

TENDENCIAS PSICOPATOLÓGICAS EN PERSONAS DESPLAZADAS Y RE-ASENTADAS EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO ENTRE EL 2005 Y EL 2011.

PSYCHOPATHOLOGICAL TENDENCIES IN DISPLACED PEOPLE WHO
RESETTLED IN THE STATE OF QUINDIO BETWEEN THE YEARS 2005 AND 2011

Recibido: Junio 2011 – Revisado: Agosto 2011 - Aceptado: 30 de Noviembre de 2011

Por: José Alonso Andrade Salazar;¹ Mateo Parra Giraldo;²
Lynda Dayam Torres Padilla³

RESUMEN.

El siguiente artículo presenta los resultados de la investigación que buscó describir la prevalencia de tendencias psicopatológicas en 100 personas en situación de Desplazamiento Forzado, reasentadas en el Quindío entre el 2005 y el 2011. Para ello, se utilizó el Inventario de síntomas SCL-90-R de Derogatis y una Ficha de Caracterización psicossocial. Ésta es una investigación empírico – analítica con un diseño descriptivo transversal.

PALABRAS CLAVE:

conflicto armado, desplazamiento forzado, tendencia psicopatológica, psicología, violencia sociopolítica, vulnerabilidad psicossocial.

ABSTRACT:

The following article presents the research results whose aim was to describe the prevalence of psychopathological tendencies in 100 people in a situation of forced displacement, resettled in Quindio between the years 2005 and 2011. For this purpose, the Derogatis Symptom Checklist (SCL-90-R) and a Psychosocial Characterization Card were used. This is an empirical-analytical research with a cross-sectional descriptive design.

KEY WORDS:

Armed conflict, forced displacement, psychopathological tendency, psychology, sociopolitical violence, psychosocial vulnerability.

¹Psicólogo clínico. Especialista en gestión de proyectos de desarrollo ULGC, docente investigador de la Corporación Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt en convenio con la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB) Extensión Armenia. Colombia 2011. Email: 911psicologia@gmail.com

²Estudiante de décimo semestre de la Corporación Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt en convenio con la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB) Extensión Armenia. Colombia 2011. Email: teo.skm@hotmail.com

³Estudiante de décimo semestre de la Corporación Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt en convenio con la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB) Extensión Armenia. Colombia 2011. Email: lyndeichon2@hotmail.com

Introducción.

La intensificación de la crisis social derivada del conflicto armado indica que la violencia representa el fracaso de las instituciones represivas y la insuficiencia en la operatividad de los modelos de reparación de las víctimas, hecho que confluye con problemas psicosociales de otra índole, ya que “los problemas de relación, la violencia intrafamiliar, los niños con comportamientos disfuncionales en la escuela, el abuso de drogas y sustancias psicoactivas, son todas manifestaciones similares de un contexto en el cual los individuos y las familias están privadas de estabilidad, bienestar, oportunidades de trabajo e ingreso” (MSF, 2006, p.34). Lo anterior agrava el panorama si se tiene en cuenta que “se trata de un fenómeno (...) en el cual se presentan una serie de manifestaciones supremamente heterogéneas entre sí: luchas partidistas, luchas por la apropiación de la tierra, desplazamientos masivos de población, bandolerismo social político, auto-defensa campesina” (Pécaut, D. 2003, p. 30). La violencia socio-política en Colombia tiene amplios precedentes los cuales no se limitan siquiera a la violencia de los años 50, ni necesariamente al conflicto entre el Estado y los grupos subversivos, así, el desplazamiento Forzado no es algo nuevo y está derivado de los efectos nocivos de los conflictos en determinadas zonas del país.

El bandolerismo y la llamada 'chusma' en los 50's arrojaron elementos predictores de un complejo entramado de Violencia a futuro, en ese entonces a un nivel muy deficitario se produjo la movilización de grupos de personas hacia otras zonas del país con una repercusión global significativa, fenómeno que aún no se detiene; el Desplazamiento Forzado, se convirtió paulatinamente en un espacio depositario del conflicto armado, que no solo debe concebirse en función de los daños materiales y grupales, sino que incluye consecuencias a nivel específico de cada sujeto, su mismidad y sus mecanismos adaptativos respecto al grupo de pares. En Colombia hay aspectos que ejercen una postura violenta encubierta en un clima de negligencia social, en este sentido de acuerdo con Zuleta (1991) “el estado colombiano no ha logrado nunca funcionar como el garante de un consenso social capaz de contener en los límites de su propia legalidad el conjunto de los conflictos civiles” (p. 118), per se la escasa regulación del problema da cuenta de ello, pues al conflicto se han agregado nuevos actores encargados de renovar los modos para ejercer el terror y tortura sobre cualquier víctima.

Las víctimas de las guerra viven procesos bélicos connotados por cambios significativos en las «Tecnologías de Muerte» (Andrade, J. 2010) es decir, en las nuevas maneras de anular al otro con base en el adelanto científico y el deseo maniqueísta de supresión con el que justifican de manera perversa y “en pos de la guerra” sus actos de sevicia, en éste sentido, tal como lo afirma Zuleta (1991) el conflicto armado no trata “solamente de matar sino de expulsar a la gente empleando los métodos más sádicos” (p.113). Las personas desplazadas son los escudos humanos de un conflicto que se caracteriza por el aumento de los actos de lesa humanidad y la impunidad, ergo, los actores del conflicto cambian en función de la globalización de la guerra pero presentan un núcleo conflictivo que perdura: la motivación terrorista de “matar, rematar y re-contra-matar” a quienes no concuerden con sus ideales, lo cual aumenta las violaciones a los derechos humanos. La guerra asienta en la memoria un trauma que se oculta en el mutismo del lenguaje, de acuerdo con Maturana (1990) “cuando aprendemos a vivir en el lenguaje vivimos el lenguaje entrelazado con el emocionar: vivimos las emociones que se nos entrelazan con el lenguajear” (p.13), así el trauma se suma a lo cotidiano por lo que “a menudo las victimas presentan morbilidades específicas de salud mental” (MSF. 2006, p.33) que trascienden negativamente a todas sus esferas de relación humana.

Muchas de las víctimas “sienten constantemente miedo y ansiedad, y reaccionan a ellos con insomnio, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigo o problemas gástricos” (MSF, 2006, p.33), así la salud mental alterada es consecuencia directa del desarraigo, amenazas, persecuciones y la pérdida en general de seres queridos y remanentes que aseguraban un *modus vivendi* en un espacio afectivo constante con una temporalidad específica. En el conflicto, el cuerpo, como espacio intersubjetivo del lenguaje, se ve afectado por tecnologías políticas que invaden “la salud, las maneras de alimentarse y alojarse, las condiciones de vida, el espacio entero de la existencia” (Foucault, M. p.174), ergo, el pasado positivo y lo que representa ha sido reemplazado por la emergencia de la angustia y el temor a la repetición, condición que aumenta la tensión intrapsíquica y canaliza la ansiedad a través de síntomas conversivos, labilidad emocional manifiesta, problemas de memoria y atención, aprensión paranoide e irritabilidad explosiva entre otros. El trauma es entendido como un “acontecimiento inasimilable para el sujeto, y que puede parecer constitutivo de una condición determinante de la neurosis” (Chemama, R. 1996, p.442) en él las experiencias extremas se adhieren a esquemas comportamentales previos que determinan modos de reacción desajustados cuya tendencia psicopatológica varía en función de la estructura de la personalidad, la intensidad de la situación traumática y el tipo de pérdidas experimentadas.

