación se les aplicó la escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1994) con un total de 29 ítems con sus dimensiones: auto-aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, crecimiento personal, cuyo nivel de confiabilidad es ($\alpha= 0,73$).

La escala de Bienestar Subjetivo de Diener (2000) la cual evalúa la dimensión de satisfacción con la vida. Con un nivel de confiabilidad de ($\alpha= 0,68$).

La escala de Bienestar Social de Keyes (Social Well-Being Scales), la cual cuenta con varias dimensiones: integración social, aceptación social, contribución social, actualización social, coherencia social. Con un nivel de confiabilidad de ($\alpha= 0,70$).

La Escala de Síntomas de Davidson, creada por Davidson et al, (1996) para evaluar síntomas de estrés postraumático. Se compone de 17 ítems que corresponden a los 17 síntomas del Estrés Postraumático descritos en el DSM-V y cuyo nivel de confiabilidad es ($\alpha= 0,99$) para los ítems de frecuencia y ($\alpha=0,97$) para los ítems de intensidad.

Para la presentación de los resultados, se elaboró este informe estructurándolo de manera secuencial de acuerdo a la guía de elaboración de esta investigación, de manera tal que la primera sección corresponde a la justificación, la segunda al marco teórico que incluye salud mental, bienestar psicológico, bienestar subjetivo, bienestar social, trauma como estrés postraumático, mujeres, violencia política; la tercera sección corresponde a los objetivos, hipótesis y diseño metodológico, la cuarta y última sección expone los resultados, el análisis de los mismos basado en referentes teóricos y las recomendaciones.

1. Justificación

Esta investigación pretende ampliar conocimientos sobre la salud mental de las personas en situación de desplazamiento, en esta oportunidad orientada a las mujeres, quienes dentro del conflicto armado han padecido varios tipos de violencia, por lo que estudiar su salud mental y las consecuencias del estrés postraumático se hace indispensable.

Estudios han demostrado las consecuencias físicas y psicológicas que se genera en las personas durante la violencia política, en este caso en las mujeres, que presentaron trastorno de estrés postraumático, cuyos síntomas aumentaron en relación con el número de experiencias y la duración de los diversos eventos violentos que vivieron, Sousa (2013) concluyó que el bienestar de las personas frente a la violencia política específicamente en Palestina depende de los entornos en los que viven las personas incluyendo sus mundos social y político, resultados similares fueron encontrados por Canetti, Hall, Rapaport & Wayne (2013) en el conflicto Israelí - Palestina en la población evaluada en cuanto a la angustia psicológica referida al trastorno de estrés postraumático y la depresión siendo los trastornos psicológicos más comunes en las personas en las zonas de conflicto y por Beser & Neria (2012) con jóvenes universitarios israelíes cuyos resultados muestran que la ansiedad de las personas ante eventos traumáticos está asociado a síntomas del trastorno de estrés postraumático y que los bajos niveles de apoyo social están asociados con un aumento en los niveles de los síntomas de TEP.

Gaborit (2006b) expone que la mayor dificultad que pueden vivenciar las personas ante el trastorno de estrés postraumático es que las consecuencias del trauma se extienden demasiado en el tiempo dejando de ser útiles y provocando molestias, percepciones de ineptitud en el manejo de la propia vida y por supuesto limitando el desempeño diario, no sólo a nivel de relaciones interpersonales, en la resolución de los problemas sino incluso en la falta de metas y el futuro se revela disgregado.

Los conflictos armados y las guerras también han evidenciado que son las mujeres quienes resultan siendo las más afectadas como lo expresa Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, (1995) cit. en Gaborit (2006 a) encontraron que “se estima que alrededor de un 23% de las personas expuestas a un suceso traumático desarrollan estrés postraumático y, de éstas, son más las mujeres que los hombres”.

“Cifras del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2004) muestran que las mujeres desplazadas internas en Colombia son particularmente vulnerables a mayor violencia, tal y como se evidencia en un reciente estudio que muestra que el 52,3% de las mujeres desplazadas han sido víctimas de la violencia doméstica, comparado con el 41,1% de las mujeres no desplazadas” (ACNUR, 2006 pág.23. cit: en Amarís, Abello, Santamaría, Buelvas & Acuña, 2009).

La experiencia de ser víctima de desplazamiento forzado siendo mujer, permite reconocer tres dimensiones que favorecen la discriminación, la opresión y la subordinación de género, estas dimensiones según Miller et al., (2013) son: “la violencia física, psicológica y sexual experimentada por las mujeres, las pérdidas y renunciadas sufridas por las mujeres, y el incremento del control masculino sobre las vidas de las mujeres” (p.54).

La violencia sexual profesada en contra de las mujeres durante el conflicto armado, fue ejercida por los diferentes grupos al margen de la Ley incluyendo a las fuerzas del Estado, en muchas ocasiones, dicha violencia fue generada durante las masacres o como conquista de nuevos territorios como lo practicaron los grupos paramilitares, así mismo “los actores armados profundizan la violencia sexual puesto que es una violencia que humilla, que destruye la seguridad y estima propia de las mujeres que habitan territorios en guerra facilitando la sumisión o la expulsión de los territorios” Miller et al., (2013) p. 56.

Un estudio con personas víctimas de desplazamiento forzado basado en el modelo de salud mental utilizado en esta investigación, evidencia las afectaciones de ellos a nivel del bienestar psicológico y el bienestar social, atribuidos a las experiencias o eventos dramáticos que lesionaron las creencias en sus capacidades y en poder controlar sus vidas, lo que les lleva a sentir culpa y deseos de responsabilizarse de eventos que resultan imposibles de controlar, de otra manera, el bienestar social se haya más comprometido porque atañe a la confianza en los otros, en las relaciones sociales y en las relaciones sociales institucionales (Manrique, Martínez & Turizo, 2008)

Aunado a lo anteriormente expresado y reconociendo que las mujeres debido al conflicto armado en múltiples ocasiones son quienes deben asumir la jefatura del hogar lo que las convierte no sólo en proveedoras sino en el único soporte emocional para sus hijos, se hace evidente la necesidad de saber sobre la salud mental y las consecuencias del estrés postraumático en las mujeres luego de haber transcurrido los hechos violentos, de igual importancia esta investigación permitirá contar con insumos suficientes para proponer una intervención psicosocial con enfoque diferencial que pueda mejorar las condiciones de salud mental en ellas y/o en identificar los recursos particulares que en ellas hayan favorecido su adecuado estado mental actual, lo anterior contribuirá no sólo a mejorar sus condiciones afectivas y sociales personales, si no familiares e incluso comunitarias, además ofrecer conocimientos sobre los recursos personales que favorecen la elaboración de vivencias traumáticas como lo es el desplazamiento forzado.

2. Marco Teórico

2.1 Salud Mental

En el abordaje de la salud mental específicamente en los estudios sobre bienestar, han existido dos tradiciones, la hedónica que hace referencia al bienestar subjetivo y la eudaemónica que hace referencia al bienestar psicológico. Ambas concepciones tienen sus raíces filosóficas griegas, especialmente en Aristóteles, según Ryff (2014) el término eudaemónica captura la esencia de dos grandes imperativos griegos: “conocerse a sí mismo y convertirse en lo que eres” (p.11)

Como complemento a estas dos tradiciones, surge el bienestar social, siendo definido como “la valoración que hacemos de las circunstancias y la valoración que hacemos de los demás” (Keyes, 1998, p. 122).

Según Blanco y Díaz (2005) el bienestar subjetivo está inserto en el ámbito emocional y ha llegado a tomar diversas denominaciones: felicidad (Argyle, 1992; Fierro, 2000), satisfacción con la vida (Veenhoven, 1994), efectos negativos y positivos (Bradburn, 1969) que se desligan de las situaciones vividas (p. 582).

Keyes (2005) propuso un nuevo modelo de salud mental denominado Modelo de Estado Completo de Salud, definiéndolo como “un conjunto de síntomas de hedonía y funcionamiento positivo, operativizado por medidas de bienestar subjetivo, bienestar psicológico y bienestar social” (p. 540), cimentado en dos principios, el primero “defiende que la salud y la enfermedad son dos dimensiones unipolares correlacionadas entre sí más que dos polos de una única dimensión bipolar” (Díaz, Blanco, Horcajo & Valle, 2007), lo que significaría que la falta de trastorno no asegura salud y viceversa; el segundo principio hace referencia a “la presencia de salud mental supone la existencia de un funcionamiento psicosocial positivo (...metas claras

en la vida, alta resiliencia, relaciones positivas e íntimas con las demás personas, sentimiento de pertenencia, confianza en la sociedad y en sus instituciones)” (p.287).

Keyes (2005) expone trece categorías de salud mental que están expuestas en la tabla 1. P.541.

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS DE SALUD MENTAL SEGÚN KEYES (2005)

| Criterios Diagnósticos | Descripción de los Síntomas |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hedonía: se requiere un alto nivel, en al menos, una de las escalas de síntomas (síntoma 1 ó 2) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentirse habitualmente contento, feliz, satisfecho y lleno de vida (afecto positivo durante los últimos 30 días). 2. Sentirse satisfecho con la vida en general o con la mayor parte de sus ámbitos: trabajo, familia, amigos (satisfacción con la vida). |
| Funcionamiento positivo: se requiere un nivel alto en seis o más de las escalas de síntomas (síntomas 3 al 13) | <ol style="list-style-type: none"> 3. Tener actitudes positivas hacia uno mismo y admitirse y aceptarse tal y como uno es (autoaceptación). 4. Tener actitudes positivas hacia las otras personas conociendo y aceptando su diversidad y complejidad (aceptación social). 5. Ser capaz de desarrollar el propio potencial, tener sensación de desarrollo personal, y estar abierto a experiencias que supongan un reto (crecimiento personal) 6. Creer que la gente, los grupos sociales y la sociedad tienen un potencial de crecimiento y que evolucionan o crecen positivamente (actualización social). 7. Proponer metas y sostener creencias que confirman la existencia de una vida llena de sentido y de objetivos (propósito en la vida). 8. Sentir que la vida de uno es útil a la sociedad y que los resultados de nuestras actividades son valoradas por las otras personas (contribución social). 9. Tener capacidad para manejar entornos complejos así como para elegir a aquellos que puedan satisfacer necesidades (dominio del entorno). 10. Estar interesado en la sociedad y la vida social, sentir que la sociedad y la cultura son inteligibles, lógicas, predecibles y son sentido (coherencia social) |

11. Tener opiniones propias y ser capaz de resistir la presión social (autonomía).
12. Tener relaciones afectivas y satisfactorias con otras personas así como ser capaz de desarrollar empatía e intimar (relaciones positivas con los demás).
13. Poseer un sentido de pertenencia a una sociedad que mejore nuestra calidad de vida y tener el sentimiento de que nos acoge y ofrece un cierto grado de protección (integración social).

Keyes (2005) plantea que para poder hablar de un funcionamiento positivo en la salud mental, se requiere un nivel alto en seis o más dimensiones de las escalas de bienestar psicológico y social.

2.1.1. Bienestar Psicológico

El bienestar psicológico está definido como “el esfuerzo por perfeccionarse y conseguir la realización del propio potencial” (Ryff & Singer, (2002) cit. en Ballesteros, Medina & Caicedo, 2006, p.241).

Ryff (1989) propuso un modelo con diversas dimensiones del bienestar psicológico:

- Autoaceptación: definiéndola como la aceptación de uno mismo y de su vida pasada, reconociendo las fortalezas y limitaciones.
- Relaciones positivas con las demás personas: capacidad para identificar y mantener relaciones interpersonales cálidas y empáticas hacia todos los seres humanos.
- Autonomía: capacidad del individuo para tener criterio propio en las elecciones de su vida y con las normas que rigen su cotidianidad.

- Dominio del entorno: capacidad del individuo para crear o elegir entornos adecuados para su condición psíquica, e igual significa la capacidad para manipular y controlar entornos complejos, igualmente el aprovechamiento de las oportunidades ambientales.
- Propósito en la vida: cuando las personas tienen creencias que les generan un sentido de intencionalidad y de dirección en la vida.
- Crecimiento personal: es la necesidad que tiene cada persona de actualizarse para expandir todo su potencial. Es la apertura a nuevas experiencias, la confrontación a nuevos retos a lo largo de la vida.

Durante los veinte y cinco años del modelo teórico de Ryff, sobre el bienestar psicológico, se han desarrollado múltiples investigaciones a nivel mundial que sustentan relacionar este tipo de bienestar con las vivencias en las diferentes etapas del desarrollo, con características de personalidad, con los roles y vivencias familiares predecibles e impredecibles, con las experiencias laborales y los compromisos de vida haciendo referencia a las acciones voluntarias que se ejercen en las comunidades, asimismo las posibles relaciones vinculadas a la salud física, la salud mental e incluso procesos de intervención. Lo anterior ha permitido ofrecer un amplio bagaje sobre este tema y su influencia en varios ámbitos, como lo expresa la misma autora haciendo referencia a que las experiencias laborales y los compromisos de vida, es decir las acciones voluntarias que se ofrecen en la comunidad, evidencian el por qué el bienestar eudaemónico puede ser resultado de salud y bienestar, haciendo específico porque está “anclada fundamentalmente en cómo los individuos negocian su camino a través de los desafíos de la vida” Ryff, (2014, p. 17).

Dentro de todo el acopio de investigaciones realizadas sobre el bienestar psicológico y las etapas de la vida, se puede resaltar las que utilizaron la teoría de Erickson relacionando el bienestar psicológico con las etapas de generatividad (Cheng 2009; Keyes & Ryff, 1998), y la

integridad del yo (James & Zarrett, 2006). Dentro de los resultados encontrados, se halló que quienes tienen niveles más altos de integración del yo, muestran mayor bienestar, sin embargo hay excepciones como en el caso de las lesbianas, homosexuales y bisexuales quienes muestran la identificación del yo con niveles inferiores de bienestar psicológico (Riggle, Rostosky & Danner, 2009), lo cual puede ser asociado a los patrones de discriminación.

Adicionalmente se ha trabajado el bienestar psicológico en adultos mayores, Andrew, Fisk & Rockwood (2012), relacionaron el bienestar con la fragilidad en la vejez, encontrando que dicho aspecto se ha asociado con una disminución en el bienestar, que a su vez estaba vinculada con una mortalidad de 5 años, independientemente de numerosos factores; igualmente Vivaldi & Barra (2012) relacionaron el bienestar con el apoyo social percibido y la percepción de salud exponiendo como resultado que el bienestar psicológico presenta mayor relación con el apoyo social que con la percepción de salud, además de diferencias según sexo y estado civil, puesto que los hombres informaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres, de igual importancia las personas que estaban casadas o con pareja estable, informaron mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido que los que no contaban con pareja. Arias & Soliveres (2012) recopilaron estudios realizados a personas adultas mayores con diferentes edades, el bienestar psicológico presentó variaciones significativas entre los adultos mayores y los adultos más jóvenes, la dimensión propósito en la vida decreció, lo que puede ser atribuido según las investigadoras a que las metas van vinculadas a actividades de disfrute, a la interioridad y a sentirse satisfechos ahora y en el futuro cercano, la dimensión de autoaceptación y control parece que se van incrementando con la edad, situándolos en una postura de aceptar y asumir los acontecimientos de la vida sin tratar de cambiarlos, la dimensión de autonomía se va incrementando con la edad y es muy valorado por las personas, finalmente, la dimensión relación con los otros no expresa diferencias significativas.

De acuerdo a lo hallado, se han estudiado dentro de las dimensiones del bienestar psicológico, propósito en la vida y crecimiento personal, relacionándolos con el envejecimiento y al contexto cultural, en cuanto a los resultados se evidencia que dichas dimensiones muestran vulnerabilidad entre los mayores en comparación con los adultos jóvenes o los de mediana edad (Ryff 1989: Ryff & Keyes, 1995); Springer, Pudrovska & Hauser (2011) validan los resultados anteriores incluso con mayor población evaluada utilizando la encuesta nacional realizada en los Estados Unidos. Por otra parte al abordar el contexto cultural, se aprecia que los adultos mayores en el Japón mostraron una puntuación más alta en la dimensión crecimiento personal en comparación con los adultos de mediana edad en los EE.UU, mientras que EE.UU mostró un patrón opuesto de edad, en cuanto a la dimensión propósito en la vida, en ambos países se encontraron puntuaciones bajas en los adultos mayores, Karasawa et al. (2011).

Por otro lado, en lo relacionado con las transacciones de la vida adulta y el bienestar, estudiando la reubicación de personas adultas de su casa a un apartamento o retirándolas de su comunidad, se encontró que las mujeres mayores que pasan por una reubicación tenían mayor bienestar si se dedican a procesos interpretativos de adaptación tales como compararse con otros bajo la misma condición y mostrando conceptos flexibles de sí mismas (Kling, Ryff & Essex, 1997: Kwan, Love, Ryff, & Essex, 2003). En contraste se verificó que los cambios de actividad intencionados, predicen aumentos del bienestar Sheldon & Lyubomirsky (2006).

De las conclusiones a las que Ryff (2014) ha llegado con respecto a las investigaciones desarrolladas en las relaciones del bienestar psicológico, el desarrollo y el envejecimiento es “el bienestar cambia a medida que los individuos negocian los acontecimientos de retos de la vida adulta, con mejoras vinculadas a diversos procesos psicológicos (comparaciones sociales, autopercepciones flexibles, estrategias de afrontamiento)” (p. 14).

En cuanto a los aspectos psicológicos, Schmutte & Ryff (1997) encontraron al relacionar el bienestar psicológico con los cinco grandes modelos de rasgos de personalidad, que apertura a la experiencia estaba vinculado con el crecimiento personal, amabilidad estaba vinculada con las relaciones positivas con los demás y la extroversión, la conciencia y la neurosis fueron todos vinculados con el dominio del medio ambiente, propósito en la vida y la autoaceptación. De manera similar, Abbott et al., (2008) abordaron los vínculos entre perfiles de personalidad temprana (16 años) y la mediana edad con el bienestar, encontrando que las mujeres adolescentes extrovertidas tuvieron mayor bienestar en todas las dimensiones cuando se encontraban en la mediana edad. Dentro de las variables psicológicas que se han estudiado se encuentra el optimismo, cuyos resultados denotan que predice mayor bienestar, con los efectos mediados por el sentido de control Ferguson & Goodwin (2010); los anhelos de vida, que se definen como intenso deseo de estados alternativos y realizaciones de vida, predicen menor bienestar Scheibe, Freund & Baltes (2007) pero no si los anhelos de vida son percibidos como controlables. La satisfacción de las necesidades psicológicas contribuye a un mayor bienestar Milyavskaya, Philippe & Koestner (2012).