En cuanto cifras según Acción Social, en el periodo comprendido entre el año 2005 y lo corrido del 2011 se desplazaron en Colombia 365.561 hogares que representan a 1.471.285 personas (SIPOD-Acción Social, 2011), comparativamente en el año 2002 hubo cerca de 400 mil nuevos desplazados; en el 2005 fueron 254 mil y en el 2006 la cifra fue de 274 mil personas (Acción Social, RUPD 31 julio de 2009). Tomando solo el año 2010 “un total aproximado de 280.041 personas (alrededor de 56.000 hogares) fueron desplazadas por causa del conflicto armado” (CODHES. 2011, p.1). En el departamento del Quindío hay un total de 26.763 personas (2010), las cuales representan a 7000 hogares vulnerados en sus derechos. El departamento que prevalece como lugar de recepción es Armenia con un total de 12.927 personas que configuran 3407 hogares (Acción Social citado por Gobernación del Quindío, 2010). La violencia es tan nociva que deja secuelas en los modos como las familias se ajustan a los nuevos lugares de reasentamiento por lo que muchas comunidades enfrentan diariamente una lucha diaria por sobrevivir “al estar desplazadas de sus tierras y verse obligadas a vivir en condiciones de extrema vulnerabilidad e inseguridad, sin colmar sus necesidades básicas, incluyendo la vivienda adecuada, el agua y la electricidad, la salud y la educación de sus hijos” (ONU. 2010, p.2).

El conflicto armado afecta a todos aquellos que se vinculan directamente con su realidad bélica, especialmente a campesinos, comerciantes y parceleros, llegando a ejercer presión sobre su sistema de creencias y el principio de realidad, cambiando la percepción que tienen respecto a las instituciones, las partes en conflicto, la familia y la sociedad, entre otros aspectos. Es importante mencionar que uno de los efectos más significativos, guarda relación con una alteración persistente de la identidad y memoria individual y grupal, ya que, en estos espacios de socialización impera la ley del silencio, por lo que lo represivo emerge como un aspecto que cobra significancia en la medida que “lo intolerable” (la intolerancia absoluta) se instaura como elemento de comunicación estático y diacrónico, igual que en todo sentido, carece de mecanismos adecuados de exteriorización del inconformismo de las partes; tal como afirma Foucault (1977) “no hay un silencio sino silencios varios y son parte de estrategias que subtienden y atraviesan los discursos” (p.37), los mismos que están colmados de incertidumbre, anhelos inefables, represiones, respuestas reprimidas, acciones inconcebibles y síntomas psicomotores significantes que en conjunto mantienen de forma

flotante, la angustia vital ligada al abandono estatal, la continuidad de eventos traumáticos, la impunidad y los actos de lesa humanidad.

Así, las deficiencias en cuanto estrategias de reparación integral, la dificultad de las víctimas para reconocer la importancia de la asistencia psicológica y, la falta de continuidad de los programas asistenciales por parte de entidades estatales y ONG'S, tiende a incrementar los efectos nocivos del desplazamiento, creando en estas personas una sensación de desarraigo, falta de solidaridad y abandono aún mayor. Esto conlleva un crecimiento paulatino de los ciclos del conflicto, donde "el quebramiento de las regulaciones institucionales y la pérdida de credibilidad del orden legal abren el campo a la violencia generalizada" (Pécaut, D. 2001 P. 105); sumado a esto, la precariedad laboral, que a su vez dificulta la reasignación de roles en la familia (y en el nuevo núcleo social al que se entra a hacer parte), sumerge a los afectados en una especie de estado de anomia. La problemática en salud mental tiene un crecimiento exponencial, debido a factores psicosociales relacionados con el proceso de adaptación, tales como: peligrosidad de los lugares de reasentamiento, el señalamiento social, una escasa red de cooperación, dificultades de acceso a los servicios de reparación; las personas desplazadas cuentan con un monto de ansiedad a menudo insoportable, que es canalizado a través de un exceso de motricidad, "hiper sensibilidad a la crítica, baja tolerancia a la frustración, sueños persecutorios recurrentes, y agresividad explosiva; síntomas que se derivan del exceso de acumulación de ansiedad, a razón del escaso reconocimiento de los motivos o eventos de su condición traumática" (Andrade, J. 2011, p.16).

La notable dificultad para satisfacer demandas internas (grupo familiar, psiquismo) y externas (grupos sociales, entorno, sociedad) desemboca en un malestar psíquico, que encuentra su vía de canalización a través del cuerpo (trastornos somatomorfos, gastritis, etc.) situación connotada por una "combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudoneurológicos y dolor" (DSM-IV. 1995, p.457) prevalente en muchas víctimas; asimismo las "obsesiones que causan ansiedad y malestar significativo se componen de compulsiones cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad" (DSM IV. 1995, p. 401), síntomas que se ven reforzados por una baja tolerancia a la frustración, sensibilidad y labilidad emocional; grosso modo, la secuela mental del conflicto armado, propicia estados anhedónicos y en algunos casos abúlicos en los que prima una "pérdida (parcial o total) de interés o placer en casi todas las actividades (...) y dificultad marcada para controlar estados de constante preocupación" (DSM-IV. 1995, pp.326-444); en estos casos la "ansiedad que se pone en marcha predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos que no son en sí mismos generalmente peligrosos" (CIE 10. 1999, p.94) es elevada y puede desembocar en trastornos mixtos (ansioso-depresivos), depresiones, bipolaridad, trastorno de ansiedad generalizada, angustia vital e "ideas delirantes acompañadas a menudo de alucinaciones y alteraciones de la percepción"(CIE 10. 1999, p.66).

Los actores bélicos del conflicto armado ejercen mayor influencia sobre las familias y comunidades asentadas en territorios de combate y de aquellas cuyos recursos económicos y sociopolíticos son blanco del terrorismo, lo que aumenta la complejidad de la confrontación armada y la indulgencia en cuanto observancia y participación de algunos entes estatales. Las secuelas psicológicas a nivel grupal e intrapersonal generan efectos destructivos para la salud mental, de ahí que "lo importante quizá no resida en el nivel de indulgencia o la cantidad de represión, sino en la forma de poder que se ejerce" (Foucault, M. p.54). La multiplicidad de eventos bélicos y políticos involucrados, además, de los intereses económicos que perpetúan el conflicto armado, complejiza aún más la condición de los

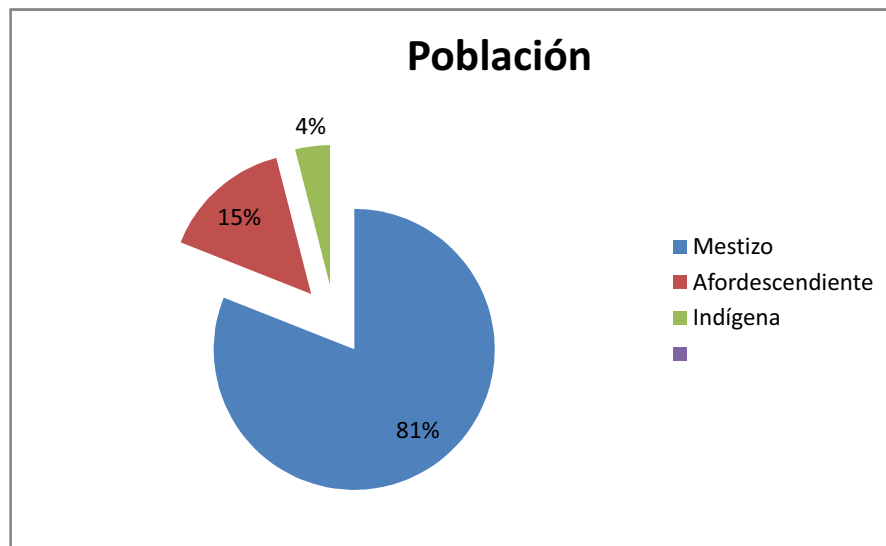
desplazados, puesto que, en muchos de “los sitios donde se produce, las causas se asocian a problemas bélicos, con base en el control territorial, económico y psíquico de las víctimas” (Andrade, J. 2010, pp.5-6).

Método.

Esta investigación es cuantitativa de tipo descriptivo con un diseño no experimental de tipo transversal e hipotético-deductivo (Mutis, H. 2010, p. 15) que busca revelar las relaciones y características de los síntomas prevalentes en cada una de las dimensiones: somática, obsesiva-compulsiva, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, tanto como en sus tres índices de malestar psicológico (índice global de severidad, índice positivo de malestar, total de síntomas positivos). La investigación “observa los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” (Sampieri. R, Fernández. C, Baptista, P. 1991, p.205) integrando las características sociodemográficas y analizando las variables en un momento único en el tiempo.

Población.

La población estudiada fueron 100 personas desplazadas de ambos géneros, de las etnias Mestizo (81%), Afrodescendiente (15%) e Indígena (4%) procedentes de diferentes departamentos del país especialmente del Valle del cauca y el Tolima, de estratos I y II entre los 20 y 83 años reasentados en el departamento del Quindío a entre el años 2005 y el 2011, quienes accedieron voluntariamente a participar del proceso. La comuna predominante en la que viven los sujetos es la 4 y la mayoría se ha re-asedado en el municipio de Armenia. La muestra de la población evaluada se calculó bajo la siguiente fórmula: $N = (Z^2 h)^2 * P * Q / E^2$, donde el Nivel de confianza es 1,96 con un el error permisible de 10% y las probabilidades de éxito y fracaso se trabajan con 0,5 que arroja un total de 96, 04 \approx 96, lo que se ha aproximado a un total de 100 personas para reducir aún más el margen de error.



Gráfica 1: Población

Instrumentos.

Para la realización de esta investigación se utilizó el Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de L. Derogatis, instrumento auto administrado con ítems tipo Likert en el que se obtienen puntuaciones de 0 a 4 para las 9 dimensiones (somatizaciones, obsesividad-compulsividad, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, y psicoticismo), además de índices globales: índice de severidad Global, total de síntomas positivos e índice de malestar por síntomas positivos. El instrumento incluye una serie de síntomas discretos que han de ser tenidos en cuenta en la sintomatología que las personas hayan presentado en los últimos siete días incluido el día de la aplicación. El estudio contó con una ficha de caracterización que incluyó datos sociodemograficos tales como, escolaridad, estado civil, etnia, religión, discapacidad, lugar de procedencia, además del tipo, cantidad y motivo del desplazamiento.

Procedimiento.

Para la realización de la investigación se establecieron convenios con la Unidad de Atención a la población desplazada (UAO), lugar donde se abordó personalmente a cada desplazado y se le informó acerca de los objetivos de la investigación, luego se firmó un consentimiento informado y se aplicaron los instrumentos. Posteriormente se llevó a cabo la organización de datos a través de tablas de frecuencia tabuladas en el programa Excel, procedimiento que permitió el establecimiento de la prevalencia de los diferentes indicadores de problemas psicopatológicos. Para el análisis y descripción de datos se tomó en cuenta los puntajes de mayor prevalencia y relación, asimismo se elaboró una Matriz Vester para determinar la hipótesis en cuanto a la relación de las tendencias psicopatológicas y comprobarla a través del análisis de los datos obtenidos.

Resultados.

La población evaluada estuvo conformada por 100 personas en situación de Desplazamiento Forzado cuyas edades oscilan entre los 20 y los 83 años, con un promedio de edad de 42 años

($\bar{x}=42,08$)

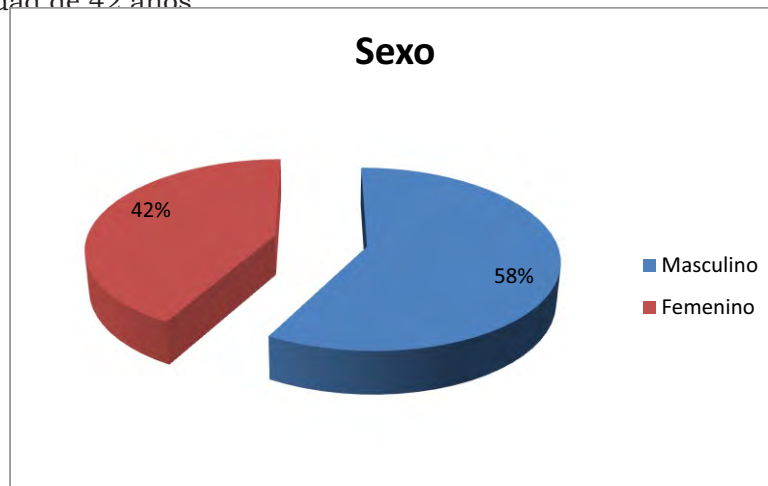


Gráfico 2. Sexo

El 58% correspondió al género masculino y el 42% a población femenina. La edad que representa la moda es de 32 años.