De acuerdo a las investigaciones del bienestar psicológico relacionadas con las experiencias familiares, se expone que las mujeres divorciadas y las que nunca se casaron se asoció negativamente con el bienestar total (todas los 6 escalas combinadas), mientras las viudas y las que nunca se casaron informaron significativamente más bienestar total que los hombres en los mismos grupos conyugales Shapiro & Keyes (2008). Además una investigación realizada por Kotter-Gruhn, Scheibe, Blanchard- Fields & Baltes (2009) reportaron que las mujeres de mediana edad sin hijos tenían mayor bienestar si sentían que tenían control sobre ese deseo de vida. Adicionalmente las relaciones de los rituales familiares y las conexiones familiares con el bienestar en la adolescencia y en la mediana edad, arrojan resultados en cuanto

a los rituales familiares, que denotan efectos bidireccionales longitudinales entre las percepciones del significado de ritual familiar y la cohesión de la familia (padres) y entre las percepciones de la cohesión de la familia de los padres, cuidadores y adolescentes; además se encontró que la conexión de la familia medido en la adolescencia estaba relacionada con la autoaceptación y las relaciones positivas en la edad mediana, las cuales son parcialmente mediadas por el matrimonio (Crespo, Kielpikowski., Pryor & Jose, 2011; Bell & Bell, 2009).

Dicho lo anterior también es importante resaltar que se ha relacionado los estudios de bienestar y el funcionamiento familiar en jóvenes adolescentes embarazadas Cifuentes (2013) encontrándose una reorganización y reestructuración de los lineamientos que las jóvenes y sus familias evalúan e integran al contexto social, de la misma forma se han hecho estudios del bienestar con experiencias familiares que son inesperadas, como la muerte de un hijo, donde los investigadores reportaron que el trauma de haber perdido a un hijo, deja secuelas durante muchos años, la investigación elaborada por Rogers, Floyd, Seltzer, Greenberg & Hong (2008), demostró que incluso casi luego de 20 años del fallecimiento del hijo, los padres reportaban más pobre bienestar, más síntomas depresivos y más problemas de salud que los padres con quienes se compararon, adicionalmente este mismo estudio permitió conocer que contar con un propósito en la vida, era lo que permitía recuperarse del dolor. En concordancia con lo anterior, se realizó una investigación sobre el efecto que se genera en el bienestar de los padres la muerte de un niño, encontrándose que son más afectados en el bienestar psicológico los padres que las madres Pudrovska (2009).

Con respecto al bienestar psicológico vinculado al ámbito laboral se reporta que los tipos de trabajo generan mayor o menor bienestar Srimathi & Kiran Kumar (2010) evidenciaron que las maestras tenían mayor bienestar en comparación con las mujeres que trabajan en los bancos, y éstas a su vez presentaban mayor bienestar que las mujeres que trabajaban en la

industria. De la misma forma se expresa que el trabajo voluntario favorece al bienestar psicológico como lo exponen Son & Wilson (2012) quienes demostraron que con el transcurso del tiempo se mejora el bienestar psicológico pero no el bienestar subjetivo, no obstante, las personas con mayor bienestar al inicio del estudio fueron las más propensas para realizar el trabajo voluntario. Otro estudio similar al anterior, realizado por Choi & Kim (2011) demostraron que una cantidad moderada de trabajo voluntario (10 horas al mes) y donar a la caridad, estaba vinculado a un incremento en el bienestar psicológico por un período de 9 años.

En el 2012, investigadores como Pusswald et al., encontraron en torno a la importancia del bienestar psicológico en la comprensión de la evolución de la enfermedad, que los pacientes con enfermedad de Parkinson, se muestran comprometidos en los niveles de sentido de coherencia y bienestar psicológico en comparación con el grupo control. En este mismo sentido Rafanelli, Offidani, Gostoli & Roncuzzi indagaron sobre los factores psicológicos incluyendo el bienestar relacionándolos con un ajuste en los pacientes que sufren hipertensión, de manera similar Guidi, Rafanelli, Roncuzzi, Sirri & Fava en los pacientes que sufren de insuficiencia cardiaca congestiva.

Continuando con el área de la salud, se ha relacionado los comportamientos saludables como el dormir bien con el bienestar psicológico, una investigación demostró que luego de ajustar otros factores, los durmientes óptimos reportaron mayores niveles de dominio del entorno, crecimiento personal, relaciones positivas con los demás, propósito en la vida y autoaceptación, así mismo la reducción de los síntomas de depresión y ansiedad, por lo tanto se hace importante considerar que el sueño es un recurso en el manejo del estrés y en la autoregulación Hamilton, Nelson, Stevens & Kitzman (2007), consecuente con lo anterior, se encontró que el insomnio recurrente es perjudicial para la salud Karlson, Gallagher, Olson & Hamilton (2013). Otra investigación vinculada a la salud fue la ejecutada a unos adultos jóvenes con discapacidad visual participando en un juego que se creó para ellos (torball)

quienes mostraron niveles significativamente más altos de bienestar en comparación con los no jugadores (Di Cagno et al.2013).

Rosa - Rodríguez, Negrón, Maldonado, Quiñonez & Toledo (2015) decidieron investigar las dimensiones del bienestar psicológico y el apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudios universitarios, encontrando correlaciones de bajas a moderadas entre la escala de bienestar psicológico y las sub escalas de apoyo social, sin embargo, las mujeres obtienen promedios más altos en las dimensiones de propósito en la vida y crecimiento personal, adicionalmente, no se evidenciaron diferencias significativas entre los niveles de estudios con respecto al bienestar, sin embargo en apoyo social se evidencia su necesidad a medida que se van incrementando los estudios especialmente el relacionado a la cercanía con los pares. Al lado de esta investigación Velásquez et al., (2008) demostraron con estudiantes universitarios que las mujeres obtienen una mayor puntuación en promedio en las dimensiones del bienestar psicológico, lo que se asocia a su vez a mayor asertividad y mejor rendimiento académico, de igual manera, en Valle, Beramendi & Delfino (2011), encontraron que las mujeres presentan puntuaciones más altas que los hombres en las dimensiones relaciones positivas y dominio del entorno, mientras Zubieta & Delfino, (2010) hallaron que las mujeres presentan mayor puntuación que sus pares hombres en dominio del entorno y propósito en la vida. En cuanto a las investigaciones sobre género y bienestar psicológico, se encuentra la de Yáñez & Cárdenas (2010) con inmigrantes sudamericanos, encontrando que tanto hombres como mujeres reportaban un adecuado bienestar psicológico, sin embargo los hombres mostraban mejores niveles en la dimensión de propósito en la vida mientras que las mujeres obtienen mayores puntuaciones en la de crecimiento personal.

Al lado de todo lo expuesto, cabe resaltar que un estudio transcultural demostró que la alta independencia (control personal) predijo mayor bienestar en los Estados Unidos, mientras

alta interdependencia (armonía relacional medida como la ausencia de tensión relacional) predijo un mayor bienestar en el Japón. Kitayama, Karasawa, Curhan, Ryff & Markus (2010).

2.1.2 Bienestar Subjetivo

Definido como “los diversos tipos de evaluaciones, tanto positivas como negativas, que las personas hacen de sus vidas. Incluye las evaluaciones cognitivas reflexivas como satisfacción con la vida y satisfacción con el trabajo, el interés y el compromiso, y las reacciones afectivas a acontecimientos de vida como la alegría y la tristeza” (Diener, 2005). Es decir, el bienestar subjetivo es la denominación que logra la estimación de lo que se ha vivido.

El autor expone que las emociones positivas hacen parte del bienestar subjetivo porque son ellas precisamente las que reflejan las reacciones que una persona puede generar ante hechos que le hacen comprender que su vida está en el camino conveniente. Según el grado de excitación, las emociones positivas, expresan diferentes estados, es decir, si el grado de excitación es bajo se denomina contento, si el grado de excitación es moderado, se denomina placer y si el grado de excitación es alto se denomina euforia. De igual manera, se incluyen las reacciones positivas hacia los demás, denominándose afecto; hacia las actividades, denominándose interés y compromiso, y hacia estados generales de ánimo positivo se denomina alegría.

Para Diener (2005) el afecto negativo “incluye los estados de ánimo y las emociones desagradables y representan la experiencia negativa de la gente en reacción a sus vidas, salud, eventos y circunstancias” (p. 3)

Las principales formas de reacciones negativas o desagradables según el autor incluyen “ira, tristeza, ansiedad, preocupación, estrés, frustración, culpa, vergüenza, envidia”, mientras considera que la “soledad o el desamparo” es un estado negativo. (p. 3).

Es importante resaltar que Diener reconoce que en la vida se pueden experimentar emociones negativas o estados emocionales desagradables, de igual forma manifiesta que si se torna prolongado este tipo de situaciones, la persona puede presentar dificultad en su funcionamiento eficaz y hacer de su vida algo desagradable.

En cuanto a la felicidad, hace claridad de las diferentes acepciones a nivel popular y a nivel científico que tiene dicho término, por consiguiente, felicidad puede “significar un estado de ánimo general positivo, una evaluación global de satisfacción con la vida, vivir una buena vida o las causas que hacen feliz a la gente con la interpretación dependiendo del contexto” (Diener, 2005, p.3).

Por otra parte, la satisfacción con la vida la define como “representa un informe de cómo evalúa o valora su vida una persona, teniendo en cuenta su conjunto” (Diener, 2005, p.3). De la misma forma satisfacciones de dominio, “son los juicios que las personas hacen al evaluar los principales ámbitos de su vida, como salud física y mental, trabajo, ocio, relaciones sociales y familia” (p. 3). Según el autor, las personas cuentan con la capacidad para explicar qué tan satisfechos están con un área de su vida, qué tanto le gusta un área de su vida y que tan cercanos están del ideal que se han planteado dentro de un área de su vida.

De manera general Diener hace referencia a la calidad de vida expresando que “describe las circunstancias de la vida de una persona en lugar de su reacción a esas circunstancias” (p.4).

Diener & Seligman (2004) exponen que aunque los indicadores económicos van en aumento, la sociedad no necesariamente goza de bienestar, debido a que se han incrementado las enfermedades mentales como la depresión y la ansiedad, apoyándose en una investigación realizada por Twenge (2000) quien manifiesta que la tasa de depresión en América ha

aumentado 10 veces más que en mismo período de 50 años e igualmente la tasa de ansiedad sigue aumentando.

Adicional a lo anterior, los autores consideran que hay una decreciente conexión en la sociedad, tomando como apoyo la investigación realizada por Putnam (2001a) donde se evidencian unos niveles bajos de confianza hacia las personas y en las instituciones gubernamentales, lo anterior según los autores se hace preocupante argumentándolo en una cita de Helliwell (2003 a) “la confianza es un importante predictor de la estabilidad de la sociedad y calidad de vida”.

En este orden de ideas describen que ciertas características políticas, generan bienestar en las personas, como lo llegan a ser “institución democrática, eficacia gubernamental y estabilidad” Diener & Seligman (2004), incluyen además ciertos comportamientos sociales, tales como tener confianza en los demás, el alto índice de afiliación a actividades de carácter voluntario y “ser practicante de una religión” (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Diener & Tov (2007), exponen que el bienestar subjetivo a nivel individual fomenta actitudes de paz porque influyen en la manera en que la gente percibe y se relaciona con los demás, argumentando que existen investigaciones que han demostrado que las emociones positivas predisponen a las personas a confiar y ayudar a los otros es decir a cooperar y a que se involucren en conductas prosociales (Lyubomirsky, King & Diener, 2005; Tov & Diener, in press, cit. en Diener & Tov, 2007), por el contrario, cuando las personas perciben la amenaza o las experiencias de miedo e ira, son predispuestos a apoyar acciones punitivas (Rucker, Polifroni, Tetlock & Scott, 2004, p.422) y a ser menos tolerantes a nivel político (Skitka, Bauman, & Mullen, 2004; see Conejeros and Etxebarria this issue, ídem).

De otra manera, existen estudios del bienestar subjetivo que exponen las consecuencias que se genera en este aspecto cuando las condiciones de vida son adversas debido a conflictos

armados o guerras, ejemplo de ello es la investigación realizada por Shemyakina & Plagnol (2012) quienes indagaron sobre el conflicto armado en Bosnia- Herzegovina, revelando que el trauma individual de la guerra tiene un efecto negativo sobre el bienestar subjetivo incluso ocho años después de haber finalizado la guerra, lo que les hace sugerir atención psicológica debido a que la depresión podría ser ocasionada por los eventos que agitan recuerdos dolorosos, encontrando adicionalmente que había un alza significativa en la satisfacción con la vida después de la guerra lo que era indicador de que las personas se estaban adaptando gradualmente y la salud psicológica estaba tomando su lugar.

Se une a esta temática los estudios elaborados por Morina & Von Collani (2006) sobre la relación entre los efectos de los eventos traumáticos relacionados con la guerra, autoeficacia generalizada, autoestima, bienestar subjetivo y angustia, arrojando como resultados una alta prevalencia de experiencias traumáticas (83%) con alta angustia, la gravedad del estrés traumático fue acompañado por la afectividad negativa y fue inversamente relacionada con la autoestima, la autoeficacia, el bienestar subjetivo y la afectividad positiva no parecen tener un impacto en el estrés postraumático ni están atenuadas por las experiencias aversivas.

Asimismo Karlsen, Dybdahl & Vitterso (2006), con veteranos en Noruega, demostraron que el estrés y el bienestar subjetivo tuvieron una correlación de orden cero, sin embargo al utilizar el modelo complejo de ecuaciones estructurales, revelaron que el efecto del estrés sobre el bienestar subjetivo era mediado a través de un proceso de afrontamiento centrado en el problema combinado con un componente de crecimiento, encontraron también que el estrés estaba mediado negativamente a través de un proceso de evitación y un componente de angustia, para finalizar, la hipótesis que el estrés puede producir incremento y disminución del bienestar subjetivo fue confirmada.

No obstante autores aseguran que en zonas de conflicto, las personas son capaces de mantener un nivel estable del bienestar subjetivo o desarrollaban estrategias para reducir el

impacto, esta estabilidad podría ser influida por variables como la conexión con la comunidad y el capital social (Will-Herrera, Orozco, Forero-Pineda, Pardo & Aldonova, 2011), los autores en esta investigación realizada con productores rurales en zonas de conflicto en Colombia, demostraron que quienes tenían menor percepción de inseguridad mostraban mayores niveles de bienestar subjetivo lo que conlleva a que el bienestar también es influenciado por las percepciones personales y no sólo los eventos objetivos; asimismo corroboraron que a un alto nivel de capital social, menor es la influencia de las inseguridades en el bienestar subjetivo es decir, cuando las personas utilizan redes y asociaciones esto se convierte en un amortiguador contra la inseguridad mediante la difusión de información, de manera tal, que el bienestar subjetivo es influenciado de manera positiva por la existencia de redes sociales, los niveles de confianza y la reciprocidad que existe en la comunidad; en cuanto a la percepción de inseguridad que percibieron las personas participantes, los investigadores encontraron que son tres: una percepción política, una social y una económica, la combinación de las mismas influye en el bienestar subjetivo de diferentes maneras.

Por todo lo anteriormente expuesto, se puede considerar que el entorno en que se vive, puede favorecer o no el bienestar subjetivo, es así como Diener (1994) lo define “aquellos dominios que son más cercanos y más inmediatos a la vida personal de la gente son aquellos que parecen tener más influencia en el bienestar subjetivo...” (p.72); aspecto corroborado en la investigación realizada por Gómez, Villegas, Barrera & Cruz (2007), quienes encontraron que las correlaciones más altas se presentaron entre el bienestar subjetivo y la satisfacción con las relaciones afectivas, el trabajo o estudio y el futuro, asimismo, encontraron que entre mayor es la autoeficacia percibida igualmente es la percepción del bienestar subjetivo, los investigadores sustentan sus resultados en que las relaciones afectivas, el trabajo o estudio y futuro, son aspectos vitales por la cercanía afectiva y podrían indicar además que esas áreas son las más valoradas por los colombianos; en cuanto a la autoeficacia, aseguran que es una de

las característica de personalidad que promoverían el bienestar aún en condiciones adversas, por lo que se podría considerar que los colombianos presentan alto bienestar subjetivo cuando perciben que pueden tener control en las acciones y decisiones en variados aspectos.

De igual importancia se ha relacionado el bienestar subjetivo a una serie de variables, una de ellas han sido la religión y la espiritualidad, Chu Lin & Harris (2013) indagaron sobre la relación entre la religión y espiritualidad con el bienestar subjetivo en culturas nacionales arrojando como resultado que en las culturas nacionales donde la socialización de la fe religiosa es más común, la práctica espiritual se relaciona positivamente con el bienestar subjetivo, mientras que en las culturas donde la socialización religiosa es menos frecuente la relación entre la práctica espiritual y el bienestar subjetivo era invertida; además encontraron que en los países donde la hostilidad social hacia los grupos religiosos es más intenso, la asociación positiva entre la creencia de autoridad del líder religioso y el bienestar subjetivo fue más fuerte, que en los países donde tal hostilidad era más débil, lo anterior hace pensar que las diferentes medidas de religión y espiritualidad van variando las relaciones con el bienestar subjetivo y con el contexto en el que se presenten dichos estudios.

De la misma forma Joshanloo & Daemi (2015), investigaron si el autoestima mediaba la relación entre la espiritualidad y el bienestar subjetivo en Irán, los resultados demostraron que la autoestima era un mediador parcial de la relación entre espiritualidad y bienestar subjetivo.

Otra de las variables encadenada al bienestar subjetivo ha sido el optimismo Marrero & Carballeira (2010) quienes relacionaron el papel del optimismo y el apoyo social con el bienestar subjetivo, cuyos resultados arrojaron que el optimismo y el apoyo social se relacionan con el bienestar subjetivo cuando se utilizan como indicadores de la satisfacción vital y la depresión, también detectaron que la percepción de apoyo que tenga la persona y no el número

de las fuentes de apoyo favorecen el bienestar, resaltan de la misma forma que el optimismo aunado a un alto apoyo social aumentan diferentes indicadores de bienestar, como “ la satisfacción con el ocio, la satisfacción vital y las emociones positivas, disminuyendo las emociones negativas, la depresión y la sensibilidad interpersonal”.(p.45).