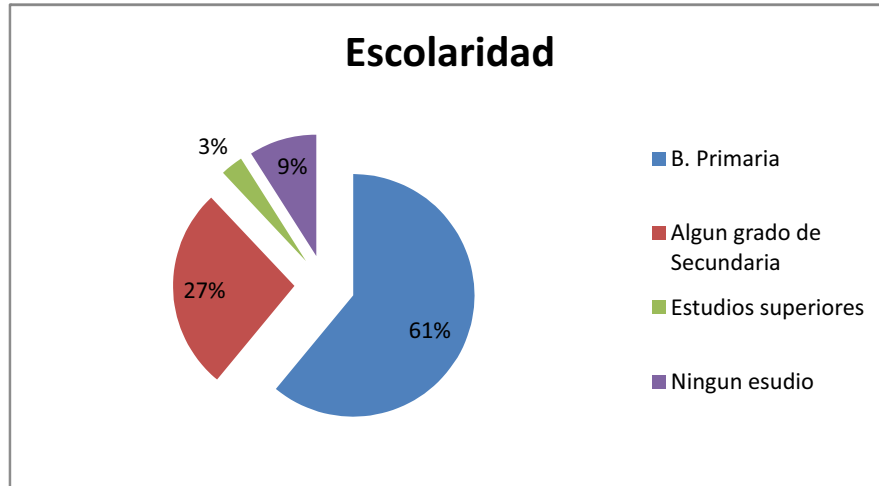


Gráfico 3. Escolaridad

Respecto al grado de escolaridad el 61% de personas estudió básica primaria, el 27% cursó algún grado de bachillerato mientras, el 3% realizaron estudios técnicos o universitarios; el 9% no posee ningún tipo de escolaridad lo que evidencia el déficit en el acceso a oportunidades de estudio permanente. La distribución étnica indica que el 81% son mestizos, el 15% Afrodescendientes y 4% indígenas; el estado civil es de unión libre para el 42%, el 25% casados y el 24% solteros, un 4% ha enviudado (especialmente mujeres) por efecto del conflicto armado lo que indica que muchas mujeres se convierten en “jefas de hogar debido a la viudez, la ruptura de las relaciones de pareja cuando el compañero está desaparecido o por la pérdida de sus hijos familiares cercanos y sus vecinos” (Mendoza, M. 2004, p. 52).

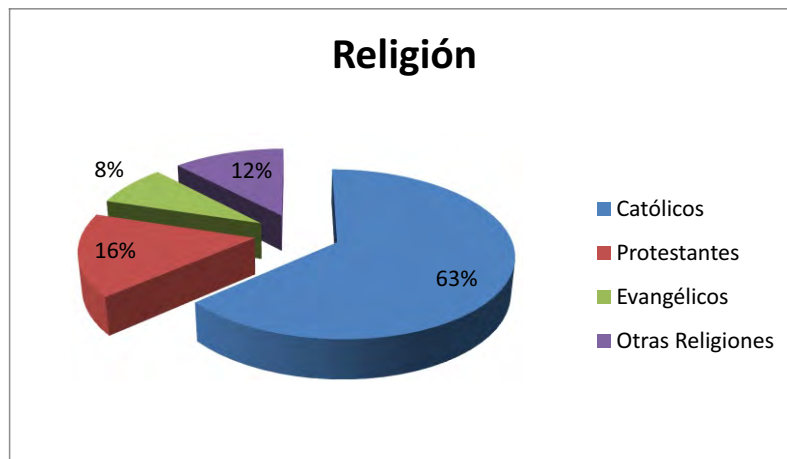


Gráfico 4. Religión

La caracterización religiosa indica que un 63% está inclinado hacia el catolicismo, 16% al cristianismo (protestantes) y un 8% son evangélicos; el 12% de la población refiere una pertenencia a otras religiones.

Las familias provienen mayoritariamente de los departamentos de Valle, Caquetá, Nariño, Antioquia, Risaralda, Cauca y Tolima, como víctimas de grupos armados principalmente guerrilla y paramilitares, principalmente en el área rural (76%) y también del casco urbano (24%); los motivos principales por los que se desplazaron fueron: hostigamiento familiar e intimidación (30%), persecución sociopolítica de los grupos (18%), amenaza de reclutamiento (16%) y tierras como objetivo militar (8%).

En cuanto a los indicadores de Salud Mental el 26% no posee seguridad económica y el 22% no ha sido asistido por un psicólogo por problemas derivados del Desplazamiento. En lo comunitario un 16% prefiere no hacer parte de ningún tipo de asociación barrial, factor visible en su inactividad cultural y social (15%).

Los resultados obtenidos arrojan una dificultad significativa para controlar las emociones y afectos (78%), pero habilidades para mantener relaciones de comunicación positiva con la familia (79%) y apoyarse mutuamente frente a los problemas emergentes por parte de sus miembros (81%). Asimismo se evidencia una percepción del ambiente físico (21%) como acogedor y hostil (79%) por lo que tanto los indicadores de salud mental individual como comunitaria, indican la prevalencia de factores de riesgo para la salud mental y física más que de factores protectores.

Los hallazgos revelan que los hogares están compuestos mayoritariamente por 4 personas (21%), seguido por hogares de tres (19%) y cinco individuos (15%), de los cuales generalmente tan solo una persona se encuentra trabajando (65%) y en algunos casos dos (24%). De las personas desempleadas por lo menos una por familia se encuentra en condiciones para laborar en función de su edad (56%) mientras en el 33% de los casos, 2 personas ya tienen la edad suficiente para hacerlo y están desempleadas. El 26% de las familias está bajo la responsabilidad de una madre cabeza de hogar o un padre cabeza de hogar, en los hogares prevalece la miseria como condición socioeconómica (52%) lo cual indica un ingreso per cápita de menos de 1 dólar, la pobreza fue del 46%. El promedio de ingreso mensual por familia es de 100.000 pesos. El test de CAGE revela que un 95% de la población no tiene problemas de consumo de alcohol, mientras que el 3% tiene dependencia alcohólica y el 2% indicios de alcoholismo. Estos resultados se relacionan a su vez con la prevalencia de consumo de cigarrillo en 33% de los casos.

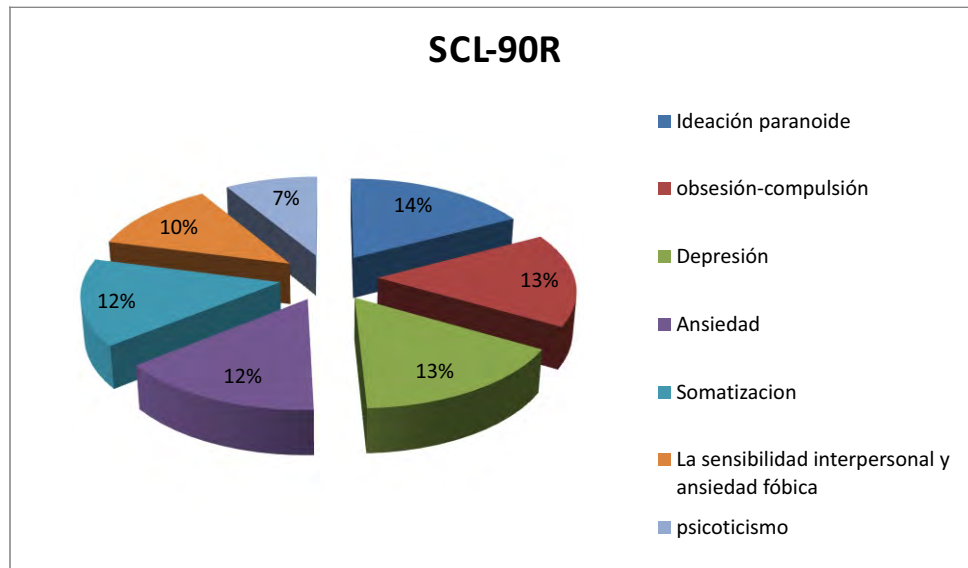


Gráfico 5. SCL - 90R.