2.1.3. Bienestar Social

El bienestar social es la “valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad” (Keyes, 1998, p.122).

El bienestar social cuenta con cinco dimensiones:

- **Integración Social:** “es la evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad” (Keyes, 1998, p. 122). Es decir, es sentirse parte de la sociedad, con evidente sentido de pertenencia y extensión de sus lazos sociales en la familia, amigos, vecinos, comunidad.
- **Aceptación Social:** es la capacidad para aceptar y tener acciones positivas hacia los demás, igualmente la aceptación de nuestra propia vida, “los individuos que ilustran la aceptación social confían en otros, piensan que los otros son capaces de ser amables, y cree que la gente puede ser diligente” (Manrique, Martínez & Turizo, 2008).
- **Contribución Social:** la persona debe sentir que “es un miembro vital de la comunidad y que se tiene algo útil que ofrecer al mundo” (Keyes, 1998, p. 128), esto implicaría reconocer que se tiene la capacidad para ofrecer beneficio al mundo, de ser un proveedor positivo a la sociedad.

- **Actualización Social:** es la confianza en el potencial y crecimiento de la sociedad. “Esta dimensión se centra en la concepción en que la sociedad y las instituciones que hacen parte de esta, se conducen en dirección de lograr metas y objetivos, que beneficien a todos los actores sociales” (Manrique, et al., 2008).
- **Coherencia Social:** definida como “la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo” (Keyes, 1998, p. 123).

Según Keyes (1998), las personas más sanas a nivel de salud mental, se interesan por saber del mundo en el que viven reconociendo que presenta dificultades pero tienen la postura de construir su sentido de vida en él.

El autor agrega que el bienestar social se vincula a diversos indicadores de pertenencia a asociaciones cívicas y comportamiento prosocial, destacando que las dimensiones de integración y contribución social llegan a obtener puntajes altos cuando las personas trabajan con los vecinos en la resolución de los problemas, asimismo señala el autor que la dimensión de integración social es especialmente la que denota crecimiento acorde a la percepción de seguridad en el barrio y de la confianza entre los vecinos.

El bienestar social es muy importante para las personas, cualquier situación social puede afectarlo, este hecho se corrobora en la investigación realizada con niños y jóvenes víctimas del conflicto armado en Sri Lanka quienes a razón del conflicto sufrieron cambios en su estructura familiar y debido al desplazamiento perdieron sus redes comunitarias, lo que generó una afectación inherente al tejido social de los pueblos y de las comunidades (Thomas et al., 2016).

Cuando se revisan los estudios que se han desarrollado a nivel mundial sobre el bienestar social se encuentran diversas variables estudiadas, una de ellas es la identidad

nacional, cuyos resultados denotan una relación positiva entre ésta y el bienestar (Genna & Espinosa, 2012), igualmente (Espinosa, Baramendi & Zubieta, 2015) en su síntesis meta analítica de estudios en Argentina, México y Perú. Igualmente otros resultados encontrados sugieren a la identidad nacional como un tipo de identidad social al estar relacionado con el bienestar psicológico, subjetivo y social, Espinosa, Schmitz & Rottenbacher (2016), lo que según los investigadores es consistente porque la identidad facilita la adaptación de los individuos en su entorno.

De acuerdo a lo anterior, también se ha estudiado el bienestar con la salud mental, Keyes, Satvinder, Dhingra, & Simoes (2010) logran demostrar en un estudio longitudinal que diez años después, la prevalencia de las enfermedades mentales varía, corroborando que el aumento de la salud mental disminuye la probabilidad de desencadenar enfermedades mentales y que la pérdida de la salud mental aumenta la probabilidad de la incidencia de enfermedades mentales, en dicho estudio, las mujeres, los participantes más jóvenes y los que contaban con menos nivel educativo, mostraron un aumento general que era independiente de la línea base de salud mental, por tal motivo, el autor resalta la importancia de trabajar en la promoción y prevención de la salud mental para evitar la inminencia de enfermedades mentales en la población.

De igual forma Manrique, Martínez & Turizo (2008) encontraron que las experiencias traumáticas vividas por las personas víctimas de desplazamiento, debido a sus cogniciones irracionales y a su actitud fatalista, generaron afectación en el bienestar psicológico, lo anterior según las investigadoras, ocasiona que las personas víctimas presenten dificultad en la capacidad para establecer relaciones de confianza y empatía en las personas, adicionalmente en cuanto al bienestar subjetivo, encontraron que con todo lo que experimentaron a nivel de violencia las personas cuentan con un incremento en la satisfacción con la vida; mientras el bienestar social lo encontraron afectado por el trauma, el fatalismo y las cogniciones

postraumáticas hacia sí mismos y el mundo, lo que genera percepciones sobre su incapacidad para poder mejorar sus condiciones, incluso se hace extensivo dicha incapacidad hasta sus relaciones con los demás, tienden a considerar que no cuentan con quienes les garanticen sus derechos, por todo lo anterior, se deteriora su integración en la sociedad y por ende su aceptación.

En cuanto a los jóvenes también se han realizado estudios del bienestar como el desarrollado por Zubieta & Delfino (2010), encontrando que los jóvenes universitarios exhibieron un alto nivel de satisfacción con la vida y de bienestar psicológico, sin embargo en bienestar social la actualización y la coherencia social parecen críticas, según las investigadoras “los participantes manifiestan poca confianza en el potencial de crecimiento y desarrollo de su sociedad, así como de la capacidad de ésta última para generar bienestar a sus miembros. No perciben claramente que el entorno les permita el crecimiento personal. Se muestran poco capaces de entender la dinámica social, la percepción de cualidad, organización y funcionamiento del mundo social. La coherencia social es la creencia en que el mundo es predecible, inteligible y lógico, y por ende controlable, además refiere al preocuparse y estar interesado en la comunidad. En términos psicológicos, una baja puntuación en esta dimensión refleja cierta dificultad en estos estudiantes en ver a sus vidas provistas de significado y coherencia”.

Es interesante conocer las repercusiones a nivel de salud mental que pueden generarse a partir de experiencias traumáticas, ya sean experiencias vividas en un único momento o aquellas que se hacen continuas en el devenir de la vida, especialmente las generadas por la acción del hombre.

2.2. Trauma

El trauma ha sido definido como los problemas psíquicos en un individuo originados por el impacto de una determinada experiencia en la vida de los sujetos. (Hidalgo & Davidson, 2004; Rubin & Bloch, 2001 cit. en Manrique, Martínez & Turizo, 2008). Los síntomas de éste han sido entendidos como el Trastorno de Estrés Postraumático.

El trastorno de estrés postraumático está definido por la APA (2016) como “un problema de ansiedad que se desarrolla en algunas personas después de eventos extremadamente traumáticos, tales como combate, accidente o desastre natural”, ante este trastorno las personas “pueden revivir el evento a través de recuerdos intrusivos, flashback y pesadillas; evitar cualquier cosa que les recuerde el trauma, y tienen sentimientos de ansiedad que no tenían antes de que sus vidas se afectara”.

Los síntomas característicos del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM V (2016) están definidos en los criterios A, B, C, D y E. El criterio A hace referencia a la vivencia, presencia o comentarios de un hecho vinculado a la muerte y a reacción emocional vinculada al terror y/u horror intenso. El criterio B se refiere a los recuerdos, sueños recurrentes, respuestas fisiológicas y psicológicas que generan malestar. El criterio C se refiere a evitar por parte del individuo cualquier situación que le recuerde su trauma. El criterio D se refiere a las modificaciones cognitivas y emocionales que no existían antes del trauma, manteniendo al individuo en un estado de alerta persistente. El criterio E se refiere a la presencia de las diversas alteraciones por más de un mes.

Britvic et al., (2014) demostraron en un estudio con veteranos después de quince años de la guerra, que quienes estuvieron en combate desencadenaban más frecuentemente enfermedades cardiovasculares, dermatológicas, musculoesqueléticas, pulmonares y metabólicas que quienes no estuvieron en combate, además quienes estuvieron por más tiempo en la zona de combate desarrollaron arritmias cardíacas, trastorno de estrés postraumático

complicado con otras comorbilidades psiquiátricas, los investigadores llegaron a concluir que el trastorno de estrés postraumático como resultado de la exposición al trauma de guerra, aumenta la posibilidad de desarrollar enfermedades somáticas, de acuerdo a lo anterior, expresa Gaborit (2006b) la mayor dificultad que pueden vivenciar las personas ante el trastorno de estrés postraumático es que las consecuencias del trauma se extienden demasiado en el tiempo dejando de ser útiles y provocando molestias, percepciones de ineptitud en el manejo de la propia vida y por supuesto limitando el desempeño diario, no sólo a nivel de relaciones interpersonales, en la resolución de los problemas sino incluso en la falta de metas y el futuro se revela disgregado.

Otros estudios han corroborado lo anteriormente expuesto por Gaborit (2006 a), encontrando que las mujeres presentan síntomas físicos y psicológicos cuando se encuentran expuestas a hechos traumáticos, “numerosos ataques de pánico, pérdida de control, problemas psicológicos o depresión grave han llevado a hospitalizaciones para tratar de controlar su situación y poner tratamiento, aunque muchos de esos problemas tienen un impacto crónico” (Miller et al., 2013 p. 220), de igual manera se logra evidenciar que “muchas víctimas sufren problemas de salud graves como consecuencia del impacto de la violencia, el empeoramiento de las condiciones de vida y el impacto del estrés negativo extremo. Los problemas cardiovasculares ligados al estrés entre otros factores son frecuente causa de hospitalizaciones” (Miller et al., p. 219).

Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, (1995) cit. en Gaborit (2006 a) encontraron que “se estima que alrededor de un 23% de las personas expuestas a un suceso traumático desarrollan estrés postraumático y, de éstas, son más las mujeres que los hombres”.

Se hace interesante conocer que las experiencias traumáticas pueden generar en las personas aprendizajes positivos al poder reconocer aspectos que desconocían de sí mismos y que dicha experiencia permitió asentar y destacar como lo expresa Martín-Baró (1984) cit. en Manrique et al (2008) “también es cierto, que algunos sectores, la población afectada puede

sacar a relucir aspectos positivos, que tal vez en otras circunstancias (de paz o tranquilidad), no se habrían percatado” p. 94; esta condición se pudo evidenciar en las entrevistas realizadas a mujeres víctimas del desplazamiento forzado por el conflicto interno en Colombia, “una experiencia que les ha partido la vida en dos provocando una pérdida de lo que ellas eran, pero también, tal vez con el tiempo, la apertura a nueva visión y valoración de ellas mismas al haber sobrevivido y tener capacidad de rehacer su vida. Esta dimensión de poder reconocer la fractura en la propia vida, pero reconstruir un sentido de identidad que no se basa sólo en la vuelta al pasado sino en asumir el impacto, es parte también de la experiencia de muchas mujeres en su proceso de recuperación” Miller et al., (2013) p.238.

En palabras de la psicóloga María Elena Restrepo-Espinosa (2012) cit. en Gutiérrez – Peláez (2012):

la forma en que cada quien vive una experiencia de sufrimiento o traumática no puede ser sometida a una condición de generalidad y universalidad. Cada quien arma algo con su vacío, pero esta experiencia tampoco se puede reducir a términos estrictamente individuales. La reparación pasa por el reconocimiento en lo social, en la memoria colectiva, que es sustento de la cultura y de la colectividad, pero el drama subjetivo cada cual lo tiene que vivir, hablar, entender, y esto supone un lugar de escucha individual. La atención en salud mental debe garantizar este lugar, pero no con base en la visión anormal del trastorno, de la desviación o de la enfermedad, en la que se ha sustentado la relación trauma- víctima, equivalente a la relación víctima-reparación compensación. En realidad, todo trauma implica una víctima y una sola forma de vivirlo y padecerlo.

Por lo anterior, se podría afirmar que cada hecho violento conmociona la historia de vida de quien lo padece, sin embargo la forma en que es asumido depende de cada una de esas

personas, “la singularidad de un sujeto es determinante para que un hecho específico devenga o no traumático. No hay acontecimientos o hechos traumáticos universales que vaticinen el devenir de poblaciones traumatizadas” Gutiérrez-Peláez (2012) p. 190.

Con respecto al trauma, es de resaltar lo que expone Martín-Baró en el texto “La Violencia Política y la Guerra como Causas del Trauma Psicosocial en El Salvador” (1988), donde hace una distinción en lo que es el trauma social y el psicosocial, definiendo al primero “ a cómo un proceso histórico puede haber dejado afectada a toda una población” (p.75), y al segundo lo aclara definiéndolo con un carácter dialéctico donde “la herida o afectación dependerá de la peculiar vivencia de cada individuo. Vivencia condicionada por su extracción social, por su grado de participación en el conflicto, así como por otras características de su sufrimiento que acarrea la guerra, ofrece incluso a algunas personas la oportunidad de crecer humanamente” (p. 76).

El autor resalta además que el trauma psicosocial cuenta con dos elementos que se hacen trascendentales para entenderlo:

- “Que la herida que afecta las personas ha sido producida socialmente, es decir que sus raíces no se encuentran en el individuo, sino en su sociedad” p. 76.
- “Que su misma naturaleza se alimenta y mantiene en la relación entre el individuo y la sociedad, a través de diversas mediaciones institucionales, grupales e incluso individuales”. p. 76

Es interesante de este autor, la connotación que expone frente a las personas que viven los hechos violentos, al sugerir una participación activa, en sus propias palabras “los datos llevan a afirmar el papel esencial y activo que desempeñan los grupos y personas como sujetos de la historia, por más alienadamente que la vivan”. (p.78).

Adicionalmente Wilches (2010) manifiesta que se han hecho estudios sobre trauma vinculados a la guerra y a las catástrofes naturales, las víctimas de los efectos de las catástrofes

se caracterizan por hablar más sobre ello, recordarlo más, olvidar menos y recuperarse un poco más rápido, mientras los traumas en los que se afectan las relaciones con los otros, con los seres queridos, son más complejos para elaborarlos por lo tanto se tardan más tiempo.

En cuanto a las investigaciones realizadas con personas que han vivido actos violentos, es decir, experiencias traumáticas, se ha encontrado que las personas víctimas del desplazamiento forzado mayores de cincuenta años presentan más prevalencia del estrés postraumático (Alejo, Rueda, Ortega & Orozco, 2007), esta investigación logró verificar que la prevalencia del estrés postraumático es menor cuando se cuenta con mayor tiempo de desplazamiento, corroboraron la comorbilidad de trastornos afectivos como la depresión junto a síntomas del TEP y aunque los participantes informaron sobre la vivencia de hechos traumáticos no todos evidenciaron el cuadro completo de trauma. De manera similar Echenique, Medina, Medina & Ramírez (2008) corroboraron alta prevalencia de síntomas de estrés postraumático en víctimas de desplazamiento forzado en las personas que contaban con un tiempo menor a un año de haber vivido el suceso.

En vista de las secuelas que genera a nivel físico y psicológico la presencia del estrés postraumático en las personas víctimas del desplazamiento forzado, se hace indispensable revisar las situaciones que ha desencadenado la violencia política.

2. 3 Mujer, desplazamiento y violencia sociopolítica

Al hacer una revisión histórica de Colombia teniendo en cuenta hechos de violencia, se puede considerar que desde el mismo origen o constitución del país se han dado, sin embargo si se toma como punto de partida el asesinato de Jorge Eliécer Gaitán en el año 1948, cuando los dos partidos políticos existentes, liberales y conservadores iniciaron una lucha a muerte por querer tener el control político, social y económico del país, se puede considerar que el país ya cuenta con más de cinco décadas de violencia fratricida.

Durante todo este tiempo el conflicto armado se ha recrudecido, por lo que han surgido diferentes modalidades de eventos violentos generados por los grupos armados al margen de la ley, como el despojo forzado de tierras, las minas antipersonales, los secuestros, los hostigamientos a poblaciones, las extorsiones continuas a la población civil, las desapariciones forzadas, los homicidios, las torturas, los delitos contra la libertad y la integridad sexual, las vinculaciones de menores de edad a las filas de los grupos insurgentes y el desplazamiento forzado.

Todos los grupos que se han conformado al margen de la ley, buscan poseer sus propios territorios, por lo que despojan a los campesinos de sus tierras, de sus viviendas, tomando sus pertenencias, asesinando sus animales o a sus seres queridos, generando éxodos masivos de ellos hacia las cabeceras municipales e incluso hasta medianas o grandes ciudades del país.

La década de los ochentas está identificada como aquella donde se agudizó el conflicto interno, especialmente en el año 1985 porque los diferentes grupos armados se dieron a la disputa por el control de territorios, “las décadas de los ochenta y los noventa, representan un hito histórico en los procesos de despojo y expulsión, pues se caracterizan por una nueva agudización de la violencia, que en ocasiones no es más que la manifestación o continuidad de viejos conflictos y problemas no resueltos. El desplazamiento forzado, es en esta época, la manifestación más clara de la permanencia histórica y la consolidación de un modelo de desarrollo excluyente” (Bello & Villa, 2005 cit. en Astaiza, 2013).

Durante los años 2000 y 2002 la mayor concentración de desplazados fue ocasionada por la insistente expansión de los grupos paramilitares y por la ruptura de los diálogos de paz entre el Gobierno Nacional y con el grupo insurgente denominado FARC (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia), según lo expuesto en el Boletín Especial de Peace Brigades Internacional Colombia (2010), este mismo boletín expone además que desde el año 2006 el

desplazamiento interno ha venido en escalada basándose en información del Gobierno y de ONGs.

Dentro de la problemática de la violencia sociopolítica han surgido otros actores, ellos son los denominados grupos posmovilizados quienes en la actualidad según CODHES (2014) son los responsables de los desplazamientos masivos ocasionados en los años 2012 y 2013 específicamente con desplazamientos intraurbanos.

La prolongada permanencia del conflicto en Colombia, ha trascendido a tal punto que invade diversas esferas incluyendo como lo exponen Restrepo, Spat & Vargas, (2003) cit. en Ramos-Vidal (2014) en el nivel de confianza que existe en la sociedad y delimita la relaciones interpersonales.