El SCL-90R revela que las tendencias psicopatológicas presentan un nivel de morbilidad relativamente similar, por lo que los porcentajes en su mayoría no se alejan de la media (12%), predominando la ideación paranoide (14%), obsesión-compulsión (13%), depresión (13%), ansiedad (12%) y somatización (12%). La sensibilidad interpersonal y ansiedad fóbica fue del 10% y el psicoticismo del 7%. Los resultados no muestran una morbilidad psiquiátrica elevada pues el 60% no cuenta con una puntuación significativa en su tendencia como para constituir un cuadro clínico, aunque los puntajes específicos de la muestra indican que nadie está exento de algún tipo de morbilidad psicopatológica.

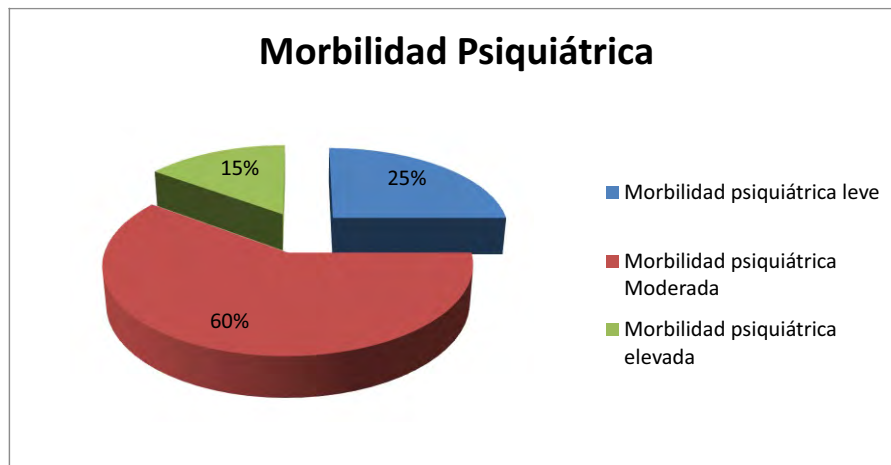


Gráfico 6. Morbilidad Psiquiátrica

Siguiendo los valores estándar de normalización el 25% presenta morbilidad psiquiátrica leve, moderada (60%) y elevada (15%).

Los síntomas adicionales o discretos clínicamente relevantes dan cuenta de la prevalencia de sentimientos de culpa (18%), hiperingesta (17%) e inapetencia (16%) y guardan relación con cuadros ansioso-depresivos. Asimismo el 14% posee pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir (asesinados), trastornos del sueño (36%) que varían entre insomnio primario (13%), intermedio (12%) y terminal (11%) (Morrison, J. 2009, p.435). De la totalidad de personas evaluadas, el 29% tiende a configurar puntajes ficticios desde la percepción exagerada de sus problemas psicológicos, incluidos los de somatización (los cuales se generan por la ideación fatalista) de allí que el 14% presente dramatismo leve y el 15% dramatismo exagerado en sus síntomas.

Discusión.

La población estudiada presenta un conglomerado de síntomas psicopatológicos más que una entidad clínica concreta lo cual no los hace exentos de padecer un trastorno mental y aumenta el riesgo de comorbilidades severas; en este sentido el conflicto armado permea todas las esferas vitales de los sujetos pues, “los problemas mentales no son un asunto que incumba únicamente al individuo, sino a las relaciones del individuo con los demás” (Baró, I. M. 1984, p.2). En la guerra prevalece la negación de la subjetividad por medio de la violencia lo cual genera una huella psicológica imborrable por efecto del no reconocimiento del otro como legítimo otro en la convivencia (Maturana, H. 1991) así, la persona o grupo que ha sufrido la agresión queda debilitada en todas sus áreas de relación y enfrenta un futuro pesimista y desesperanzador, porque “mientras crecen los enfrentamientos, más se afectan los más vulnerables y, como siempre ocurre, más se acentúa su miseria y se agudizan sus desigualdades” (Pécaut, D. 2001, p.15), lo que reduce las identidades a síntomas que reflejan la condición tripartita de la guerra y sus instituciones de represión: inequidad, impunidad e ignominia.

Las familias se movilizan por diferentes motivos, y tanto hombres como mujeres con o sin liderazgos sufren la persecución sociopolítica de grupos que atentan contra los procesos democráticos, por lo que el ejercicio de la defensa de los derechos, la solidaridad y la cooperación intercomunitaria se ve censurada por la violencia en todas sus manifestaciones; ergo como mecanismo para salvaguardar su integridad “cada cual tiene que pensar solamente en su ámbito privado. Por este motivo en muchas zonas donde existen redes de poder establecidas es increíble y sorprendente ver la ausencia de nuevo liderazgo en las comunidades” (Pécaut, D. 2003, p.87). Como consecuencia las víctimas huyen a las ciudades para proteger su vida y la de sus familiares, allí muchos de ellos deben aceptar trabajos inapropiados, mal remunerados, mendigar y convivir en medio de la inestabilidad económica y los problemas de que acarrea una baja calidad de vida y las escasas redes de apoyo social-comunitario, en estas personas su condición social afecta la vida emocional pues “el trabajo constituye la fuente básica para el desarrollo de la personalidad humana, el proceso más configurador de la propia identidad, el ámbito fundamental de nuestra realización o fracaso humano” (Baró, I. M. 1984, p.4).

La calidad de vida también se ve afectada por el lugar de asentamiento, que a menudo es pequeño respecto al número de personas que van a vivir allí. Esta situación se complica cuando la responsabilidad económica del hogar está a cargo de una sola persona quien

dependiendo de su historia vital y la intensidad del evento traumático inclina su reacción psicopatológica hacia algún trastorno o tendencia Psicopatológica, ergo la sintomatología que caracteriza determinada tendencia puede determinar qué rasgos psicopatológicos predominan sin ser exclusivos de una sola morbilidad psiquiátrica. El conglomerado de síntomas pone en evidencia la intensidad de la afectación psíquica, expresa a través del sufrimiento y de síntomas específicos en los que influyen variables culturales y emocionales. La discriminación a la que se ven cometidas algunas de estas personas y las pocas oportunidades que les ofrece las ciudades para salir adelante se suman a las secuelas psicológicas dejadas por la violencia, en consecuencia, emergen pensamientos, sensaciones, sentimientos y conductas anómalas, que bien pueden lindar en algunos de los casos con la paranoia, pero que son en realidad expresiones poco ajustadas al pasado traumático, las dinámicas ciudadanas y las demandas del medio al que por efecto de su movilización pertenecen.

El estudio encontró que aquellas familias en las que sus miembros llegaron juntas al lugar de re-asedamiento presentan una dinámica relacional difusa (sin exacerbación de los conflictos internos) ya que, a razón de la fluctuación de los roles al interior del sistema familiar algunos miembros son prudentes respecto a su origen y evitan el señalamiento por temor a ser hallados; muchos son más abiertos y forman redes de apoyo rápidamente, otros se refugian en el consumo de sustancias psicoactivas o tienden al aislamiento por lo que son señalados y juzgados. En este sentido “sano y normal será el individuo (...) que pueda desarrollar su trabajo cotidiano sin alucinar peligros, que atienda a las exigencias de su vida familiar sin maltratar a sus hijos o sin someterse a la tiranía obnubilante del alcohol” (Baró, I. 1984, p. 1); para ésta población las imágenes del futuro a menudo son desesperanzadoras, lo que afecta su afectividad porque “la persona desesperanzada se ve reducida a un estado residual de humanidad. Lo que ocurre en la mente es casi totalmente accidental y no obedece a ningún propósito particular” (Sullivan, H. 1963, p.283) pues sus intenciones no tienen una dirección específica, impidiendo cualquier tipo de exteriorización asertiva de los deseos. Las personas víctimas de traumas de la violencia reexperimentan en el postconflicto “la persecución, la angustia y el acoso simbólico de sus verdugos, por esta razón desconfían de su entorno y se aíslan, emergiendo en ellos depresiones reactivas, alteraciones somáticas y un temor ansioso ante el contacto social (Andrade, J. 2011, pp.13-14).

Se debe señalar que a pesar de que los resultados de las tendencias tuvieron alto grado de similitud, la ideación paranoide sobrepasa por un mínimo a las demás tendencias psicopatológicas, pues muchos de ellos se sienten perseguidos y con miedo de que los grupos insurgentes ejecuten su labor de seguimiento para el reclutamiento, la amenaza o el asesinato, así, la persona desplazada experimenta un cuadro clínico caracterizado por ansiedad extrema, depresiones reactivas y flotantes además, de ideas y sensaciones paranoides en las que refiere la existencia de un ciclo envolvente de repetición sintomática que dificulta la elaboración del trauma y por ende de los objetos internalizados como protectores frente a los objetos destructivos. El trauma es pues, un “parasito irracional flotante, constituido por la acción del mal encuentro con el agresor, que deviene irreducible y estará dotado de una tendencia a repetirse en el campo imaginario del sujeto” (Velásquez, J. et al. 2008, p.73). La ideación paranoide es notable en el discurso de la persona desplazada, de acuerdo con Ignacio Martín Baró (1984) los campesinos desplazados por la guerra muestran trazas de delirio paranoide ya que están constantemente alertas, multiplican las instancias de vigilancia, no se fían de nadie desconocido, sospechan de todos los que se acercaran a ellos, y “escrutan los gestos y las palabras en busca de posibles peligros” (p.2).

La obsesión - compulsión previa o posterior al acontecimiento estresante genera un estado de ánimo negativo en el que se busca poner “todo en orden” incluso aquello de lo que no se es consciente, lo cual los lleva a evitar confrontar el origen de los síntomas; los rasgos obsesivos en la población son un intento de reorganización forzado de la psique de aquello que consideran inorganizable, por ello lo ritualizan (compulsión) para que ingrese al orden del sagrado y se derive la responsabilidad en el destino o en la creencia religiosa. La obsesión-compulsión como tendencia indica que el estrés elevado conlleva un nivel de desorganización que afecta la memoria y ocasiona la incapacidad de recordar aquello que durante el día se realizó, dando como resultado conductas estereotipadas a razón de la duda patológica. En algunos casos cuando la persona está en crisis paroxísticas la idea obsesiva referencia el acto de lesa humanidad, lo que puede conllevar a que la persona ingrese a cuadros psicóticos que requieren atención médica farmacológica. Asimismo la depresión es muestra de que el conflicto bélico impacta profundamente la psique generando melancolía, sensación de inutilidad, desmotivación, desesperanza y pesimismo, lo cual desemboca en la creencia generalizada de que no hay soluciones posibles a lo que les acontece; algunas personas muestran un optimismo irrealista como enunciado de formaciones reactivas por la impotencia e incertidumbre que los agobia, especialmente por creer que no son dueños de nada o que no pertenecen a ningún lugar.

En gran medida la desesperanza es tramitada a través de las creencias religiosas que cumplen un papel depositario frente a la angustia flotante del trauma, así lo sacro surge como un elemento paliativo frente a las demandas de reparación de la población desplazada. La depresión tiene aspectos similares con la ansiedad en un sentido circular, ya que tras los síntomas anhedónicos, los estados de melancolía y la ausencia parcial de motivación hacia gran parte de las actividades diarias (que conlleva a un estado de inactividad fluctuante), se esconden temores y una sensación lineal de zozobra y nerviosismo, como elementos anticipatorios a la pérdida de otros o ante objetos aversivos, lo que conduce a que el sujeto presente respuestas de evasión inhibitorias, que producen el mismo sentimiento de impotencia inicial causante de su desmotivación. Así, desde las ideas derrotistas frente al sí mismo y los demás hasta el temor flotante del mundo exterior, es posible notar un ciclo de retroalimentación entre ambas tendencias, el cual puede emerger en diversos contextos, pues “uno de cada cuatro pacientes que tienen un diagnóstico de ansiedad generalizada tienen diagnosticado un trastorno depresivo de forma comórbida” (Campos y Martínez. 2002, p. 2).

La ansiedad y la depresión contienen sentimientos de inadecuación al medio, incluyendo la pérdida de identidad y la falta de seguridad para garantizar condiciones de reparación plena. Los elementos beligerantes de la situación problema facilitan el ingreso al “no-lugar” es decir, al terreno baldío de la indeterminación ontológica de la que emergen contenidos hostiles y amenazantes; de esta necesidad de ser tomado en cuenta en su registro histórico surge la “ansiedad persecutoria y depresiva inusualmente fuerte” (Bowlby, J. 1998, p.57). La somatización es una de las características defensivas que sustentan o explican la aparición de sintomatología física asociada al evento traumático, en ella las personas muestran afectos cargados de angustia cuya intensidad y nivel de perturbación resulta insoportable. Estos efectos emergen a través de síntomas corporales caracterizados por dolores diversos, vértigos, vómitos y demás (Zegarra y Guzmán. 2007). Por otra parte la sensibilidad interpersonal indica una elevada susceptibilidad ante la crítica, auto percepción de insignificancia, creencia de ser inferior a los demás y conductas de inadaptación a su entorno social. La situación humillante que atraviesan estas personas al ser despojadas de sus

pertenencias, genera sentimientos de culpabilidad y auto rechazo al tiempo puede ser el inicio de fobia social y problemas de interacción con otros.

La hostilidad y el Psicoticismo indican la presencia de conductas hostiles debido al pobre control de los impulsos y la dificultad marcada para emitir respuestas constructivas ante la complejidad de los objetos externos, ergo emerge la necesidad de romper o de hacer daño a alguien como compensación simbólica ante las pérdidas experimentadas. En estas poblaciones el trauma de la guerra genera un deterioro en el sentido de realidad, lo cual es indicador de psicoticismo, así la disminución en la prospección y en la capacidad de juicio, dificultan la aprehensión de la realidad de manera crítica y activa, lo cual lleva a que muchas personas experimenten la frialdad afectiva y pobreza en la comunicación. De acuerdo con Serna (2008) el silencio de las familias afectadas por la violencia indica que el Otro que los podría asistir no existe, porque no se dirigen a éste para reclamarle y hacer valer sus derechos, así, el no-lugar en el que se convirtió su tierra, se repite en la relación con el Otro en la ciudad, lo cual dificulta la construcción de un lugar como ciudadanos. En muchos sentidos la génesis de los síntomas psicopatológicos se debe a que sus vidas de dieron un giro inesperado, alterando inevitablemente la identidad, el proyecto de vida y la interacción con los otros, en este sentido “la expresión desorden mental se refiere a procesos interpersonales inadecuados para la situación en la que las personas se encuentran integradas, o excesivamente complejos debido a que personas ilusorias se han integrado en la situación” (Sullivan, H. 1963, p.86).