Estudios han demostrado las consecuencias físicas y psicológicas que se genera en las personas durante la violencia política, en este caso en las mujeres, que presentaron trastorno de estrés postraumático, cuyos síntomas aumentaron en relación con el número de experiencias y la duración de los diversos eventos violentos que vivieron, por lo que Sousa (2013) concluyó que el bienestar de las personas frente a la violencia política específicamente en Palestina depende de los entornos en los que viven las personas incluyendo sus mundos social y político, resultados similares fueron encontrados por Canetti, Hall, Rapaport & Wayne (2013) en el conflicto Israelí - Palestina en la población evaluada en cuanto a la angustia psicológica referida al trastorno de estrés postraumático y la depresión siendo los trastornos psicológicos más comunes en las personas en las zonas de conflicto y por Beser & Neria (2012) con jóvenes universitarios israelíes cuyos resultados muestran que la ansiedad de las personas ante eventos traumáticos está asociado a síntomas del trastorno de estrés postraumático y que los bajos niveles de apoyo social están asociados con un aumento en los niveles de los síntomas de TEP.

Dentro del conflicto armado colombiano, el desplazamiento forzado por la violencia es quizás el hecho más victimizante, y está definido según el artículo 1 de la Ley 387/97 (Vicepresidencia de la República) como:

...toda persona que se ha visto obligada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividad económicas habituales porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren dramáticamente el orden público.

Las personas que han sido víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento, "...afroitan el estigma, el prejuicio y la discriminación producto del estereotipo negativo asociado a las personas y a los colectivos...de tal suerte que estos ciudadanos se constituyen en víctimas por diferentes razones en un fenómeno de estigmatización múltiple, intersectorial, polivictimización y revictimización" (Campo, Oviedo & Herazo, 2014, p.178)

Los autores anteriores al hacer referencia sobre el fenómeno de estigmatización múltiple e intersectorial consideran que las personas en situación de desplazamiento en algunas ocasiones pueden llegar a ser acusadas por otras, de ser las responsables o corresponsables del abandono de sus tierras, vivienda o región, por no haber enfrentado la situación, además pueden ser catalogas como pertenecientes o colaboradores de grupos armados al margen de la ley, quizás estas situaciones contribuyeron a que las personas en situación de desplazamiento no

fuesen consideradas como víctimas lo que pudo haber impedido la ayuda de personas o instituciones, dejándolos en condiciones de mayor vulnerabilidad.

Las personas en situación de desplazamiento al no contar con recursos económicos, tienden a ubicarse en los barrios más pobres en los lugares donde se domicilian, por lo tanto empiezan a compartir diferentes problemáticas sociales que van desde carencia de servicios públicos, vivienda digna, delincuencia e incluso consumo y expendio de sustancias psicoactivas, estas situaciones concurren y van incrementando aún más sus condiciones de exclusión y vulnerabilidad, adicionalmente temen establecer vínculos sociales debido a las experiencias vividas y porque en algún momento llevan consigo el estigma de ser desplazados, lo que deteriora sus vínculos sociales impidiéndoles sentirse adaptados en su nuevo sitio de residencia, todo lo anterior se compatibiliza y puede generar dificultades a nivel de la salud mental como lo exponen Cobos, (1999) basado en Holingshead & Redlich (1958) cit. en Amarís (2012) al considerar que las enfermedades mentales se presentan con mayor frecuencia en personas de clases bajas, en las que no cuentan con lazos sociales significativos y las personas que perdieron sus lazos sociales significativos.

Mientras autores como Campo, Oviedo & Herazo (2014) señalan que los profesionales de la salud mental en particular los psiquiatras deben prestar especial atención a las condiciones emocionales de las personas víctimas de desplazamiento forzado para evitar una posible revictimización mediante la “medicalización de las emociones de la vida cotidiana y el sufrimiento...sin que se cumplan formalmente criterios de trastorno mental”(p.216), es decir, es importante tener en cuenta todas las condiciones que las personas han vivido desde la partida de su lugar de origen, las situaciones sociales que le han acompañado y sus condiciones actuales en su lugar de residencia, como lo exponen Berger & Luckman, (1986, p. 79) cit. en Chávez & Bohórquez (2014) “las personas en situación de desplazamiento, individuos, familias o colectivos, se ven obligados a perder y abandonar no sólo pertenencias o propiedades

(territorios geográficos), sino relaciones y afectos construidos históricamente con el entorno, expresados en las maneras propias de vivir y sentir la región, y con los vecinos y familiares (territorios de vida): es decir el desplazamiento de la misma forma destruye comunidades (identidades colectivas) en tanto desestructura mundos sociales y simbólicos y provoca la ruptura de creencias, valores, prácticas, formas y estilos de vida” p. 139.

Los diferentes hechos violentos que acompañan un desplazamiento, generan en las personas perturbaciones significativas en la salud mental, especialmente trastorno de ansiedad como el trastorno de estrés postraumático, que se evidencia en un 25% de víctimas o testigos de un hecho traumático (Echeburúa & Corral, 1997, cit. en Echenique, Medina, Medina, Ramírez, 2008).

De la misma forma, al estudiar la salud mental desde el modelo del bienestar en personas víctimas de la violencia, se hacen evidentes las afectaciones de ellos a nivel del bienestar psicológico y el bienestar social, atribuidos a las experiencias o eventos dramáticos que lesionaron las creencias en sus capacidades y en poder controlar sus vidas, lo que les lleva a sentir culpa y deseos de responsabilizarse de eventos que resultan imposibles de controlar, de otra manera, el bienestar social se haya más comprometido porque atañe a la confianza en los otros, en las relaciones sociales y en las relaciones sociales institucionales (Manrique, Martínez & Turizo, 2008)

La experiencia de ser víctima de desplazamiento forzado siendo mujer, permite reconocer tres dimensiones que favorecen la discriminación, la opresión y la subordinación de género, estas dimensiones según Miller et al., (2013) son: “la violencia física, psicológica y sexual experimentada por las mujeres, las pérdidas y renunciadas sufridas por las mujeres, y el incremento del control masculino sobre las vidas de las mujeres” (p.54).

Tal ha sido la violencia sexual vivida por las mujeres en el conflicto Colombiano que la Corte Constitucional ha logrado identificar cuatro factores que contribuyen a clarificar este tipo de conductas:

- a) Existencia de pautas culturales que vinculan el cuerpo de la mujer al honor del hombre o de la comunidad y por ende privilegian su victimización en un contexto de guerra.
- b) Menosprecio o subvaloración generalizados de la dignidad y la sexualidad femeninas.
- c) Interés por controlar o explotar el cuerpo de la mujer y su capacidad reproductiva.
- d) Uso instrumental de la violencia sexual para aterrorizar a la población civil e inducirlos a huir de sus hogares y aldeas. (CODHES, 2009).

Mientras tanto, información ofrecida por la Corporación Sisma Mujer, (2007) cit. en Wilches, (2010), expone que los diferentes actores armados utilizan la violencia sexual de manera deliberada con varios propósitos: el primero es violentar a las mujeres que sean tildadas de colaboradoras, informantes o novias de guerrilleros, el segundo es recrudecer el ataque ya no sólo con masacres sino asesinando a mujeres que sobresalgan por su labor en la comunidad ya sea como líderes o figuras con autoridad, el tercero y último es hacer evidente la presencia de ellos en el territorio.

Hoy día se logra reconocer los derechos de las mujeres, sin embargo se siguen presentando condiciones que evidencian otra realidad, la discriminación constante a la que se ven abocadas las mujeres, llega a marcar hasta las posibilidades de participación política como lo reporta los datos del Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL, el promedio regional de participación política femenina en la cámara baja o única en el año 2011 fue del 21, 06 % (Albaine, 2014), de la misma forma el conflicto armado

colombiano refuerza condiciones de discriminación, exclusión y estigmatización hacia las mujeres. Brito (2010)

Se toma como blanco a las mujeres por ser parientes de "los otros". Las facciones armadas amenazan a las mujeres y abusan de ellas por ser solidarias de sus maridos o parejas o por la pareja que han elegido o por proteger a sus hijos o hijas del reclutamiento forzado. Además, las supervivientes describen cómo los paramilitares llegan a una aldea, se apoderan completamente de ella y aterrorizan a la población. Al parecer, cometen atentados contra los derechos humanos con total impunidad (LIMPAL, IEC. 2002, p.4) cit. en Andrade, (2010)

Adicionalmente, reporta la Mesa de Trabajo Mujer y Desplazamiento Forzado en Bogotá, (2007, p. 2) cit. en Andrade (2010 p. 31) en cuanto a la violación de los Derechos Humanos que “en el año 2007 por lo menos 13.634 personas perdieron la vida por fuera de combate a causa de la violencia sociopolítica, de las cuales 1.314 eran mujeres, niñas y adolescentes”; de acuerdo al Informe Defensorial del 2008 “el 15,8% de las mujeres en situación de desplazamiento han sido víctimas de violencia sexual” (ACNUR, 2009) y según CONPES 3784 de 2013, dentro del conflicto interno, el desplazamiento forzado ha sido el hecho más victimizante y se ha caracterizado por la representatividad de las mujeres, cuya cifra asciende a un 84%. (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2014).

La violencia hacia las mujeres está definida por Naciones Unidas como “cualquier acto de violencia de género, que da como resultado o probablemente resulte en un daño físico, sexual, mental o el sufrimiento de las mujeres, incluidas las amenazas tales como la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea en la vida pública o en la vida privada”.

Según el Auto 092 del 2008, las mujeres están expuesta en el escenario del conflicto armado colombiano a diez riesgos de género que han sido identificados por la Corte

Constitucional: a) violencia sexual, explotación sexual o abuso sexual, b) explotación o esclavización para ejercer labores domésticas y roles considerados femeninos en una sociedad con rasgos patriarcales, por parte de los actores armados ilegales, c) reclutamiento forzado de sus hijos e hijas por los actores armados al margen de la ley, d) contacto o de las relaciones familiares o personales – voluntarias, accidentales o presuntas – con los integrantes de alguno de los grupos armados ilegales, o fuerza pública, e) pertenencia a organizaciones sociales, comunitarias o políticas de mujeres, o de sus labores de liderazgo y promoción de los derechos humano, f) persecución y asesinato por las estrategias de control coercitivo, g) asesinato o desaparición de su proveedor económico o por la desintegración de sus grupos familiares y de sus redes de apoyo material y social, h) despojo de sus tierras y su patrimonio con mayor facilidad por los actores armados ilegales, i) condición de discriminación y vulnerabilidad acentuada de las mujeres indígenas y afrodescendientes y j) pérdida o ausencia de su compañero o proveedor económico durante el proceso de desplazamiento (USAID, OIM, Unidad para la Atención y la Reparación de las Víctimas, 2014).

“Cifras del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2004) muestran que las mujeres desplazadas internas en Colombia son particularmente vulnerables a mayor violencia, tal y como se evidencia en un reciente estudio que muestra que el 52,3% de las mujeres desplazadas han sido víctimas de la violencia doméstica, comparado con el 41,1% de las mujeres no desplazadas” (ACNUR, 2006 pág.23. Cit: en Amarís, Abello, Santamaría, Buelvas & Acuña, 2009).

Es posible que la afectación a las mujeres reflejadas en secuelas físicas, psicológicas, económicas, sociales, comunitarias, sea ocasionado por “el sufrimiento por el dolor del recuerdo se suma a la contención emocional que lleva a guardar esos sentimientos y frecuentemente a que las mujeres gasten mucha energía psicológica en evitar mostrar su afectación para no dañar o preocupar a otros” (Miller et al., p. 213).

Las mujeres ante hechos violentos suelen presentar mayor prevalencia de síntomas como es el caso del estrés postraumático, donde las mujeres tienen dos veces más la posibilidad de desencadenarlo como lo dice (Norris et al., 2002 pág. 229. cit. en Blanco & Amarís 2014), como lo exponen Flórez, Molina & Valle (2010) en su estudio con los excombatientes en El Salvador donde el estrés postraumático otra vez prevalece más en las mujeres. “Muchas mujeres han sido víctimas de traumatización extrema y sufren actualmente las secuelas de los duelos no elaborados por las pérdidas de sus familiares, por las violaciones sufridas y por la desesperación de haber vivido tanto sufrimiento” (Vázquez et al., 1996, p. 246. cit. en Blanco & Amarís, 2014).

Toda esa historia de violencia vinculada a desplazamientos forzados por las condiciones sociopolíticas, ha generado consecuencias económicas, políticas y sociales de gran envergadura, incluyendo la salud mental de las víctimas, investigaciones realizadas en el marco de la salud mental, han permitido verificar la existencia de trastornos con síntomas físicos y psicológicos como lo plantean Amarís et al (2008); Pérez Sales (2004), Vera, Carbelo y Vecina (2006), Palacio y Sabater (2002) citados en Amarís (2012), exponiendo que muchas personas sobreviven ante las discrepancias de la violencia conservando casi intacta su salud mental, mientras otros, parecen haber recibido un enorme impacto emocional que termina haciéndolos sentir vulnerables e incapaces de continuar con el desarrollo de sus vidas.

Es importante comentar que Buelvas & Amarís (2010) exponen con respecto al impacto psicológico de la violencia sociopolítica y el proceso de desplazamiento, que si bien la situación es sumamente dolorosa, la manera en la que es asumida por el individuo es particular.

Varios autores han podido reconocer el impacto que se genera en la salud mental de las personas cuando viven hechos violentos como Andrade, Agudelo, Ramírez & Romero (2011) demostrando la relación existente entre problemas de adaptación social y el trastorno afectivo bipolar, en un 17,1% en personas víctimas del conflicto armado en Colombia especialmente

en las mujeres cabezas de hogar, argumentando que dicha relación se debe a la dificultad de conformar nuevas redes sociales, a dificultades económicas que les impiden satisfacer sus necesidades físicas y psicológicas así mismo el carecer de un ambiente agradable en donde vivir.

En una investigación realizada por Torres, Bareño, Sierra, Mejía & Berdesi (2012) con personas víctimas del desplazamiento forzado, encontraron como resultados que el 31,96% presentaba una prevalencia de algún problema de salud mental.

Mientras Bell, Méndez, Martínez, Palma & Bosch (2012) investigaron sobre la salud mental de personas residentes en zonas de conflicto armado en Colombia, encontrando que la psicopatología vinculada al conflicto es la ansiedad, mientras la agresión y el uso de sustancias psicoactivas iban vinculadas a otra categoría no relacionada al conflicto, además encontraron que la depresión y el riesgo de suicidio estaban representadas por igual en ambas categorías.

Continuando con investigaciones vinculadas a las personas víctimas de desplazamiento, Andrade (2011) encontró en su investigación que las familias bajo esta condición, presentaban cuadros depresivos y presencia de estrés postraumático.

Por otra parte se ha encontrado que las mujeres que han sido víctimas de desplazamiento forzado y adicionalmente han sido víctimas de violencia por parte de su pareja, padecen de estrés postraumático, sin embargo en el segundo caso, cuando las mujeres perciben apoyo social por parte de una persona de su confianza, se presentan menos síntomas de depresión y de estrés postraumático (Buesa & Calvete, 2013), mientras (Amarís & Santamaría, 2009) encontraron en su estudio sobre la violencia de género perpetrada en mujeres víctimas de desplazamiento que desde el ámbito social, la mujer cobra su valía, es decir el sentido de pertenencia y de valor dentro de un grupo, siendo el primer recurso que le permite a la mujer sostener su búsqueda del sentido de la vida y que le ayudará nutrir su futuro, para ellas, la

familia se convierte en el gran propulsor, recíprocamente todas las redes de apoyo que logran crear en el lugar que las recibe, les sirven de soporte para lograr creer que el mañana puede ser superado, en palabras de las investigadoras, “el traumatismo derivado de lo socialmente doloroso sólo resulta reparable desde lo social en sus diferentes niveles”(p.84) y desde el ámbito individual denotan que las mujeres víctimas de violencia de género y además viviendo situación de desplazamiento forzoso, puede “mostrar su capacidad para reconstruirse a sí misma y transformar su propio mundo” (p.85). Por otra parte existe un creciente número de mujeres víctimas de desplazamiento forzado que evitan las relaciones sociales atribuyéndolo a la falta de tiempo porque se dedican a la consecución del recurso económico para su familia y por mantener condiciones de seguridad hacia sus hijos justificando que los entornos en los que habitan no son los más recomendables para el desarrollo de su núcleo familiar (Chávez & Bohórquez, 2014).

Las consecuencias que se generan cuando las mujeres son víctimas de violencia no sólo las afecta a ellas, sino a sus hijos, de tal manera que ellas desencadenan enfermedades lo que puede ocasionar dificultades para su vinculación o permanencia laboral en detrimento de los recursos económicos, así mismo para su participación en la vida pública, en cuanto a los hijos, pueden presentar mayor incidencia en desencadenar problemas de salud, problemas de conducta y bajo rendimiento escolar (Naciones Unidas, 2006), “ la violencia contra la mujer empobrece a las mujeres y a sus familias, comunidades y naciones. Reduce la producción económica, drena recursos de los servicios públicos y los empleadores y disminuye la formación del capital humano” (p. 5).

Existen autores que corroboran que ante hechos violentos las personas pueden redescubrirse mediante la vivencia del trauma, el cual les permite reelaborar sus objetivos de vida y la práctica de valores (Samoya, 2009. cit. en Manrique 2015) de igual importancia se

puede evidenciar en algunas personas, aspectos positivos que no hubieran sido capaces de reconocerlos si no hubiesen vivido la experiencia (Martín- Baró, 1984. cit. en Manrique 2015).

3. Problema de investigación

Dentro del ámbito de la salud mental han sido muchas las investigaciones que se han orientado en conocer las implicaciones que se generan al vivenciar experiencias traumáticas, algunas han abordado los ciclos de vida, otras relaciones de pareja, situación de excombatientes e incluso los eventos vinculados a la violencia política.

Las investigaciones que se han orientado a estudiar la relación existente entre la salud mental y la violencia política han abordado poblaciones que padecieron ataques o los países que ellos habitan han padecido un conflicto interno que se ha extendido en el tiempo.

En el caso particular de Colombia se ha estudiado dentro de la violencia política, el tema del desplazamiento forzado, debido al penoso segundo puesto que ocupa el país, después de Siria con mayor número de desplazados internos, según lo reporta el Observatorio sobre el Desplazamiento Interno del Consejo Noruego para Refugiados (IDMC – NRC) a finales del año 2015.