El estudio encontró que las víctimas de violencia socio-política nunca están exentas de morbilidad y que los factores de riesgo para su salud mental son elevados, pues la capacidad de resiliencia se ha visto seriamente afectada por la desorganización del Yo y la inestabilidad de su entorno, porque “la realidad del sujeto que ha sufrido el forzamiento traumático ya no es lo que era previo al suceso doloroso, pues en su lugar emerge esta escena como un cuerpo extraño frente al cual no hay una defensa psíquica posible” (Velásquez, J. et al. 2008, p. 73), así las circunstancias atroces fomentan la ruptura continua de los vínculos factor que interfiere en cada una de las facetas de su vida. La representación intolerable de las pérdidas se conjuga con la incapacidad de 'des-internalizar' el conflicto ya que, “el objeto que no satisface (...) por una parte frustra y por la otra tienta y atrae. En realidad su verdadera “maldad” radica en que combina la atracción con la frustración. Más aún, conserva estas cualidades, después de ser internalizado” (Fairbairn, R. 1975, p.115). Las familias que están bajo la responsabilidad económica de una persona especialmente mujeres, con separaciones forzadas por el conflicto o la jefatura del hogar son muy vulnerables a la frustración, la crítica y los rechazos, en este sentido muchas mujeres confrontan “situaciones de conflicto, y se ven expuestas a distintas formas de agresión sexual” (MSF. 2009, p.9), por no contar con garantías reales de protección.

Pese a que una de las consecuencias posibles en las personas que componen la muestra sea recurrir al uso deliberado de alcohol o tabaco en vista de las circunstancias actuales, no se puede hablar de ello más que como una posibilidad futura de compensación de las frustraciones que estas generan, pues tienen la percepción de contar con un ambiente familiar favorable, y la escasa petición de ayuda psicológica o psiquiátrica. La obsesión-compulsión, pese a ser significativa, no se relaciona con el consumo de tabaco o bebidas alcohólicas lo que evidencia un comportamiento distinto al esperado en la hipótesis inicial, la cual postulaba a dicha tendencia psicopatológica como influjo de conductas reactivas asociadas a algún tipo de adicción o consumo situacional. En general las tendencias

psicopatológicas indican que las poblaciones desplazadas tienen una morbilidad poli funcional en la que los síntomas emergentes surgen en conglomerados que dificultan la categorización pero permiten una aproximación a las posibles comorbilidades.

Conclusiones y recomendaciones.

De lo expuesto a lo largo del presente trabajo investigativo se observa la prevalencia de ideación paranoide, obsesión-compulsión y depresión, como conjuntos de síntomas que evidencian los efectos negativos que se dan a partir del desarraigo de las tierras en las personas en situación de Desplazamiento Forzado. No obstante, se trata de una mínima marcada prevalencia, ya que porcentualmente y de acuerdo a la formación discursiva de los sujetos, cada tendencia no se aleja considerablemente de la otra, siendo la ansiedad y la somatización (tendencias psicopatológicas medias), puntos de referencia contiguos a otros conjuntos sintomáticos. En este sentido, de los signos generales de tensión emocional y las alteraciones neurovegetativas, a las ideas delirantes de Autorreferencia y suspicacia, los pensamientos e impulsos que generan angustia, y los sentimientos de anhedonia y desesperanza, no existen realmente diferencias significativas. Por ello es cada vez más necesario fortalecer las habilidades de contención comunitaria y de autocontención a través de programas de multiplicadores psicoafectivos a fin de favorecer desde lo local el empoderamiento respecto a los síntomas y las situaciones derivadas de las descompensaciones psicológicas.

La sintomatología, descrita con amplitud en el cuerpo del trabajo, muestra que entre los efectos negativos del Desplazamiento Forzado se encuentra la descomposición psíquica que impacta los diversos escenarios de relación del sujeto pues, las experiencias traumáticas trascienden a las capacidades de contención, por cuanto son inasimilables en vista de su intensidad y duración, por ello el trauma resulta constitutivo de condiciones psicopatológicas que por su particular esencia metafórica (que contiene la angustia que deviene en lo real) y trascendente (que por su transformación, implica un mantenimiento del síntoma en tanto atenuante) aumentan la capacidad mórbida del conflicto sociopolítico y del conflicto psíquico. El trauma de guerra se repite y adhiere a nuevas condiciones beligerantes, propias del sitio de reasentamiento así, los sujetos reexperimentan la presencia inminente de sus verdugos, dando cuenta de sensaciones, comportamientos y afectos que se relacionan principalmente con sintomatología de la tendencia psicopatológica denominada ideación paranoide y presentando de nuevo el temor a la persecución mediante el pensamiento proyectivo y la necesidad de control. En éste contexto se recomienda resignificar la desconfianza en el entorno y el aislamiento, generando mejores mecanismos defensivos ante la posible aparición del agresores, al tiempo que evitar a través de psicoterapia y grupos de apoyo la conformación de síntomas depresivos que generen un estado de tensión complejo.

El desplazamiento forzado conlleva a la desobjetivización de las causas sintomáticas del estado emocional actual y de la memoria histórica de los pueblos pues, en territorios rurales y urbanos los actores sociales del conflicto utilizan métodos de coerción con dinámicas extensivas en el tiempo, tecnificación de la muerte y la sevicia; éstas prácticas dan cuenta del flagelo como evento sincrónico y lo evidencian como un fenómeno diacrónico que afecta negativamente la estructura mental de las víctimas. A lo anterior se añade la pérdida de vínculos con la comunidad de origen y dificultades de comunicación con la comunidad receptora, ya que la participación comunal y cultural disminuye considerablemente por el miedo recurrente a represalias por parte de grupos armados o porque los lugares específicos

de reasentamiento son con frecuencia socialmente deprimidos y conflictivos lo que conlleva a una ruptura ideológica y afectiva que dificulta la continuidad de las prácticas cotidianas y del sistema de creencias. Es importante que las instituciones trabajen estos elementos a fin de disminuir la morbilidad psicopatológica instalada y que las personas logren resignificar su estado emocional a provechando los recursos materiales, simbólicos, personales e ideológicos que tienen a su disposición.