Por consiguiente en Colombia se hace imprescindible abordar esta situación social desde diferentes perspectivas (psicológicas, sociológicas) y poblacionales (niños, jóvenes, mujeres, familias) como efectivamente se ha hecho hasta este momento, relacionando la salud mental con temas como resiliencia, apoyo social, afrontamiento familiar, trauma, funcionamiento familiar. Por lo tanto esta investigación contribuirá a aportar conocimiento sobre la salud mental y el trauma teniendo en cuenta lo que la literatura ya ha aportado en cuanto a las personas víctimas del desplazamiento forzado, sin embargo en esta oportunidad se busca conocerlo desde la óptica de las mujeres con el propósito de llenar el vacío teórico en cuanto al estudio correlacional de estas dos variables con este tipo poblacional, por lo

anterior, surge esta pregunta problema: ¿ Existe correlación entre la salud mental y el trauma en las mujeres víctimas del desplazamiento forzado por violencia política?.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Determinar la relación existente entre la salud mental y el trauma en las mujeres víctimas del desplazamiento forzado.

4.2. Objetivos Específicos

4.2.1. Establecer la relación existente entre el bienestar psicológico y el trauma (frecuencia y gravedad) en las mujeres víctimas del desplazamiento en función de las dimensiones del bienestar psicológico, así: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal, propósito en la vida.

4.2.2. Especificar la relación existente entre el bienestar subjetivo y el trauma (frecuencia y gravedad) en las mujeres víctimas del desplazamiento forzado.

4.2.3. Establecer la relación existente entre el bienestar social y el trauma (frecuencia y gravedad) en las mujeres víctimas del desplazamiento en función de las dimensiones del bienestar social, así: integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social.

5. Hipótesis

Hipótesis General

No existe correlación entre la salud mental y el trauma en las mujeres víctimas de desplazamiento forzado.

Hipótesis Específicas

H0₁: No existe correlación entre las dimensiones autoaceptación, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal, propósito en la vida y las dimensiones del trauma en cuanto a frecuencia y gravedad en las mujeres víctimas de desplazamiento.

H0₂: No existe correlación entre las dimensiones satisfacción con la vida, afecto negativo, afecto positivo y el trauma en las mujeres víctimas de desplazamiento forzado.

H0₃: No existe correlación entre las dimensiones integración social, aceptación social, contribución social, actualización social, coherencia social y las dimensiones del trauma en cuanto frecuencia y gravedad en las mujeres víctimas de desplazamiento forzado.

6. Definición de variables

6.1 Variables de Estudio

- Salud Mental (Bienestar Psicológico, Bienestar Subjetivo y Bienestar Social).
- Trauma (Trastorno de Estrés Postraumático).

6. 1.1 Definición Conceptual

Salud Mental: Es un síndrome que combina síntomas de bienestar emocional con síntomas de bienestar psicológico y social (Keyes, 2002 p. 210).

Bienestar Psicológico: hace referencia al desarrollo de las capacidades y al crecimiento personal como los principales indicadores del funcionamiento positivo (Ryff, 1989 citado en Cifuentes, 2013). Consta de las dimensiones de auto-aceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

Bienestar Social: consiste en...”la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad” (Keyes, 1998, p.122 citado en Buelvas y Amarís, 2010). Contempla cinco dimensiones básicas: Integración social, Aceptación social, Contribución social, Actualización social, y Coherencia social.

Bienestar Subjetivo: son las valoraciones cognitivas y afectivas que realiza una persona con respecto a su propia vida. El bienestar subjetivo es fruto de la sensación de dominio que tiene una persona sobre sus labores, metas, intereses, relaciones sociales positivas (Diener, Sapyta y Suh, (1998) citados en Buelvas y Amarís, 2010). Sus dimensiones son: satisfacción, afecto positivo y afecto negativo.

Trauma: problemas psíquicos originados por el impacto que genera una experiencia contundente en la vida de un individuo. (Hidalgo & Davidson, 2004; Rubin & Bloch, 2001 citados en Manrique, 2015). Los síntomas que se presentan ante el trauma, han sido entendidos como el Trastorno de Estrés Postraumático.

6.1.2. Definición Operacional

Las variables seleccionadas a correlacionar con sus respectivas escalas de medición son las siguientes: Salud Mental (bienestar psicológico, social y subjetivo) con la Escala de Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, Escala de Bienestar Social de Keyes, Bienestar Subjetivo de Diener y Trauma con la escala de Síntomas de Davidson.

A continuación en el gráfico observará las variables, las dimensiones, subdimensiones e indicadores.

Tabla definición operacional.

| VARIABLE | DIMENSIONES | SUBDIMENSIONES | INDICADOR |
|----------|-------------|----------------|-----------|
|----------|-------------|----------------|-----------|

| | | | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Salud Mental | Bienestar Psicológico | <p>Autoaceptación: la aceptación de uno mismo y de su vida pasada, reconociendo las fortalezas y limitaciones (Ryff, 1989).</p> <p>Relaciones Positivas: capacidad para identificar y mantener relaciones interpersonales cálidas y empáticas hacia todos los seres humanos (Ryff, 1989).</p> <p>Autonomía: capacidad del individuo para tener criterio propio en las elecciones de su vida y con las normas que rigen su cotidianidad. (Ryff, 1989).</p> <p>Dominio del entorno: capacidad del individuo para crear o elegir entornos adecuados para su condición psíquica, e igual significa la capacidad para manipular y controlar entornos complejos, como igualmente el aprovechamiento de las oportunidades ambientales (Ryff, 1989).</p> <p>Crecimiento personal: cuando las personas tienen creencias que les generan un sentido de intencionalidad y de dirección en la vida (Ryff, 1989).</p> <p>Propósito en la vida: cuando las personas tienen creencias que les generan un sentido de intencionalidad y de dirección en la vida (Ryff, 1989).</p> | <p>Evaluado en los ítems: 1, 7, 13, 17, 24.</p> <p>Evaluado en los ítems: 2, 8, 12, 25.</p> <p>Evaluado en los ítems 3, 4, 9, 18, 19, 23.</p> <p>Evaluado en los ítems: 5, 10, 14, 20, 29.</p> <p>Evaluado en los ítems: 22, 26, 27,28.</p> <p>Evaluado en los ítems: 6,11, 5, 16,21.</p> |
|---------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| | <p>Bienestar Subjetivo</p> | <p>Satisfacción con la vida: “representa un informe de cómo evalúa o valora su vida una persona, teniendo en cuenta su conjunto” (Diener, 2005).</p> | <p>Evaluado en los ítems: 1,2,3,4,5</p> |
| | | <p>Integración Social: “es la evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad” (Keyes, 1998, p. 122)</p> | |
| | <p>Bienestar Social</p> | <p>Aceptación Social: es la capacidad para aceptar y tener acciones positivas hacia los demás, de igual forma la aceptación de nuestra propia vida, (Keyes, 1998, p.122)</p> | <p>Evaluada en los ítems: 1, 2, 3, 4,5.</p> |
| | | <p>Contribución Social: “es un miembro vital de la comunidad y que se tiene algo útil que ofrecer al mundo” (Keyes, 1998, p. 122)</p> | <p>Evaluada en los ítems: 6, 7, 8, 9, 10,11.</p> |
| | | <p>Actualización Social: es la confianza en el potencial y crecimiento de la sociedad.(Keyes, 1998,p.123)</p> | <p>Evaluada en los ítems: 12, 13, 14, 15,16.</p> |

| | | | |
|---------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>Coherencia Social: “la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo” (Keyes, 1998, p. 123).</p> | <p>Evaluada en los ítems: 17, 18, 19, 20,21.</p> <p>Evaluada en los ítems: 22, 23, 24,25.</p> |
| Trauma | Escala Síntomas de Davidson | <p>1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?</p> <p>2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?</p> <p>3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Cómo si lo estuviera reviviendo?</p> <p>4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?</p> <p>5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento?</p> <p>6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?</p> <p>7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?</p> | <p>Los ítems 1+4, 17:</p> <p>Criterio B</p> <p>(recuerdos, sueños recurrentes, respuestas fisiológicas y psicológicas que generan malestar).</p> |

| | | | |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | 8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento? 9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas? 10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente? 11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o afecto? 12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos? 13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño? 14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira? 15. ¿Ha tenido dificultades de concentración? 16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o permanecido “en guardia”? 17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente? | Los ítems 5+11: Criterio C (evitar por parte del individuo cualquier situación que le recuerde su trauma). Los ítems 12+16: Criterio D (modificaciones cognitivas y emocionales que no existían antes del trauma, manteniendo al individuo en un estado de alerta persistente). |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

7. Control de Variables

7.1. Variables controladas en los sujetos

| ¿Qué? | ¿Cómo? | ¿Por qué? |
|-------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Edad | Seleccionando mujeres entre los 18 y 85 años de edad | La investigación realizada por Arias & Solivarez (2012) corroboró que hay variaciones en las diferentes dimensiones del bienestar |

| | | |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | psicológico según la edad, aspecto que ya había sido expuesto por Ryff desde el año 1995. |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|

7.2. Variables No Controladas

En esta investigación se han identificado las siguientes variables extrañas: número de hijos, nivel educativo, estado civil. De acuerdo a la literatura revisada, estas variables pueden constituir factores que generarían incidencia en el fenómeno estudiado, debido a que hacen parte del contexto cercano de las participantes sin embargo no hacen parte de esta investigación, por lo tanto no son ni controladas, ni abordadas dentro de este estudio.

8. Metodología

8.1 Tipo de Investigación

La investigación es de tipo Correlacional, debido a que pretende determinar la relación existente entre la salud mental (bienestar psicológico, bienestar subjetivo y bienestar social) y el trauma en mujeres víctimas del desplazamiento forzado por violencia política, consiguiendo establecer por medio de la correlación explicaciones del fenómeno ya ocurrido, dándole el carácter expo facto.

“Los estudios correlacionales, al evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, miden cada una de ellas (presuntamente relacionadas) y, después cuantifican y analizan la vinculación. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis de prueba” (Hernández, Fernández y Batista, 2010, p. 81).

En el presente proyecto investigativo, la hipótesis sometida a prueba es que no existe correlación entre la salud mental y el trauma en las mujeres víctimas del desplazamiento forzado por violencia política.

8.2. Tipo de Diseño

La presente investigación utilizó un diseño no experimental, con medición transversal, dado que no se manipularon variables y las participantes respondieron a una sola medición en el tiempo del estudio.

8.3. Sujetos

Las mujeres que participaron en esta investigación se encuentran en el RUV (Registro Único de Víctimas) localizadas en el municipio de Ovejas en el casco urbano y rural.

El tamaño de la muestra fue de ciento treinta (130) mujeres teniendo en consideración que los puntos porcentuales máximos aceptables serán el 9%, el nivel de porcentaje estimado es el 50%, con un nivel de confiabilidad de 95%, lo anterior fue determinado con el software Decision Analyst STATS.

8.4. Instrumentos

Se utilizaron como instrumentos de medición las escalas de Bienestar (Psicológico, Subjetivo y Social) con la adaptación de Blanco y Díaz (2005).

La escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1994) con un total de 29 ítems con sus dimensiones: auto-aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, crecimiento personal, cuyo nivel de confiabilidad es ($\alpha = 0,73$)

La escala de Bienestar Subjetivo de Diener (2000) la cual evalúa las dimensiones: satisfacción con la vida, afecto positivo, afecto negativo. Con un nivel de confiabilidad de ($\alpha = 0,68$).

La escala de Bienestar Social de Keyes (Social Well-Being Scales), la cual cuenta con varias dimensiones: integración social, aceptación social, contribución social, actualización social, coherencia social. Con un nivel de confiabilidad de ($\alpha= 0,70$).

La Escala de Síntomas de Davidson, creada por Davidson et al, (1996) para evaluar síntomas de estrés postraumático. Se compone de 17 ítems que corresponden a los 17 síntomas del Estrés Postraumático descritos en el DSM-V y cuyo nivel de confiabilidad es ($\alpha= 0,99$) para los ítems de frecuencia y ($\alpha=0,97$) para los ítems de intensidad.

8.5. Procedimiento

La investigación se realizó en diversas fases:

Fase 1: Revisión bibliográfica, elaboración del estado del arte y redacción del proyecto.

Fase 2: Recolección de datos, inicia con los acercamientos a la comunidad, la aplicación de la prueba piloto, se socializa el estudio con el fin de obtener los consentimientos informados de las mujeres que voluntariamente desearon participar y culmina con la aplicación del total de instrumentos a la población seleccionada.

Fase 3: Tabulación y análisis de los datos por medio del programa SPSS/PC+ versión 17.0 para Windows.

Fase 4: Elaboración del informe final y del artículo científico a partir de los resultados obtenidos.

9. Resultados

Los datos obtenidos en esta investigación se generaron a partir de la aplicación de las escalas de Bienestar Psicológico, Subjetivo y Social, la Escala de Síntomas de Davidson a 130 mujeres víctimas de desplazamiento forzado asentadas en el casco urbano y rural del Municipio de Ovejas Sucre, mediante la visita a cada una de sus viviendas, la gran mayoría de las ellas, vivenciaron las masacres en los corregimientos de Chengue y Pijiguay, algunas fueron violentadas a nivel físico, emocional, psicológico y sexual durante esos hechos por parte de

grupos insurgentes al margen de la Ley, al igual que durante la permanencia de ellos en la región.

A partir de los datos obtenidos en las diferentes escalas, se hizo el análisis de forma cuantitativa mediante el uso del programa estadístico SPSS para dar respuesta a los objetivos planteados en esta investigación. El análisis correlacional de las variables se llevó a cabo mediante la estimación del coeficiente de Pearson, el cual considera que una relación es significativa ($p < 0.05$).

Las mujeres participantes en esta investigación se caracterizan por oscilar entre los 18 y 85 años, el nivel educativo que más prevalecía era la primaria incompleta, sin embargo cuatro de ellas cuentan con formación universitaria y veinte y siete son analfabetas.

El principal estado civil que las caracteriza es la unión libre seguida del matrimonio. Los hogares que cuentan con mayor número de hijos, son de las mujeres con mayor edad, que oscilaban entre seis y doce hijos, mientras las mujeres más jóvenes cuentan en promedio con tres hijos.

Sus familias siempre fueron personas que vivieron en el campo y dedicadas a dichas labores, ellas durante la vida que vivieron en sus lugares de origen, no sólo se dedicaban a las labores del hogar sino colaboraban a padres, hermanos, esposos y parejas a la siembra, recolección y distribución de los cultivos.

Las mujeres de mayor edad expresan nostalgia en las descripciones de la vida que tuvieron en el campo, de la familiaridad que tenían con sus vecinos y la colaboración, gentileza y amabilidad que expresaban con las personas que se acercaban a sus casas o veredas haciéndoles regalos de los frutos de la cosecha que habían recogido. Ellas también rememoran las celebraciones que hacían en sus lugares de origen relacionadas con las festividades a santos patronos y a las diferentes celebraciones que se hacen en el país.

Es de resaltar que la gran mayoría de las mujeres se dedican a las labores del hogar mientras sus esposos o actuales parejas se encuentran laborando en el campo o ejerciendo labores informales tales como mototaxistas, mecánicos, vendedores ambulantes de frutas, hortalizas y tubérculos, algunos transportadores de carga pesada. Algunas aseguran ser pertenecientes a la religión católica mientras gran porcentaje de ellas son cristianas evangélicas, aseguran algunas, que luego de la experiencia que le generó el desplazamiento, su práctica religiosa se ha convertido en un gran apoyo.

Características de las mujeres participantes

| | | |
|---------------------------------|-------------------------|----|
| Rangos de Edad | Entre 18 y 38 años | 21 |
| | Entre 39 y 59 años | 60 |
| | Entre 60 y 80 años | 46 |
| | Entre 80 y 100 años | 3 |
| Rango edades número de hijos | Entre 0 y 3 | 71 |
| | Entre 4 y 7 | 45 |
| | Entre 8 y 11 | 13 |
| | Entre 12 y 15 | 1 |
| Estado Civil | Soltera | 13 |
| | Separada | 7 |
| | Casada | 36 |
| | Unión Libre | 65 |
| | Viuda | 9 |
| | Sin estudios | 27 |
| | Primaria Incompleta | 28 |
| | Primaria Completa | 20 |
| | Bachillerato Incompleto | 11 |

| | | |
|------------------------|-----------------------|----|
| Nivel de Escolaridad | Bachillerato Completo | 29 |
| | Técnico | 10 |
| | Universitario | 4 |
| | Postgrado | 1 |
| <hr/> | | |
| Lugares de Procedencia | Almagra | 14 |
| | Bajo Grande | 4 |
| | Bajo La Palma | 2 |
| | Chalán | 1 |
| | Chengue | 47 |
| | Damasco | 9 |
| | Don Gabriel | 2 |
| | El Floral | 2 |
| | El Mamoncito | 3 |
| | El Palmar | 2 |
| | El Zapato | 2 |
| | Joney | 2 |
| | La Ceiba | 1 |
| | La Peña | 2 |
| | Loma del Banco | 1 |
| | Miramar | 2 |
| | Salitral | 14 |
| | Santa Fe | 3 |
| | Padua | 2 |
| | Pijiguay | 13 |
| Villa Colombia | 2 | |
| <hr/> | | |

La experiencia de vivir un desplazamiento forzado por violencia política es difícil y dolorosa, siendo más complejo al ser mujer, porque los grupos armados al margen de la Ley y algunos miembros de las fuerzas del Estado utilizan los cuerpos de ellas como botín de guerra, asesinan a sus esposos, compañeros e hijos, pierden familiares, amigos, sus pertenencias e incluso su lugar de origen, generando una estela de dolor que sigue prolongándose hasta el nuevo lugar donde se residen. En algunas oportunidades además de su dolor y desesperanza, deben asumir el estigma social con el que viven e incluso la indiferencia de las instituciones del Estado, convertirse en madre cabeza de hogar, donde no sólo cumplen la labor de ser proveedoras sino en algunos casos el único soporte afectivo para sus familias, complica su condición, de tal manera que se debaten de manera constante entre los recuerdos de lo que fueron, de lo vivido, de sus dificultades actuales, la sensación de desarraigo que aún permanece a pesar del tiempo transcurrido, les refuerzan cada día sus experiencias dolorosas, algunas aprendieron que deben seguir adelante por los hijos que quedaron, otras no desean volver a pensar en lo que era su vida anterior, en determinados casos añoran lo vivido y han aceptado con resignación su vida apoyándose en los antiguos amigos y paisanos, varias aseguran haber salido adelante por su fe en Dios.