La calidad de vida se ve afectada por las características del lugar de reasentamiento, la inseguridad económica, los indicadores socioeconómicos deficitarios, y el escaso desarrollo personal y social en un entorno institucional que no brinda garantías de reparación integral y no asegura la satisfacción de necesidades básicas. Las pérdidas se experimentan de modo catastrófico y muchas personas buscan elementos de contención para disminuir su incidencia representacional en la psique, generando percepciones idealizadas del ambiente familiar, lo que dificulta el reconocimiento total del sufrimiento psicológico. Análogamente se observa una ruptura entre la conciencia de enfermedad y la necesidad de asistencia por cualquier profesional de la salud mental, lo cual es reforzado por la inasistencia oportuna en el post desplazamiento, lo cual conlleva a la naturalización del dolor, además de aversión desconfianza ante la institución que representa el gobierno. Grosso modo las condiciones sociodemográficas de los lugares de reasentamiento no satisfacen a cabalidad las necesidades básicas de la población en inciden en las afecciones en salud mental, condición que muestra el entramado caótico que opera en la estructura global de los sujetos víctimas del conflicto armado y de la inasistencia estatal postconflicto.

La presencia de varias tendencias psicopatológicas indica la dificultad en la identificación temprana de cuadros sintomáticos premorbidos por lo tanto, es menester que las personas en situación de Desplazamiento Forzado sean intervenidas por equipos psicosociales una vez que llegan a los departamentos receptores lo cual demuestra la necesidad de fortalecer los programas de atención en salud mental, específicamente la sintomatología inmediata asociada a los eventos bélicos experimentados y la intervención en crisis, con el fin de disminuir la probabilidad de incidencia de futuros cuadros sintomáticos comórbidos con los inicialmente presentados. Se recomienda a las futuras investigaciones que deseen trabajar con la población en Desplazamiento Forzado acompañar a los sujetos en la aplicación del instrumento, ya que muchas de estas personas presentan niveles de escolarización incompletos y analfabetismo, con el fin de disminuir el margen de error en la obtención e interpretación de los resultados. En este sentido, la cualidad de los tests psicométricos de carácter autoaplicado, deberá suprimirse, optando por una aplicación guiada que se acomode a las características de la población.

Referencias:

- Acción Social (2011). Sistema de Información para la población Desplazada (SIPOD). Recuperado el 26 de Abril de 2011, de <http://www.accionsocial.gov.co/EstadisticasDesplazados/>
- Andrade, J. (2010). Posible Trastorno Bipolar asociado al Desplazamiento Forzado , en reclusos del centro penitenciario de la ciudad de Calarcá en el departamento del Quindío. Recuperado el 2 de marzo de 2011, de [PsicologiaCientifica.com: http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-450-1_investigacion-posible-trastorno-bipolar-asociado-al-desplaza.html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-450-1_investigacion-posible-trastorno-bipolar-asociado-al-desplaza.html)
- Andrade, J. (2011). Psychopathological effects of the Colombian armed conflict in families forcibly displaced resettled in the municipality of Cairo in 2008. Extraído el 27 de noviembre de 2010 desde <http://www.revistaorbis.org.ve/pdf/20/art5.pdf>
- Andrade, J.; Agudelo, L.; Ramírez, D.; Romero, N. (2011). Relationship between indicators of social adjustment problems and a possible bipolar affective disorder (bad) in female-headed households in a situation of forced displacement in the city of Armenia in 2010. www.revistaorbis.org.ve 18 (7) 58-81. Extraído el 12 de Marzo de 2011 desde <http://www.revistaorbis.org.ve/18/art3.pdf>
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). DSM-IV TR (Diagnistic and Statical Manual of mental Disorders) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Autores Varios., Ed. Masson, Barcelona.
- Baro, I. M. (1984). Guerra y Salud Mental. Recuperado el 26 de Marzo de 2011, de <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/MBaro-Guerra%20y%20salud%20mental.pdf>
- Bowlby, J. (1998). El apego y la pérdida II. La separación. Editorial Paidós, 3ra reimpresión. Buenos Aires.
- Campos, J. (2002). Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos. Recuperado el Julio de 2011, de [Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/pdf/09.%20Trastornos%20afectivos.pdf](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/pdf/09.%20Trastornos%20afectivos.pdf).
- CIE-10. (1999). Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Editorial Médica Panamericana, Madrid - España.
- CODHES. (2011). ¿Consolidacion de que?: informe sobre desplazamiento, conflicto armado y derechos humanos en Colombia en 2010. Número 77. Bogotá: Consultoria para los derechos humanos y el desplazamiento.
- Chemama, R. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. Paris: Amorrortu.
- Derogatis, L. R. (2002). Manual SCL-90-R: Cuestionario de 90 Síntomas. Madrid: TEA Ediciones.

- Fairbairn, R. (1975). Estudio Psicoanalítico de la Personalidad. Editorial Horné. Buenos Aires: Argentina.
- Foucault, Michael (1977). La voluntad de saber, Editorial Siglo Veintiuno.
- Gobernacion del Quindio. Comportamiento del Quindio como receptor y expulsor de población por municipio con corte al 31 de Diciembre de 2010 (Acción Social). Recuperado el 9 de Marzo de 2011, de Accion Social: http://www.quindio.gov.co/home/docs/items/item_165/Estadista2010.pdf
- Hernandez, S. R. Fernandez, C. Baptista, P. (1991). Metodología de la investigación. Mexico: McGraw Hill.
- Maturana, H. (1990). Emociones y Lenguaje en Educacion y Politica. Santiago de Chile: Hachette Comunicacion.
- Maturana, H. (1991). La democracia es una obra de arte. Mesa redonda magisterio. Instituto para la democracia Luis Carlos Galán. Bogotá.
- Mendoza, M. E. (Mayo de 2004). Impacto de la guerra en la vida de las mujeres del suroccidente colombiano. Aproximaciones a un dignóstico de los impactos de la guerra sobre los DESC de las mujeres en la región Suroccidente de Colombia . Cali, Colombia.
- Morrison, J. (2009). DSM-IV Guia para el diagnóstico clínico. México, D.F. : Manual moderno.
- MSF-Holanda. (2006). Vivir con Miedo: El ciclo de la Violencia en Colombia , 3-48.
- MSF. (2009). Vidas destrozadas: la atencion médica inmediata, vital para las victimas de violencia sexual. Bruselas: Centro operacional de Bruselas.
- Mutis, L. H. (2010). La investigacion como metodologia. Recuperado el 12 de Marzo de 2011, de www.D10Z.com
- ONU. (2010). Declaracion de la Experta Independiente de las Naciones Unidas sobre Cuestiones de las minorias, Señora Gay McDougall Conclusiones Preliminares de su visita oficial a Colombia (1 al 12 de febrero)). Bogotá D.C.
- Pécaut, D. (2001). Guerra contra la sociedad. Bogota: Editorial Planeta Colombiana.
- Pécaut, D. (2003). Violencia y Politica en Colombia: Elementos de reflexión. Medellin: Hombre Nuevo Editores.
- Serna, C. M. (2008). Familia, destierro y tragedia. Virtualia, 1-4.
- Sullivan, H. S. (1963). La Fusion de la Psiquiatria y de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Editorial Psique.
- Velasquez, J.F; [et al.].(2008). Conflicto armado: memoria, trauma y subjetividad. Medellín : La Carreta Editores, Nueva Escuela Lacaniana NEL.

Zegarra, H.(2007). Trastorno de somatizacion Trastorno por somatizacion,Somatizacion.
Paceña de Medicina Familiar , 144-148.

Zuleta, E. (1991). Colombia, Violencia, democracia y derechos humanos. Medellín: Hombre
Nuevo Editores.