A continuación se realizará el análisis de los resultados de cada uno de los objetivos específicos, con los que se busca conocer la correlación de las dimensiones del Bienestar Psicológico, Bienestar Subjetivo y Bienestar Social, con el Trauma (Trastorno de Estrés Postraumático).

Resultados del Primer Objetivo Específico

Tabla 1

Correlación entre Autoaceptación, Relaciones Positivas, Autonomía, Dominio del Entorno, Crecimiento Personal, Propósito en la vida y Trauma.

Comentado [MAM1]: Conjuga en presente

| Dimensiones del Bienestar Psicológico | | sdf | Sdg |
|---------------------------------------|------------------------|---------|--------|
| Autoaceptación | Correlación de Pearson | -,201* | -,101 |
| | Sig. (bilateral) | ,022 | ,254 |
| Relaciones Positivas | Correlación de Pearson | -,232** | -,208* |
| | Sig. (bilateral) | ,008 | ,018 |
| Autonomía | Correlación de Pearson | -,134 | -,109 |
| | Sig. (bilateral) | ,129 | ,216 |
| Dominio del Entorno | Correlación de Pearson | -,120 | -,063 |
| | Sig. (bilateral) | ,176 | ,477 |
| Crecimiento Personal | Correlación de Pearson | -,064 | -,095 |
| | Sig. (bilateral) | ,472 | ,286 |
| Propósito en la vida | Correlación de Pearson | -,109 | -,058 |
| | Sig. (bilateral) | ,216 | ,511 |

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Tal como se observa en la Tabla 1, existe una correlación negativa de la frecuencia y gravedad de los síntomas del trauma y la autoaceptación ($r = -,201^*$ y $p < 0,05$), dichos datos hacen sugerir que se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto la relación es significativa.

Lo anterior apunta a que la experiencia traumática ha generado en las mujeres cierta dificultad para reconocer quiénes son ellas, cuáles son sus fortalezas y limitaciones, generándoles mayor presencia de síntomas, lo que a su vez puede ocasionarles menos sentimientos positivos, si se toma lo expresado por Ryff (1989, p. 1072) se puede considerar que ellas “no se sienten satisfechas con el self y están en desacuerdo con lo ocurrido en sus vidas pasadas”.

Por lo anterior se ha reconocido y verificado mediante estudios que la experiencia traumática de diferentes hechos violentos que acompañan un desplazamiento, generan en las personas perturbaciones significativas en la salud mental, especialmente trastorno de ansiedad como el trastorno de estrés postraumático, que se evidencia en un 25% de víctimas o testigos de un hecho traumático (Echeburúa & Corral, 1997, cit. en Echenique, Medina, Medina & Ramírez, 2008).

Resultados similares a lo encontrado en esta investigación, han sido hallados por Miller et al., (2013) “numerosos ataques de pánico, pérdida de control, problemas psicológicos o depresión grave han llevado a hospitalizaciones para tratar de controlar su situación y poner tratamiento, aunque muchos de esos problemas tienen un impacto crónico” p.220, también “muchas víctimas sufren problemas de salud graves como consecuencia del impacto de la violencia, el empeoramiento de las condiciones de vida y el impacto del estrés negativo extremo. Los problemas cardiovasculares ligados al estrés entre otros factores son frecuente causa de hospitalizaciones” p. 219.

Relaciones Positivas y Trauma

Existe una correlación negativa altamente significativa entre las relaciones positivas y la frecuencia de los síntomas del trauma ($r = -.232^{**}$ y $p < 0,01$), lo que indicaría que las mujeres víctimas de desplazamiento forzado no cuentan o no establecen relaciones positivas con las demás personas incrementando de esta manera los síntomas del trauma e incluso la gravedad del mismo, la cual denota una relación significativa ($r = -.208^*$ y $p < 0,05$).

Lo anterior concuerda con lo citado por Gaborit (2006 a) en cuanto a que “se estima que alrededor de un 23% de las personas expuestas a un suceso traumático desarrollan estrés postraumático y, de éstas, son más las mujeres que los hombres” (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995).

Como también lo encontrado por Beser & Neria (2012) con jóvenes universitarios israelíes cuyos resultados denotan que la ansiedad de las personas ante eventos traumáticos está asociado a síntomas del trastorno de estrés postraumático y que los bajos niveles de apoyo social están asociados con un aumento en los niveles de los síntomas de TEP. De la misma forma Torres, Bareño, Sierra, Mejía & Berdesi (2012) encontraron en su estudio con personas víctimas del desplazamiento forzado, que el 31,96% presentaba una prevalencia de algún problema de salud mental; como también Andrade, Agudelo, Ramírez & Romero (2011) quienes demostraron la relación existente entre problemas de adaptación social y el trastorno

afectivo bipolar, en un 17,1% en personas víctimas del conflicto armado en Colombia especialmente en las mujeres cabezas de hogar, argumentando que dicha relación se debe a la dificultad de conformar nuevas redes sociales, a dificultades económicas que les impiden satisfacer sus necesidades físicas y psicológicas como también al carecer de un ambiente agradable en donde vivir.

De manera similar Amarís & Santamaría (2009) reafirman el apoyo social como un mediador de la salud mental ante un evento traumático, las investigadoras sostienen que es desde el ámbito social donde la mujer cobra su valía, es decir el sentido de pertenencia y de valor dentro de un grupo siendo el primer recurso que le permite a la mujer sostener su búsqueda del sentido de la vida y que le ayudará nutrir su futuro, para las mujeres víctimas de desplazamiento y además de violencia de género, la familia se convierte en el gran propulsor, pero todas las redes de apoyo que logran crear en el lugar que las recibe, les sirven de soporte para lograr creer que el mañana puede ser superado, en palabras de las investigadoras, “el traumatismo derivado de lo socialmente doloroso sólo resulta reparable desde lo social en sus diferentes niveles” p. 84 y desde el ámbito individual denotan que las mujeres víctimas de violencia de género y además viviendo situación de desplazamiento forzoso, puede “mostrar su capacidad para reconstruirse a sí misma y transformar su propio mundo” p. 85., resultados semejantes fueron obtenidos por Buesa & Calvete (2013) quienes en su estudio con mujeres víctimas de violencia de género encontraron que las mujeres cuando perciben apoyo social por parte de una persona de su confianza, se presentan menos síntomas de depresión y de estrés postraumático.

Igualmente otras investigaciones han demostrado que las mujeres ante hechos violentos suelen presentar mayor prevalencia de síntomas como es el caso del estrés postraumático, donde las mujeres tienen dos veces más la posibilidad de desencadenarlo como lo dice (Norris et al., 2002 pág. 229. cit. en Blanco & Amarís 2014), como lo exponen Flórez,

Molina & Valle (2010) en su estudio con los excombatientes en El Salvador donde el estrés postraumático también prevalece más en las mujeres. “Muchas mujeres han sido víctimas de traumatización extrema y sufren actualmente las secuelas de los duelos no elaborados por las pérdidas de sus familiares, por las violaciones sufridas y por la desesperación de haber vivido tanto sufrimiento” (Vázquez et al., 1996, p. 246. cit. en Blanco & Amarís, 2014)

En Colombia, las investigaciones realizadas con víctimas de desplazamiento forzado comprueban también, alta prevalencia de síntomas de estrés postraumático, especialmente en las personas que contaban con un tiempo menor a un año de haber vivido el suceso Echenique, Medina, Medina & Ramírez (2008), aspecto que también fue verificado en la investigación de Alejo, Rueda, Ortega & Orozco (2007) encontrando que el estrés postraumático es menor cuando se cuenta con mayor tiempo de desplazamiento, sin embargo se hace importante resaltar que las mujeres participantes de esta investigación padecieron los eventos traumáticos vinculados al desplazamiento hace quince años, lo que concuerda con lo expresado por Gaborit (2006b) con respecto a que la mayor dificultad que pueden vivenciar las personas ante el trastorno de estrés postraumático es que las consecuencias del trauma se extienden demasiado en el tiempo dejando de ser útiles y provocando molestias, percepciones de ineptitud en el manejo de la propia vida y por supuesto limitando el desempeño diario, no sólo a nivel de relaciones interpersonales, en la resolución de los problemas sino incluso en la falta de metas y el futuro se revela disgregado.

Con respecto a los estudios sobre trauma Wilches (2010) expone que las víctimas de los efectos de las catástrofes naturales se caracterizan por hablar más sobre ello, recordarlo más, olvidar menos y recuperarse un poco más rápido, mientras los traumas vinculados al conflicto armado en los que se afectan las relaciones con los otros, con los seres queridos, son más complejos para elaborarlos por lo tanto se tardan más tiempo en superarse.

Hay otras investigaciones que confirman las dificultades para los vínculos relacionales de las mujeres víctimas del desplazamiento como lo encontraron Chávez & Bohórquez (2014) donde las mujeres lo atribuyen a la falta de tiempo porque se dedican a la consecución del recurso económico para su familia y por mantener condiciones de seguridad hacia sus hijos justificando que los entornos en los que habitan no son los más recomendables para el desarrollo de su núcleo familiar.

En cuanto al deterioro en el Bienestar Psicológico en personas víctimas del desplazamiento forzado, la investigación realizada por Manrique, Martínez & Turizo (2008) encontraron que las experiencias traumáticas vividas por las personas víctimas de desplazamiento, debido a sus cogniciones irracionales y a su actitud fatalista, generaron afectación en el bienestar psicológico, lo anterior según las investigadoras, ocasiona que las personas víctimas presenten dificultad en la capacidad para establecer relaciones de confianza y empatía en las personas. De manera similar, estudios del bienestar psicológico con experiencias familiares que son inesperadas, como la muerte de un hijo, reportaron que el trauma de haber perdido a un hijo, deja secuelas durante muchos años, la investigación elaborada por Rogers, Floyd, Seltzer, Greenberg & Hong (2008), demostró que incluso casi luego de 20 años del fallecimiento del hijo, los padres reportaban más pobre bienestar, más síntomas depresivos y más problemas de salud que los padres con quienes se compararon, adicionalmente este mismo estudio permitió conocer que contar con un propósito en la vida, era lo que permitía recuperarse del dolor.

Por otra parte, no se encontraron correlaciones significativas entre la frecuencia y la gravedad del trauma y las dimensiones de Autonomía ($r = -.134$), Dominio del Entorno ($r = -.120$), Crecimiento Personal ($r = -.064$) y Propósito en la Vida ($r = -.109$), motivo por el cual se aceptan las hipótesis nulas para cada una de las dimensiones, es decir que no existe una relación entre

el trauma y las capacidades de las mujeres para tomar decisiones bajo sus propios parámetros, para hacer buen uso de las posibilidades que se generan en su entorno mediante acciones propositivas, para la consecución de metas siguiendo el camino proyectado que les genere un significado en la vida.

Lo anterior puede incidir en las mujeres en cuanto a la capacidad para responsabilizarse de sus actos, del destino que asumen y de las metas planteadas, es decir de reescribir su propia historia, de crear una nueva vida, esto concuerda con lo expuesto por Buelvas & Amarís (2010) quienes exponen que el impacto psicológico de la violencia sociopolítica y el proceso de desplazamiento, si bien es una situación sumamente dolorosa, la manera en la que es asumida por el individuo es particular. También fue evidenciado en entrevistas realizadas a mujeres víctimas del conflicto armado “una experiencia que les ha partido la vida en dos provocando una pérdida de lo que ellas eran, pero también, tal vez con el tiempo, la apertura a nueva visión y valoración de ellas mismas al haber sobrevivido y tener capacidad de rehacer su vida. Esta dimensión de poder reconocer la fractura en la propia vida, pero reconstruir un sentido de identidad que no se basa sólo en la vuelta al pasado sino en asumir el impacto, es parte también de la experiencia de muchas mujeres en su proceso de recuperación” Miller et al., (2013) p.238.

Resultados del Segundo Objetivo Específico

Tabla 2

Correlación entre Bienestar Subjetivo y Trauma

| Bienestar Subjetivo | | Sdf | Sdg |
|----------------------------|--------------------------------------------|----------------|---------------|
| Satisfacción con la vida | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) | -,224* ,010 | ,212* ,016 |

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Como lo evidencia la tabla No. 2, existe una relación significativa directa entre la frecuencia y la gravedad del trauma con la satisfacción con la vida ($r = .224^*$ y $p < 0,05$) y ($r = .212^*$ y $p < 0,05$), por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

Lo anterior expone que las mujeres víctimas de desplazamiento forzado, no demuestran síntomas del trauma como tampoco gravedad ante el mismo mientras estimen de manera positiva las experiencias que han vivido. Por tal motivo se puede suponer que las mujeres han sido capaces de extraer los aspectos positivos de los diferentes eventos traumáticos vividos, mediante una aceptación de saber que la vida misma presenta sinsabores pero aprendiendo que no deben generalizar y mucho menos apegarse a ellos, esto es lo que puede haberlas llevado a valorar o presentar emociones positivas más que las negativas.

Diener (2005) define la satisfacción con la vida “representa un informe de cómo evalúa o valora su vida una persona, teniendo en cuenta su conjunto”.

Los resultados encontrados en esta investigación concuerdan con los hallados por Will-Herrera, Orozco, Forero-Pineda, Pardo & Aldonova (2011), quienes trabajaron con productores rurales en zonas de conflicto en Colombia, demostrando que quienes tenían menor percepción de inseguridad mostraban mayores niveles de bienestar subjetivo lo que conlleva a que el bienestar también es influenciado por las percepciones personales y no sólo los eventos objetivos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace importante resaltar que Diener (1994) considera que el entorno en el que se vive puede favorecer o no el Bienestar Subjetivo, definiéndolo como “aquellos dominios que son más cercanos y más inmediatos a la vida personal de la gente son aquellos que parecen tener más influencia en el bienestar subjetivo...” (p.72).

Otra posible explicación con los resultados obtenidos en esta investigación en cuanto a la relación significativa entre el Trauma y el Bienestar Subjetivo, puede ser atribuido a que las mujeres víctimas de desplazamiento forzado han establecido un grado de adaptación que les ha

permite ir superando el trauma, como lo demostraron en su investigación Shemyakina & Plagnol (2012) en Bosnia- Herzegovina, encontrando que había un alza significativa en la satisfacción con la vida después de la guerra lo que era indicador de que las personas se estaban adaptando gradualmente y la salud psicológica estaba tomando su lugar.

También es de importancia que los resultados encontrados en esta investigación se contradicen con los encontrados por Karlsen, Dybdahl & Vitterso (2006), con veteranos en Noruega, debido a que el estrés y el bienestar subjetivo tuvieron una correlación de orden cero, aunque al realizar un análisis con un modelo complejo de ecuaciones estructurales encontraron que el bienestar subjetivo era mediado a través de un proceso de afrontamiento centrado en el problema combinado con un componente de crecimiento, encontraron también que el estrés estaba mediado negativamente a través de un proceso de evitación y un componente de angustia, para finalizar, la hipótesis que el estrés puede producir incremento y disminución del bienestar subjetivo fue confirmada.

Por otra parte, una investigación elaborada por Morina & Von Collani (2006) también sobre la relación entre los efectos de los eventos traumáticos relacionados con la guerra, autoeficacia generalizada, autoestima, bienestar subjetivo y angustia, arrojó como resultados una alta prevalencia de experiencias traumáticas (83%) con alta angustia, la gravedad del estrés traumático fue acompañado por la afectividad negativa y fue inversamente relacionada con la autoestima, la autoeficacia, el bienestar subjetivo y la afectividad positiva no parecen tener un impacto en el estrés postraumático ni están atenuadas por las experiencias aversivas.

Resultados del Tercer Objetivo Específico

La ausencia de correlación indica que los síntomas del trauma no están relacionados necesariamente con las relaciones interpersonales positivas que establecen las mujeres víctimas de desplazamiento forzado, con las acciones favorables que realizan hacia los demás, con el

sentido de pertenencia que demuestran hacia la comunidad de la que hacen parte, con la confianza en el crecimiento y avance de la sociedad y por sentirse parte del mundo social.

Los resultados encontrados en esta investigación, concuerdan con los hallados en Manrique, Martínez & Turizo (2008) en las dimensiones de Integración Social, Aceptación Social y Contribución Social siendo contradictorio también con los resultados y la teoría. Porque se reconoce que las personas en situación de desplazamiento atraviesan circunstancias muy difíciles como lo exponen Berger & Luckman, (1986, p. 79), cit.en Chávez & Bohórquez (2014) “las personas en situación de desplazamiento, individuos, familias o colectivos, se ven obligados a perder y abandonar no sólo pertenencias o propiedades (territorios geográficos), sino relaciones y afectos construidos históricamente con el entorno, expresados en las maneras propias de vivir y sentir la región, y con los vecinos y familiares (territorios de vida): es decir el desplazamiento también destruye comunidades (identidades colectivas) en tanto desestructura mundos sociales y simbólicos y provoca la ruptura de creencias, valores, prácticas, formas y estilos de vida”.

De la misma forma estudios como el ejecutado en Sri Lanka con niños y jóvenes demostraron afectación en el bienestar social porque a razón del conflicto armado sufrieron cambios en su estructura familiar y debido al desplazamiento perdieron sus redes comunitarias, lo que generó una afectación inherente al tejido social de los pueblos y de las comunidades Thomas et al., (2016).

En cuanto al trauma Díaz, Blanco, Sutil & Schweige (2007), cit. en Manrique, Martínez & Turizo (2008) exponen que se rompen los vínculos relacionales entre la persona y la comunidad, dañando el sentido de pertenencia en cuanto a las relaciones de apego, por consiguiente su integración social. Adicionalmente las personas pueden empezar a no creer en la existencia de las personas buenas, honestas y amables, como también a no considerarse parte importante de la comunidad.

También la teoría enuncia que "el trauma acostumbra a derrumbar los significados y las metáforas de nuestra existencia" (Blanco & Díaz, 2006), lo que por supuesto va ligado a la coherencia social, la cual es definida como "la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo" (Keyes, 1998, p. 123).

De la misma forma Martín- Baró expone que el trauma genera un impacto psicológico en las víctimas, en sus familias y en el medio social en el que ocurren, polarizando la vida social, y deteriorando la convivencia (Martín-Baró, 2003 p. 20 Cit. En Amarís, Abello, Santamaría, Buelvas & Acuña, 2009).

En cuanto a los eventos traumáticos, un estudio con mujeres víctimas también se verifica la presencia del trauma (TEP), como la ejecutada por Sousa (2013) que demostró que los síntomas de estrés postraumático en las mujeres aumentaron en relación con el número de experiencias y la duración de los diversos eventos violentos que vivieron, por lo que la investigadora concluyó que el bienestar de las personas frente a la violencia política específicamente en Palestina depende de los entornos en los que viven las personas incluyendo sus mundos social y político.

Otra investigación en la que se presentaron dificultades en las dimensiones del Bienestar Social fue la ejecutada por Zubieta & Delfino (2010) quienes encontraron críticos en los jóvenes argentinos la actualización y la coherencia social, exponiendo según las investigadoras que "los participantes manifiestan poca confianza en el potencial de crecimiento y desarrollo de su sociedad, así como de la capacidad de ésta última para generar bienestar a sus miembros. No perciben claramente que el entorno les permita el crecimiento personal. Se muestran también poco capaces de entender la dinámica social, la percepción de cualidad, organización y funcionamiento del mundo social. La coherencia social es la creencia en que el mundo es predecible, inteligible y lógico, y por ende controlable, también refiere al

preocuparse y estar interesado en la comunidad. En términos psicológicos, una baja puntuación en esta dimensión refleja cierta dificultad en estos estudiantes en ver a sus vidas provistas de significado y coherencia”.

Los resultados encontrados en esta investigación en cuanto a la no existencia de correlación entre el Trauma y las diferentes dimensiones del Bienestar Social, puede ser atribuido a que el instrumento utilizado evalúa respuestas fisiológicas ante el trauma y carece de componentes que evalúen aspectos asociados a recursos personales y sociales para contribuir a la sociedad.

Conclusiones

La presente investigación estableció la correlación entre Bienestar Psicológico, Bienestar Subjetivo y Trauma en mujeres víctimas del desplazamiento forzado por violencia política.

Partiendo de los resultados se puede decir que las experiencias traumáticas vinculadas al desplazamiento forzado, han generado en las mujeres cierta afectación en el Bienestar Psicológico, que se evidencia de manera especial en la dificultad que presentan para establecer relaciones y en la confianza hacia los demás, como también en sus capacidades para aceptar las circunstancias tal como se presentan.

Los hechos traumáticos vividos en la condición de desplazamiento forzado generaron en las mujeres cierta prevención para establecer relaciones con los demás, lo que puede tener como origen las mismas vivencias traumáticas que ocasionaron el desplazamiento, haciéndolas desconfiadas hacia los demás por temor a ser maltratadas o por velar por la seguridad de ellas y de su núcleo familiar, a esto se suma la dificultad que muchas han presentado para la obtención de las ayudas necesarias ofrecidas por el Estado para su restablecimiento económico y psicosocial, todo lo anterior sigue generando en ellas la permanencia de síntomas de estrés

postraumático, el cual sigue perpetuándose porque no logran generar redes sociales que les contribuya a un soporte afectivo que les permita reelaborar su vida desde el nuevo lugar de residencia, pudiéndose originar en ellas enfermedades mentales que ya no sólo deteriorarían su vida sino la de sus familias.

Por otra parte, el Bienestar Subjetivo se encuentra marcadamente afectado por el Trauma, es decir, que con todo lo experimentado ante los hechos violentos en la situación de desplazamiento, las mujeres evalúan lo vivido de tal manera que valorando de forma satisfactoria su vida.

Esta evaluación de vida, puede denotar que las mujeres víctimas del desplazamiento han empezado a adaptarse a las nuevas condiciones de vida, asumiendo lo que vivieron y buscando la manera de seguir adelante.

En cuanto al Bienestar Social y el Trauma, se puede exponer que no se evidencia que el interés de las mujeres víctimas de desplazamiento por hacer extensivo sus vínculos relacionales, el interés por la calidad de dichas relaciones, el sentirse miembro vital de la comunidad, el tener confianza en las instituciones sociales y el sentirse parte de la sociedad, esté marcado por el trauma.

Se hace evidente que las mujeres víctimas del desplazamiento forzado presentan innegables síntomas de trauma, sin embargo también se encuentran componentes vinculados a la Salud Mental.

Por lo anterior, se puede considerar que aunque se encuentra afectado el Bienestar Psicológico, las mujeres víctimas del desplazamiento forzado cuentan con la capacidad para afrontar las situaciones que se le presentan haciendo uso de su particular potencial, siendo eficaces en el manejo de sus emociones, actuando con criterio propio y sobrellevando todos los embates que el entorno en el que se desenvuelven puede brindarles.

Teniendo en cuenta lo expresado por Keyes (2005), en el Modelo de Estado Completo de Salud, bajo el principio de que la salud y la enfermedad son dos dimensiones correlacionadas entre sí, lo que significaría que la falta de trastorno no asegura salud y viceversa, desde este modelo, se hace indispensable considerar que las mujeres víctimas de desplazamiento forzado aunque evidencian síntomas de trauma cuentan con elementos positivos que les han ayudado a sobrellevar los eventos traumáticos vividos y que les permiten disfrutar de las experiencias actuales. Son precisamente esos elementos positivos los que tendrían que trabajarse enfocándose a reestablecer los vínculos sociales con el objetivo de ayudarles a sobreponerse de tales situaciones, sin olvidar por supuesto el trabajo de intervención psicológica individualizado, con el fin de lograr un estado adecuado de bienestar.

Esta investigación genera un nuevo aporte a la salud mental con el enfoque del bienestar y el trauma desde las mujeres que han sido víctimas de uno de los flagelos más contundentes dentro del conflicto interno en Colombia, como lo ha sido el desplazamiento forzado, se hace conveniente investigar con esta población sobre las posibles razones que les hace tener dificultades en sus vínculos relacionales para orientar los procesos de restablecimiento psicosocial con criterios certeros. E igualmente, permitió esta investigación reconocer que las ayudas a nivel psicológico fueron ofrecidas a las mujeres poco tiempo después de los hechos traumáticos, ahora que han transcurrido los años, se sigue evidenciando en ellas muchas secuelas que están marcando su vida, lo que amerita reconsiderar que ante hechos traumáticos los apoyos terapéuticos deben ser retomados tiempo después para que las personas puedan vivenciar el proceso de duelo, superar su dolor y reconciliarse consigo mismas y con su pasado.

En suma se recomienda al realizar estudios con esta población, explicar de manera clara el propósito y el alcance de la investigación debido a que se logra percibir que cierta parte de la población víctima del desplazamiento forzado sigue generando expectativas sobre posibles beneficios económicos, por tal motivo, denotan poco deseo a colaborar argumentando

que han sido muchas las instituciones que los han abordado y son pocas las ayudas que les han ofrecido.

Referencias

- Abbott, R., Croudace, T., Ploubidis G., Kuh. D., Richards, M., & Huppert, F. (2008). The relationship between early personality and midlife psychological well-being: evidence from a UK birth cohort study. *Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology*, 43, 679 – 687. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-008-0355-8>.
- Albaine, L. (2015) Obstáculos y desafíos de la paridad. *Violencia política, sistema electoral e intercultural. Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, 52, 145 – 162.
- Alejo, E., Rueda, G., Ortega, M., & Orozco, L., (2007). Estudio epidemiológico del trastorno de estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Universitas Psychologica*. 6 (3), 623 – 635.
- Amarís, M. (2012). Modelo analítico de las relaciones funcionales de las estrategias de afrontamiento familiar, funcionamiento familiar, la inteligencia social y las estrategias de afrontamiento individual, con respecto a la salud mental y las cogniciones postraumáticas en los jóvenes desplazados por la violencia sociopolítica. Tesis Doctoral. Universidad del Norte. Colombia.
- Amarís, M., Abello, R., Santamaría, A., Buelvas, F., & Acuña E. (2009). Construcción de estrategias de intervención psicosocial para población desplazada y mujeres víctimas de violencia de género. Informe final de la Convocatoria Proyecto de Menor Cuantía 2008 – 2009.
- Amarís, M. & Santamaría, A. (2009). Más allá de la adversidad, comprensión del trauma psicosocial en una mujer víctima de violencia de género. Tesis Pregrado. Universidad del Norte. Colombia.
- American Psychological Association. Recuperado de <http://www.apa.org/topics/ptsd/>.
Extraído el 16 de noviembre de 2016.

- Andrew, M., Fisk, J., & Rockwood, K. (2012). Psychological well-being in relation to frailty: a frailty identity crisis?. *International Psychogeriatrics*, 24, 1347-1353. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22436131>.
- Andrade, J. (2010). Mujeres, niños y niñas víctimas mayoritarias del desplazamiento forzado. *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 6 (16), 28 – 53.
- Andrade, J. (2011). Efectos psicopatológicos del conflicto armado Colombiano en familias en situación de desplazamiento forzado reasentadas en el municipio del Cairo en el año 2008. *Orbis. Revista Científica de Ciencias Humanas*, (20), 111 – 148.
- Andrade, J. Agudelo, G. Ramírez, J. & Romero, N. (2011). Relación entre indicadores de problemas de adaptación social y un posible trastorno afectivo bipolar (TAB), en mujeres cabeza de hogar en situación de desplazamiento forzado en la ciudad de Armenia en el año 2010. *Orbis. Revista Científica de Ciencias Humanas*, 6 (18), 58 – 81.
- Arias, C. y Soliveréz, V. (2012). Hallazgos acerca del bienestar psicológico en las personas mayores. Un recorrido por diversos estudios. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.academica.org/000-072/269.pdf>.
- Astaiza, G. (2013). Dinámicas sociales, calidad de vida y salud en desplazados por la violencia del 2007 al 2010 en Neiva, Huila. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Colombia. Colombia.

Ballestero, P., Medina, A., & Caicedo, C., (2006). El Bienestar Psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá. *Universitas Psychology*, 5 (2), 239 – 258.

Bell, L. & Bell, D. (2009). Effects of family connection and family individuation. *Attachment & Human Development*, 11 (5), 471 – 490. Recuperado de <file:///C:/Users/DELL/Desktop/SALUD%20MENTAL%20Y%20TRAUMA/Bienestar%20Psicol%C3%B3gico/Efectos%20de%20la%20familia%20en%20el%20bienestar%20psicol%C3%B3gico.pdf>.

Bell, V., Méndez, F., Martínez, C., Palma, P., & Bosch M. (2012). Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *BioMed Central*. Recuperado de <http://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1505-6-10>.

Besser, A. & Neria, Y. (2012). When home isn't a safe haven: insecure attachment orientations, perceived social support, and PTSD symptoms among Israeli evacuees under missile threat. *Psychological Trauma: theory, research, practice and policy*. 4, (1), 34 - 46

Blanco, A. & Amarís, M. (2014) La ruta psicosocial del desplazamiento: una perspectiva de género. *Universitas Psychology*, 13, (2), 15 – 33.

Blanco, A. & Díaz, D. (2005). El Bienestar Social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17 (4), 582 – 589.

Blanco, A. & Díaz, D. (2006). Orden social y salud mental: una aproximación desde el bienestar social. *Clínica y Salud*. Vol. 17.No.1.

- Britvic, D., Anticevic, V., Kaliterna, M., Lusic, L., Beg, A., Brajevic-Gizdic, I., Kudrich, M., Stupalob, Z., Krolob, V., & Pivacc, N. (2015). Comorbidities with posttraumatic stress disorder (PTSD) among combat veterans: 15 years postwar analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 81 – 92.
- Brito, D. (2010). El desplazamiento forzado tiene rostro de mujer. *La manzana de la discordia*, 5 (1), 65 – 78.
- Boletín Especial Peace Brigades Internacional Colombia (2010). Desplazamiento forzado en Colombia crimen y tragedia humanitaria. Recuperado de <http://docplayer.es/11767444-Desplazamiento-forzado-en-colombia-crimen-y-tragedia-humanitaria.html>.
- Buelvas, F. & Amarís, M. (2010). Comprensión del bienestar de una persona desplazada por la violencia sociopolítica. *Psicología desde el Caribe*, (26), 157-178.
- Buesa, S. & Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 31 – 45.
- Campo, A. & Herazo, E. (2014). Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 212-217.
- Campo, A., Oviedo, H., & Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos, y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 177-185.

- Canetti, D., Hall, B., Rapaport, C. & Wayne, C. (2013). Exposure of political violence and political extremism. *European Psychology*, 18 (4), 263 – 272.
- Cifuentes, B. (2013). Estudio correlacional del funcionamiento familiar, afrontamiento familiar, cogniciones post traumáticas y salud mental en madres solteras jóvenes jefas de hogar en contexto de vulnerabilidad frente a problemas psicosociales en la ciudad de Barranquilla. Tesis Maestría. Universidad del Norte. Colombia.
- Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento Forzado CODHES (2009). Las sobrevivientes cuentan: la experiencia de las mujeres en las masacres de Chengue y El Tigre. Alejandra Azuero Quijano.
- Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento Forzado CODHES (2014). Grupos posmovilización y desplazamiento forzado en Colombia: una aproximación cuantitativa. Gabriel Rojas Hurtado y Paola Hurtado.
- Crespo, C., Kielpikowski, M., Pryor, J., & José, P.(2011). Family rituals in New Zealand families: links to family cohesion and adolescents well-being. *Journal of Family Psychology*, (25), 184 – 193. Recuperado de <http://ezproxy.uninorte.edu.co:2068/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=116c7f22-e2a3-42e8-9732-ba32bd098388%40sessionmgr4008&hid=4201>
- Chávez, Y., & Bohórquez, M. (2014). Jefaturas femeninas y desplazamiento forzado: reflexiones en torno a la familia y ciudadanía. *Prospectiva*, (19), 125 – 141.
- Cheng, S-T. (2009). Generativity in later life: perceived respect from younger generations as a determinant of goal disengagement and psychological well-being. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64 (1): 45-54.

- Choi, N. & Kim, J. (2011). The effect of time volunteering and charitable donations in later life on psychological wellbeing. *Ageing and Society*, 31, 590 – 611. Recuperado de <http://www.midus.wisc.edu/findings/pdfs/1148.pdf>.
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J., & Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 19 (2), 286-294.
- Di Cagno, A., Iuliano, E., Aquino, G., Fiorilli, G., Battaglia, C., Giombini, A., & Calcagno, G. (2013). Psychological well-being and social participation assessment in visually impaired subjects playing torball: a controlled study. *Research in Developmental Disability*, (34), 1204-1209.
- Diener, E. (1994). El Bienestar Subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3(8), 67-113.
- Diener, E. (2005). Guidelines for National Indicators. Recuperado de http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Guidelines_for_National_Indicators.pdf.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276 – 302.
- Diener, E. & Tov W (2007). Subjective well-being and peace. *Journal of Social Issues*, 66 (2), 421-440.
- Echenique, C., Medina, L., Medina, A., & Ramírez, A. (2008). Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de restablecimiento en Sincelejo. *Psicología desde el Caribe*, (21), 122 – 135.
- Espinosa, A., Baramendi, M., & Zubieta, E. (2015). Identidad nacional y bienestar social: una síntesis meta-analítica de estudios en Argentina, México y Perú. *Revista Interamericana de Psicología*, 49(1), 27 – 39.

- Espinosa, A., Schmitz, M., & Rottenbacher, J. (2016). Bases ideológicas de la identidad nacional y su influencia en el bienestar subjetivo, psicológico y social en Perú. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 11(35), 18-32
- Ferguson, S., & Goodwin, A. (2010). Optimism and well-being in older adults: the mediating role of social support and perceived control. *The International Journal of Aging Human Development*, 71(1), 43 – 68.
- Flechas, A. (2015). Bienestar Psicológico Subjetivo y personas mayores residentes. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, (25), 319 -341.
- Gaborit, M. (2006a). Desastres y trauma psicológico. *Pensamiento Psicológico*, 2 (7), 15 – 39.
- Gaborit, M. (2006b). Memoria Histórica-Relato desde las víctimas. *Pensamiento Psicológico*, 2 (6), 7 -20.
- Genna, K. & Espinosa, A. (2012). Identidad, etnicidad y bienestar social en un contexto socialmente excluyente. *Psicología y Sociedad*, 24 (1), 84 -93.
- Gómez, V., Villegas, C., Barrera, F., & Cruz, J. (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (2), 311 – 325.
- Gutiérrez-Peláez, M. (2012). Salud mental y desplazamiento forzado. *Revista Reseñas Gerencia Política, Salud*, 11(23), 189-191.
- Guidi, J., Rafanelli, C., Roncuzzi, R., Sirri, L., & Fava, G. (2012). Assessing psychological factors affecting medical conditions: comparison between different proposals. *General Hospital Psychiatry*, 35, 141-146. Recuperado en [http://www.ghjournal.com/article/S0163-8343\(12\)00279-4/pdf](http://www.ghjournal.com/article/S0163-8343(12)00279-4/pdf).

- Hamilton, N., Nelson, C., Stevens, N., & Kitzman, H. (2007). Sleep and psychological wellbeing. *Social Indicator Research*, 82, 147-163.
- Hernández, R., Fernández, C & Batista, P. (2010) Metodología de la investigación. Quinta Edición. Mc Graw Hill. Recuperado de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf.
- James, J. & Zarrett, N. (2006). Ego integrity in the lives of older women. *Journal of Adult Development*, 13, 61-75. Recuperado en: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/44633/10804_2005_Article_7084.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Joshanloo, M., & Daemiz, F. (2015). Self-esteem mediates the relationship between spirituality and subjective well-being in Iran. *International Journal of Psychology*, 50 (2), 115-120.
- Karasawa, M., Curhan, K., Markus, H., Kitayama, S., Love, G., Radler, B., & Ryff, C. (2011). Cultural perspectives on aging and well-being: a comparison of Japan and the United States. *International Journal of Aging Human Development*, 73(1), 73 – 98.
- Karlsen, E., Dybdahl, R., & Vitterso, J. (2006). The possible benefits of difficulty: how stress can increase and decrease subjective well-being. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 411-417.
- Karlsen, C., Gallagher, M., Olson, C., & Hamilton, N. (2013). Insomnia symptoms and well-being: longitudinal follow-up. *Health Psychology*, 32, 311 – 319. Recuperado de <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/1265.pdf>.

- Kwan, C., Love, G., Ryff, C., & Essex, M. (2003). The role of self-enhancing evaluations in a successful life transition. *Psychological and Aging*, 18(1), 3 – 12. Recuperado en <http://ezproxy.uninorte.edu.co:2068/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=614834cc-89c5-4b16-b382-0e2258b35cba%40sessionmgr4010&vid=3&hid=4114>.
- Keyes, C. (1998). Social well being. *Social Psychology Quarterly*, 61 (2), 121-140.
- Keyes, C. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207 – 222.
- Keyes, C. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539 – 548.
- Keyes, C. & Ryff, C (1998). Generativity in adult lives: social structural contours and quality of life consequences; in Mc Adams DP, de St Aubin E (eds): *Generativity and Adult Development: Psychosocial Perspectives on Caring for and Contributing to the Next Generation*. Washington, American Psychological Association, 227 – 263. Recuperado en <http://www.midus.wisc.edu/findings/pdfs/61.pdf>.
- Keyes, C., Satvinder, S., Dhingra, M., & Simoes, E. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *Mental Health Promotion and Promotion*. *American Journal of Public Health*, 100 (12), 2366 – 2371.
- Kitayama, S., Karasawa, M., Curhan, K., Ryff, C., & Markus, H. (2010). Independence and interdependence predict health and wellbeing: divergent patterns in the United States and Japan. *Front Psychology*, 1, 1 – 10. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3153777/>.

- Kling, K., Ryff, C., & Essex, M. (1997). Adaptative changes in the self-concept during a life transition. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 981 – 990. Recuperado de <http://psp.sagepub.com/content/23/9/981.short>.
- Kotter-Gruhn, D., Scheibe, S., Blanchard-Fiels, F., & Baltes, P. (2009). Developmental emergence and functionality of Sehnsucht (life longings): the sample case of involuntary childlessness in middle-aged women. *Psychology and Aging*, 24, pp. 634 – 644. Recuperado de <http://ezproxy.uninorte.edu.co:2068/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=6680d991-e7cb-40c1-800d-dbc76e9f9e46%40sessionmgr4008&hid=4201>.
- Manrique, K. (2015). Modelo analítico de las relaciones funcionales del trauma y el fatalismo, en personas adultas desplazadas por la violencia sociopolítica. Tesis Doctoral. Universidad del Norte. Colombia.
- Manrique, K., Martínez, M., & Turizo, Y. (2008). Estudio correlacional entre el bienestar psicológico, subjetivo y social y el fatalismo, el trauma y las cogniciones irracionales postraumáticas, en personas adultas, desplazadas por la violencia sociopolítica, radicadas en la ciudad de Barranquilla. Tesis Pregrado. Universidad del Norte. Colombia.
- Martín-Baró, I. (1988). La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador. Recuperado de <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/fundamentos-y-teoria-de-una-psicologia-liberadora/psicologia-y-violencia-politica/222-la-violencia-politica-y-la-guerra-como-causas-del-trauma-psicosocial-en-el-salvador/file>.
- Marrero, R., & Carballeira, M. (2010). El papel del optimismo y el apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 33 (1), 39 – 46.

- Miller Restrepo, A., Corrales Carvajal, S., García, S., Coll, A., Ramírez, O. L., Arnaiz Pedroza, C., & Grau, E. (2013). *La Verdad de las Mujeres: Víctimas del Conflicto Armado en Colombia*. Maguaré.
- Milyavskaya, M., Philippe, F., & Koestner, R. (2012). Psychological need satisfaction across levels of experience: their organization and contribution to general well-being. *Journal of Research in Personality*, 47, 41-51. Recuperado de http://ezproxy.uninorte.edu.co:2101/S0092656612001560/1-s2.0-S0092656612001560-main.pdf?_tid=e2fba8d8-a12f-11e6-afe5-00000aab0f26&acdnat=1478113952_cb3fc9d95dff4f10ead49d5098a24695.
- Mogollón, A. & Vásquez, M. (2006). Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento *Gaceta Sanitaria*, 20 (4). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006004400002.
- Morina, N. & Von Collani, G.(2006). Impact of war-related traumatic events on self-evaluation and subjective well-being. *Traumatology*, 12 (2), 130-138.
- Naciones Unidas. Declaration on the Elimination of Violence against Women- UN Documents: Gathering a body of global agreements A/RES/48/104. Recuperado de <http://www.un-documents.net/a48r104.htm> extraído el 15 de noviembre de 2016
- Naciones Unidas (2009). Poner fin a la violencia contra la mujer: de las palabras a los hechos. Estudio del Secretario General Naciones Unidas. Recuperado de http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAW-Spanish.pdf.
- Observatorio de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario. Recuperado de <http://historico.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Paginas/DiagnosticosDepartamento.aspx>.

- Observatorio sobre el Desplazamiento Interno del Consejo Noruego para Refugiados (IDMC – NRC). Recuperado de <http://www.acnur.org/a-quien-ayuda/desplazados-internos/>.
- Pudrovska, T. (2009). Parenthood, stress, and mental health in late midlife and early old age. *International Journal Aging Human Development*, 68 (2), 127 – 147. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4150355/>.
- Pusswald, G., Fleck, M., Lehrner, J., Haubenberger, D., Weber, G., & Auff, E. (2012). The ‘sense of coherence’ and the coping capacity of patients with Parkinson’s disease. *International Psychogeriatrics*, 24, 1972 – 1979. <http://journals.cambridge.org/>.
- Rafanelli, C., Offidani, E., Gostoli, S., & Roncuzzi, R.(2012). Psychological correlates in patients with different levels of hypertension. *International Psychogeriatrics. Psychiatry Research*, 1-8.
- Ramos-Vidal, I. (2014) Influencia de la estructura de las redes personales sobre el desarrollo de procesos comunitarios en población desplazada. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8 (1), 43 – 54.
- Riggle E., Rostosky, S., & Danner, F. (2009). LGB identity and eudaimonic well-being in midlife. *Journal of Homosexuality* 56: 786 – 798. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/26720080_LGB_Identity_and_Eudaimonic_Well_Being_in_Midlife.
- Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007 - 1022.
- Ryff, C. (2014). Psychological well – being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychoter Psychosom*, 83, 10 -28 DOI: 10.1159/000353263

- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it?. Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069 – 1081.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1997) The Structure of Psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719 - 727.
- Rogers, C., Floyd, F., Seltzer, M., Greenberg, J., & Hong, J. (2008). Long-term effects of the death of a child on parent's adjustment in midlife. *J Farm Psychol.* 22, 203 – 211.
Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2841012/>.
- Scheibe, S., Freund, A., & Baltes, P. (2007). Toward a developmental psychology of Sehnsucht (life longings): the optimal (utopian) life. *Development Psychology*, 43 (3), 778 – 795. Recuperado de http://www.psy.miami.edu/faculty/dmessinger/c_c/rsrscs/rdgs/emot/baltes.dp.2007.sehnsucht.pdf.
- Schmutte, P. & Ryff, C. (1997). Personality and wellbeing: reexamining methods and meanings. *Journal Personality Social Psychological*, 73, 549-559. Recuperado de <http://ezproxy.uninorte.edu.co:2179/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=d57332ee-f15b-4228-8c5a-e2850ac5ca99%40sessionmgr107&hid=125>.
- Shapiro, A. & Keyes, C. (2008). Marital status and social well-being: are the married always better off? *Social Indic Research*, 88, 329 – 346.
- Sheldon, K., & Lyubomirsky, S. (2006). Achieving sustainable gains in happiness: chance your actions, not your circumstances. *Journal Happiness Studies*, 7, 55-86.
Recuperado de <http://academic.udayton.edu/jackbauer/PGSG/Sheldon%2006%20chg%20actions%20happy%20copy.pdf>.

- Shemyakina, O. & Plagnol, A. (2012). Subjective well-being and armed conflict: evidence from Bosnia- Herzegovina. *Soc. Indic Res*, 113, 1129 – 1152.
- Son, J., & Wilson, J. (2012). Volunteer work and hedonic, eudemonic, and social well-being. *Sociological Forum*, 27 (3), 658-681. Recuperado de http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1573-7861.2012.01340.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.com.co&purchase_site_license=LICENSE_DENIED.
- Sousa, C. (2013) Political violence, health and coping among Palestian women in the West Bank. *American Journal of Orthopsychiatry*. 83 (4), 505 – 519. DOI: 10.1111/ajop.12048
- Springer, K., Pudrovskaja, T., & Hauser R. (2011). Does psychological well-being change with age?. Longitudinal tests of age variations and further exploration of the multidimensionality of Ryff's model of psychological well-being. *Social Science Research*. 40, 392 – 398. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3014614/>.
- Srimathi, N. & Kiran Kumar, S. (2010). Psychological well-being of employed women across different organizations. *Journal of the Indian Academy Applied Psychology*, 36 (1), 89 – 95. Recuperado de <http://medind.nic.in/jak/t10/i1/jakt10i1p89.pdf>.
- Thomas, F., Tol, W., Vallipuram, A., Sivayokan, S., Jordans, M., Reis, R., & De Jong, J.(2016). Emic perspectives on the impact of armed conflict on children's mental health and psychosocial well-being: applying a social ecological framework of resilience in Northern Sri Lanka. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 22(3), 246-253. <http://dx.doi.org/10.1037/pac0000172>.

- Torres, Y., Bareño, J., Sierra, G., Mejía, R., & Berdesi, B. (2012). Indicadores de situación de riesgo de salud mental población desplazada Colombia. *Revista Observatorio Nacional de Salud Mental- Colombia*.1 (1).
- Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (2014). Cartilla Pedagógica sobre los Lineamientos de Política Pública para la prevención de los riesgos, la protección y garantía de los derechos de las mujeres víctimas del conflicto armado. Recuperado de http://escuela.unidadvictimas.gov.co/cartillas/Conpes_ESCUELA.pdf.
- USAID, OIM, Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (2014). Mujeres y conflicto armado. Recuperado de <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/mujeres.PDF>.
- Valle, M., Beramendi, M., & Delfino, G. (2011). Bienestar psicológico y social en jóvenes universitarios argentinos. *Revista de Psicología*, 7 (13). Disponible en <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/reposorio/revistas/bienestar-psicologico-social-jovenes.pdf>. Fecha de consulta, 7 de noviembre de 2016.
- Velásquez, C., Montgomery, W., Montero, V., Pomalaya, R., Dioses, A., Velásquez, N., Araki, R., & Reynoso, D. (2008). Bienestar psicológico, asertividad y rendimiento académico en estudiantes universitarios sanmarquinos. *Revista IIPSI*, 11(2), 139-151.
- Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 23-29.
- Wilches, I. (2010). Lo que hemos aprendido sobre la atención a mujeres víctimas de violencia sexual en el conflicto armado colombiano. *Revista de Estudios Sociales*, 36, 86 – 94.

- Will-Herrera, E., Orozco, L., Forero-Pineda, C., Pardo, O., & Aldonova, V., (2011). The relationship between perceptions of insecurity, social capital and subjective well-being: Empirical evidences from áreas of rural conflict in Colombia. *The Journal of Socio-Economics*, 40, 88-96.
- Yáñez, S., & Cárdenas, M. (2010). Estrategias de aculturación, indicadores de salud mental y bienestar psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Revista Salud y Sociedad*, 1 (1).
- Zubieta, E., & Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. Facultad de Psicología UBA. Secretaría de Investigaciones. Anuario de Investigaciones. Volumen XVII.
- Zubieta, E., Muratori, M., & Fernández, O., (2012). Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género. *Salud y Sociedad*, 3 (1).

Anexos

1. Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA LAS MUJERES VÍCTIMAS DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO QUE PARTICIPARÁN EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL Y EL TRAUMA EN EL MUNICIPIO DE OVEJAS SUCRE

Naturaleza y propósito del trabajo

El propósito de este consentimiento es solicitar autorización a las mujeres que desean participar de esta investigación para que autoricen a la investigadora de la Universidad del Norte, recibir y tomar la información necesaria para realizar la investigación. Su participación, si lo acepta, consiste en responder los diferentes cuestionarios de pruebas psicológicas entregados por la investigadora y permitir la grabación durante el tiempo que se realice el diligenciamiento de los diferentes cuestionarios. La información será recolectada en cada una de las viviendas de las mujeres participantes.

Tiempo del estudio y de la participación

Se llegará hasta cada una de las viviendas y la duración dependerá de cada una de las mujeres participantes.

Confidencialidad:

Durante el diligenciamiento de los cuestionarios de pruebas psicológicas o una vez finalizados, no será comprometida su integridad. Su identidad se mantendrá en estricta confidencialidad, no será publicado su nombre. Durante el diligenciamiento de los cuestionarios, es necesario grabar, este material será material de apoyo dentro de la investigación por lo que solicitamos que nos permita hacer uso de la grabadora. El material grabado será manejado con absoluta confidencialidad y la investigadora se hace responsable de la custodia y privacidad de los mismos.

Riesgos:

La sesión se ha planteado de forma que las mujeres participantes no se vean afectadas anímicamente frente al diligenciamiento de los cuestionarios de las diferentes pruebas psicológicas.

Beneficios:

Estos cuestionarios de las diferentes pruebas psicológicas, no proporcionarán un beneficio directo para usted, pero los datos obtenidos ayudarán a la investigadora realizar recomendaciones para la atención diferencial en todas aquellas mujeres víctimas del desplazamiento forzado.

Voluntariedad:

Su participación en esta investigación es voluntaria, usted puede decidir no participar. Esta decisión de retiro voluntario no le ocasionará ningún tipo de sanción o consecuencia.

Compartir los resultados:

Los resultados de esta investigación serán compartidos en tiempos adecuados en publicaciones, revistas, conferencias, entre otras, sin embargo siempre la información personal permanecerá confidencial.

Contacto:

Si usted tiene dudas puede comunicarse con la investigadora Eliana Teresa González Montes al teléfono 3008097396, dirección carrera 20 N0. 24 – 07 y al correo elianag@uninorte.edu.co. Datos del comité de ética en investigación que avala el proyecto: Gloria Visbal Ilera. Presidente. Comité de ética en investigación en el área de la salud. Universidad del Norte. Kilómetro 5 Vía Puerto Colombia. Bloque F. Primer Piso. Tel 3509509 ext. 3493.

Correo electrónico del Comité de Ética en Investigación: comité_eticauninorte@uninorte.edu.co

Página Web del Comité: www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comite_etica.

Autorización:

En este documento usted puede expresar mediante su firma el interés de aceptar o rechazar participar en el trabajo mencionado. Confirma que de manera voluntaria y libre de presiones, que desea participar en el diligenciamiento de los cuestionarios de las diferentes pruebas psicológicas vinculadas a la investigación sobre la SALUD MENTAL Y EL TRAUMA EN MUJERES VÍCTIMAS DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO EN EL MUNICIPIO DE OVEJAS SUCRE y que ha entendido completamente la información aquí contenida.

Nombre del participante

Firma

Día:

Hora:

Declaración del Investigador:

Yo certifico que le he explicado a esta persona la naturaleza y el objetivo de la investigación y que esta persona entiende en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados.

Todas las preguntas que esta persona ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del consentimiento informado. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador _____ del

Firma _____

Fecha _____

2. Escala de Bienestar Psicológico

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

| Señale en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones: | Totalmente en desacuerdo | | | Neutro | | Totalmente de acuerdo | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|---|--------|---|-----------------------|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. Cuando repaso la historia de mi vida, estoy contento con cómo han resultado las cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | |
| 2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | |
| 3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | |
| 4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | |
| 5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | |
| 6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajando para hacerlos realidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | |
| 7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | |
| 8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | |
| 9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | |
| 10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | |
| 11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propongo para mi mismo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | |
| 12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | |
| 13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Pienso que con los años no he mejorado mucho como persona. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio, y crecimiento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida, daría los pasos más eficaces para cambiarla. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

3. Escala de Bienestar Subjetivo

Escala de Bienestar Subjetivo de Diener

| <i>Señale su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:</i> | Totalmente de Acuerdo 1 | Parcialmente de Acuerdo 2 | Neutro 3 | Parcialmente en Desacuerdo 4 | Totalmente en Desacuerdo 5 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|----------|------------------------------|----------------------------|
| | | | | | |
| 1. El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Las condiciones de mi vida son excelentes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Estoy satisfecho con mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4. Escala de Bienestar Social

Escala de Bienestar Social

A continuación le presentamos una serie de preguntas a través de las cuales buscamos conocer su opinión sobre diversas situaciones y sobre usted mismo. No hay respuestas correctas o incorrectas. Toda la información contenida en este cuestionario es confidencial. Por favor, conteste en primer lugar los siguientes datos:

Hombre Mujer Edad Nivel Educativo: _____

Cuál tipo de experiencia violenta tuvo: Directa ___ Indirecta ___ Testigo ___

Escala de Bienestar Social de Keyes

| Señale en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones: | Totalmente de Acuerdo | | | | | | Totalmente en desacuerdo |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---|---|---|---|---|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. Para mí el progreso social es algo que no existe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Creo que las personas sólo piensan en sí mismas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Creo que la gente no es de fiar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Creo que la gente me valora como persona. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. La sociedad no ofrece incentivos para gente como yo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. No entiendo lo que está pasando en el mundo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Siento que soy una parte importante de mi comunidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. El mundo es demasiado complejo para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucharía. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. La sociedad ya no progresa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Creo que la gente es egoísta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. No vale la pena esforzarme por intentar comprender el mundo en el que vivo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Creo que puedo aportar algo al mundo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Veo que la sociedad está en continuo desarrollo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Me siento cercano a otra gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Las personas no se preocupan de los problemas de otros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Creo que no se debe confiar en la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 22. No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. Pienso que lo que hago es importante para la sociedad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. Si tuviera algo que decir, pienso que la gente no se lo tomaría en serio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

5. Escala Síntomas de Davidson

Escala de Síntomas de Davidson.

Cada una de estas preguntas hace referencia a un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma, y con cuánta intensidad, durante la última semana. Tache uno de los números situados al lado de cada pregunta, del 0 a 4, para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.

| Frecuencia | Gravedad |
|---------------|--------------|
| 0 = nunca | 0 = nada |
| 1 = a veces | 1 = leve |
| 2 = 2-3 veces | 2 = moderada |
| 3 = 4-6 veces | 3 = marcada |
| 4 = a diario | 4 = extrema |

| Ahora conteste, por favor, a las siguientes preguntas pensando en la situación más difícil y dolorosa por la que haya pasado en su vida: | Frecuencia | | | | | Gravedad | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Cómo si lo estuviera reviviendo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, palpitaciones, mareos o diarrea) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o afecto? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. ¿Ha tenido dificultades de concentración? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o permanecido "en guardia"? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |