

## Estilo de vida y estrés postraumático en mujeres desplazadas víctimas de abuso sexual en Santa Marta, Colombia

Lifestyle and post-traumatic stress disorder in displaced women victims of sexual abuse in Santa Marta, Colombia

Fernando Robert Ferrel Ortega<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7411-3516>

Lucía Fernanda Ferrel Ballestas<sup>2,3</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1802-6404>

Cielo Victoria Cañas-Herazo<sup>4</sup> <https://orcid.org/0000-0003-2107-3842>

Mayra Alejandra Barros Hernández<sup>4</sup> <https://orcid.org/0000-0002-3818-5528>

Humberto Yáñez Canal<sup>4</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0127-7880>

<sup>1</sup>Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia.

<sup>2</sup>Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia.

<sup>3</sup>Universidad del Atlántico. Barranquilla, Colombia.

<sup>4</sup>Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Psicología. Santa Marta, Colombia.

\* Autor para la correspondencia: [fferrel@unimagdalena.edu.co](mailto:fferrel@unimagdalena.edu.co)

### RESUMEN

**Introducción:** El fenómeno del desplazamiento forzoso en Colombia es una consecuencia de la violencia ejercida por diversos actores armados ilegales que afectan la estabilidad de un determinado sector de la población y del país.

**Objetivo:** Identificar la relación entre estilo de vida y estrés postraumático en un grupo de mujeres desplazadas víctimas de abuso sexual.

**Métodos:** Investigación descriptiva correlacional, con diseño transversal y muestreo intencional. Población constituida por 100 mujeres desplazadas víctimas de abuso sexual, de la que se tomó muestra intencional de 20 mujeres, de entre 20 y 55 años de edad, que aceptaron participar y otras 20 mujeres desplazadas. Se aplicó el *Cuestionario fantástico de estilo de vida*

y la *Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático*. Para el análisis estadístico se hicieron análisis descriptivos, se aplicó la prueba T de student para diferencia de medias y Rho de Spearman para determinar la intensidad de la correlación entre las dos variables estudiadas.

**Resultados:** Luego de un tiempo de reexperimentación de 1 a 5 años, el 80 % de las mujeres desplazadas víctimas de abuso sexual se encontraban en nivel crónico grave de estrés postraumático, a diferencia del 35 % de mujeres desplazadas no víctimas. El 40 % de las mujeres desplazadas víctimas de abuso sexual presentaron un estilo de vida inadecuado, a diferencia del 15 % de las mujeres desplazadas no víctimas.

**Conclusiones:** El impacto negativo del trastorno de estrés postraumático perdura más en las mujeres que han sufrido una doble victimización que aquellas que solo sufrieron desplazamiento forzoso. Esta difícil situación afecta indudablemente la salud y el estilo de vida de esta población, aunque en el presente estudio no se comprobó correlación entre estilo de vida y estrés postraumático.

**Palabras clave:** estilo de vida; trastornos; estrés postraumático; poblaciones vulnerables; violencia sexual; desplazamiento.

## ABSTRACT

**Introduction:** The phenomenon of forced displacement in Colombia is a consequence of the violence perpetrated by various illegal armed actors affecting the stability of a particular sector of the population and the country.

**Objective:** To identify the relationship between lifestyle and post-traumatic stress disorder in a group of displaced women who were victims of sexual abuse.

**Methods:** Descriptive correlational research with cross-sectional design and intentional sampling. Population constituted by 100 displaced women victims of sexual abuse, in which it was taken an intentional sample of 20 women, between 20 and 55 years old who accepted to participate, and other 20 displaced women. It was applied the *Fantastic questionnaire of lifestyle* and the *Post-traumatic stress disorder's symptoms severity scale*. For the statistical analysis, descriptive analyzes were made, it was applied the student's T test for difference of means, and Spearman's Rho to determine the intensity of the correlation between the two variables studied.

**Results:** After a 1 to 5 years' time of re-experiencing, 80% of displaced women victims of sexual abuse were in severe chronic level of post-traumatic stress disorder, unlike the 35 % of non-victim displaced women. The 40 % of the displaced women victims of sexual abuse presented an inadequate lifestyle, unlike the 15 % of the non-victims displaced women.

**Conclusions:** The negative impact of post-traumatic stress disorder lasts more in women who have suffered a double victimization than in those who only suffered forced displacement. This difficult situation undoubtedly affects the health and lifestyle of this population, although in the present study there was no evidence of correlation between lifestyle and post-traumatic stress disorder.

**Keywords:** lifestyle; disorders; post-traumatic stress disorder; vulnerable populations; sexual violence; displacement.

Recibido: 06/02/2018

Aceptado: 02/11/2018

## Introducción

El fenómeno del desplazamiento forzoso en Colombia es consecuencia de la violencia ejercida por diversos actores armados ilegales que afectan la estabilidad de un determinado sector de la población y del país. El Registro de la Unidad de Víctimas (RUV)<sup>(1)</sup> reporta que los Departamentos en donde con mayor número de personas afectadas por el desplazamiento forzado son Antioquia (924 140 personas), Bolívar (411 610), Magdalena (328 660), Chocó (273 420) y Nariño (239 107); en estos cinco departamentos se concentra el 45 % del total de víctimas de desplazamiento. El Distrito de Santa Marta, capital del Departamento del Magdalena, es uno de los que recoge la mayor parte de esta población.

A nivel psicosocial, los desplazamientos suelen generar el rompimiento de los estilos de vida (EV) generando deterioro de la unión familiar, de las relaciones sociales y culturales, de la estabilidad laboral, de las oportunidades educativas, entre otros. Este deterioro limita el acceso a necesidades vitales del grupo como la comida, el refugio y la atención en salud, haciéndolos

aún más vulnerables frente a los actos de violencia, como ataques armados, desapariciones y violaciones. Sin embargo, son las mujeres, niñas y niños los más vulnerables a los abusos en contra de los derechos humanos, sobre todo a la violencia sexual y de género.<sup>(2)</sup>

El desplazamiento forzado impacta de manera diferente a hombres y mujeres, aunque es ligeramente mayor en mujeres que en hombres. Por cada 96 hombres hay 100 mujeres desplazadas; pero, en cuanto a edad y género, entre la población dependiente (menores de 15 años y de 60 años y más) predominan los hombres (104 hombres por cada 100 mujeres) y entre la población económicamente activa prevalecen las mujeres (83 hombres por cada 100 mujeres). Esta característica señala un nuevo riesgo psicosocial, como la prematura jefatura de hogar femenina monoparental y la viudez entre las adultas. Este fenómeno puede acrecentar la vulnerabilidad provocada por el desplazamiento, dadas las desventajas y obstáculos que afrontan las mujeres víctimas por su condición de género y de madres, convirtiéndose así en un mecanismo de transmisión intergeneracional de pobreza.<sup>(1)</sup>

En este marco social, los EV de la población desplazada tienden a cambiar en su nuevo lugar de residencia o asentamiento vital como consecuencia de las experiencias traumáticas vividas, porque son aspectos que no deben ser vistos en forma estática y aislada, sino en forma integral, incluyendo su contexto social, económico, político y cultural. De esta manera, los comportamientos y hábitos de vida condicionan la salud y la situación de las personas, los que se forman por decisiones individuales, influencias del entorno y grupos sociales de los que forman parte.<sup>(3)</sup>

El EV se puede concebir como un constructo teórico generalizado acerca de la forma en que se entiende el modo de vivir, expresado en comportamiento, principalmente en costumbres, aunque este concepto también es modificado porque influyen en él la situación de la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales.<sup>(4)</sup> Sin embargo, los seres humanos han estado experimentando tragedias y desastres a lo largo de toda su existencia, lo que impacta negativamente en su vida cotidiana, les debilita o destruye su EV y los vuelve propensos a desarrollar trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Esta experiencia traumática puede originar un aprendizaje emocional para proteger al individuo de nuevas situaciones similares, sin embargo, genera tres tipos de síntomas: rememoración (o reexperimentación), hiperactivación fisiológica y evitación (junto con embotamiento afectivo). Las imágenes del hecho traumático quedan grabadas en una memoria emocional debilitada y

vuelven a reexperimentarse una y otra vez con gran viveza, aun en contra de la voluntad de la persona, a pesar del paso del tiempo y con todo el detalle, como si estuviera sucediendo otra vez (*flashback*).<sup>(5)</sup>

De manera similar, los procesos cognitivos se alteran, disminuye la capacidad de concentración, memoria, toma de decisiones, y produce reacciones emocionales severas, con intensas respuestas de ansiedad (preocupación, miedo intenso, falta de control, alta activación fisiológica, evitación de situaciones relacionadas, entre otras), irritabilidad, ira, tristeza, culpa y otras emociones negativas. Esto ocasiona una activación fisiológica intensa, un malestar psicológico acompañado de una hipervigilancia continua que evidencia un alto nivel de estrés, como si volviera a repetirse la situación traumática, o pudiera repetirse en cualquier momento, ocasionando como consecuencia agotamiento, emociones intensas, pensamientos irracionales, sesgo atencional (pensando lo mismo todo el tiempo), sesgo interpretativo (se viven como amenazantes y se evitan aquellos estímulos que antes eran neutros), por lo que aumenta la ansiedad, la impotencia, la debilidad, el agotamiento, entre otras.<sup>(6)</sup>

En la mayoría de las ocasiones, estos eventos traumáticos que resultan incontrolables e inesperados y golpean de manera penetrante la sensación de seguridad y autoconfianza del individuo, provocan intensas reacciones de vulnerabilidad y temor hacia el entorno, como sucede con el caso del abuso sexual.<sup>(6,7)</sup> Diversos estudios realizados en Colombia relacionan el EV con la salud y la enfermedad, como el realizado por *Pardo y Núñez*,<sup>(8)</sup> que muestra el impacto positivo en los EV y la salud de un grupo de mujeres adultas, como consecuencia de la aplicación adecuada de una estrategia de salud. *Triviño y otros*<sup>(9)</sup> destacan la relación entre el EV y los riesgos cardiovasculares en un grupo de trabajadores universitarios.

*Echenique y otros*<sup>(10)</sup> subrayan la prevalencia significativa de TEPT en la población desplazada por la violencia. *Botelho y Conde*<sup>(11)</sup> reportan niveles de “alertamiento” emocional que favorecen el deterioro de la memoria en adultos desplazados por la violencia con y sin diagnóstico positivo de TEPT. *Amar y Ocampo*<sup>(12)</sup> estudiaron un grupo de víctimas de la violencia en la pareja, que mostraron ansiedad somática, miedo intenso de volver a experimentar las situaciones de abuso y una marcada respuesta de excitación; de ahí que plantearan que la violencia de pareja se relaciona con el TEPT y la capacidad de adaptación.

En el mismo sentido, *Alejo y otros*,<sup>(13)</sup> hallaron una presencia significativa de TEPT en un grupo de adultos desplazados por la violencia política en Colombia, diferenciándose según su edad,

escolaridad y morbilidad física. *Ochoa* y otros,<sup>(14)</sup> describen el TEPT como la principal perturbación psíquica en víctimas de abuso sexual en más de un tercio de las víctimas, en una población denunciante con y sin este trastorno.

De la misma manera, *Andrade*<sup>(15)</sup> realizó un estudio con el objetivo de identificar las alteraciones de la salud mental más prevalentes en 36 familias reasentadas en el Municipio del Cairo, Valle del Cauca, que sufrieron desplazamiento como consecuencia del conflicto armado. El autor encontró que las secuelas psicológicas del conflicto perduran en estas poblaciones, sobre todo, en las mujeres, aun cuando disminuya, por algún motivo, la inseguridad de su entorno, configurando cuadros psicopatológicos comórbidos.

En el estudio realizado por *Echeburúa* y otros,<sup>(16)</sup> en España, en el País Vasco, sobre la evaluación del daño psicológico en víctimas de delitos violentos, a quienes se les aplicó la Escala de Gravedad de Síntomas,<sup>(17)</sup> hallaron que la mitad de esas víctimas padecían TEPT, con una frecuencia mayor en las víctimas de agresión sexual y de terrorismo que en las de violencia familiar y que, en general, las tasas de prevalencia del TEPT en los diferentes tipos de víctimas fueron altas en todos los casos.

A pesar de la situación descrita, se conoce poco sobre la situación de las víctimas de abuso sexual (ASx) que han sufrido algunas mujeres desplazadas en Colombia, lo que podría estar afectando su EV y salud mental durante el proceso de reasentamiento. De ahí que el objetivo del presente estudio sea identificar la relación entre el Estilo de Vida y el Trastorno de Estrés Postraumático en un grupo de mujeres desplazadas víctimas de abuso sexual, con el fin de aportar a su conocimiento e intervención psicosocial, en el marco de la Ley 1616/2013 o Ley de Salud Mental vigente en Colombia.<sup>(18)</sup> Esta legislación busca preservar la salud mental considerándola un derecho fundamental de los ciudadanos que debe ser garantizado por el Estado.

El TEPT tiene un gran impacto en las mujeres desplazadas y víctimas de ASx en Colombia y tiende a alterar también su EV en el nuevo asentamiento familiar. Esta es una situación que debe ser objeto de estudio permanente con fines de atención integral inmediata, en concordancia con la reciente Ley 1719/2014,<sup>(19)</sup> sobre violencia sexual relacionada con el conflicto, la que tipifica este tipo de violencia como crimen de guerra y de lesa humanidad.

## Métodos

### Tipo de estudio y participantes

Estudio de corte transversal de tipo descriptivo-correlacional, con muestreo no probabilístico, que incluyó a 40 mujeres víctimas de desplazamiento forzoso, ocasionado por el conflicto armado colombiano. De las 40 participantes en el estudio, 20 eran solo desplazadas y 20 eran además víctimas de ASx, con un tiempo de ocurrencia del hecho victimizante de 1 a 5 años. Todas fueron identificadas como víctimas de desplazamiento forzoso y asistentes al Programa de atención psicosocial de la Defensoría del Pueblo del Distrito de Santa Marta durante el año 2014.

Las edades oscilaron entre 20 y 55 años, bajo nivel de escolaridad (solo Primaria), estrato socioeconómico bajo (0-1), provenientes de diversos Municipios del Departamento del Magdalena y reasentadas en la ciudad de Santa Marta. Dentro de los criterios de inclusión se consideró: rango de edad (20 a 55 años), estar registradas en la Defensoría del pueblo, ser reconocidas como víctimas de desplazamiento forzoso y víctimas de ASx, y no padecer trastornos psiquiátricos.

### Variables de estudio e instrumentos

Se evaluaron dos variables: Estilos de Vida (niveles de excelente, bueno, regular y malo), y Trastorno de Estrés Postraumático (sub-escalas de reexperimentación, evitación y de hiperactivación). Para ello se aplicaron dos Cuestionarios:

1. Cuestionario FANTÁSTICO, diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá (1996), que es uno de los instrumentos más utilizados e idóneos para el estudio del EV. Este consta de 25 ítems cerrados, que identifica y mide los componentes que constituyen un factor de riesgo y que sean susceptibles de modificación, evaluando nueve dominios diversos, físicos, psicológicos y sociales como: familia/amigos, actividad física, nutrición, tabaco/toxinas, alcohol, sueño/cinturón de seguridad/estrés, tipo de personalidad, interior (ansiedad, preocupación, depresión), carrera o labores.

El Cuestionario utiliza tres opciones de respuesta de 0 a 2 para cada categoría y se califica mediante escala tipo Likert de 0 a 100 puntos, estructurando cinco niveles de calificación del comportamiento: < 39 puntos = existe peligro, 40 a 59 puntos = malo, 60 a 69 puntos = regular, 70 a 84 puntos = bueno, 85 a 100 puntos = excelente EV. Esto indica que cuanto menor sea la puntuación, mayor es la necesidad de cambio. En general, la interpretación de los resultados es:

- Excelente = EV es una influencia óptima para su salud
- Bueno = EV es solo una influencia adecuada para la salud
- Regular = EV es un beneficio para su salud, aunque, también, presenta riesgos
- Malo y existe peligro = EV plantea muchos factores de riesgo.

Este cuestionario se validó en jóvenes estudiantes, en trabajadores y pacientes de consulta clínica general, y fue adaptado por un Panel de profesionales de la Salud, en sujetos mexicanos, españoles y brasileros.<sup>(20,21)</sup> Además, se probó en otros países y con diferentes poblaciones de jóvenes y adultos (Canadá, México, Colombia, Argentina), en los que mostró su validez y confiabilidad adecuada. En Colombia ha sido superior al 0,67 del total de ítems.<sup>(22)</sup>

2. Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).<sup>(17)</sup> Esta escala funciona como una entrevista estructurada y sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del TEPT, según los criterios diagnósticos del DSM-V. Está estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3 puntos, según la frecuencia e intensidad de los síntomas y consta de 17 ítems: 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala global, de 0 a 15 en la subescala de la reexperimentación, de 0 a 21 en la de evitación, y de 0 a 15 en la de activación. Presenta un coeficiente de fiabilidad test-retest de 0,89 ( $p < 0,001$ ) y un índice de consistencia interna alfa de *Cronbach* de 0,92 en población clínica y general. Su validez se definió por el grado en que los ítems de este cuestionario cubren los criterios diagnósticos del DSM-IV. En cuanto a la validez convergente, se estableció



una correlación biserial puntual entre la puntuación total de la escala y la presencia o no del TEPT, alta y significativa ( $r = 0,82$ ;  $p > 0,001$ ).

### **Procedimiento de aplicación**

Las dos pruebas fueron autoaplicadas bajo la supervisión de los investigadores en la sala de espera de la Defensoría del Pueblo del Distrito de Santa Marta, Colombia, durante el segundo semestre del año 2014.

### **Análisis estadístico**

Se realizaron análisis descriptivos, se utilizó la prueba T de student de una muestra para el contraste de medias y el estadístico Rho de Spearman para determinar la intensidad de la correlación entre las dos variables estudiadas.

### **Aspectos éticos**

Los investigadores obtuvieron el permiso de la entidad participante, Defensoría del Pueblo, para poder realizar el estudio como parte del Convenio Interinstitucional para realizar prácticas profesionales en psicología. Sin embargo, a pesar que el estudio no generó riesgos para la salud de las participantes, se tuvo en cuenta lo consignado en la Resolución 8430/1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y en la Ley 1090/2006 por la cual se reglamenta el Código Deontológico y Ético del psicólogo en Colombia, en especial cuando se trata del trabajo con humanos. Por lo que cada participante recibió la información sobre los objetivos del estudio y firmaron el consentimiento informado.

### **Resultados**

#### **Estilo de vida**

Los resultados destacaron que ninguna de las participantes se hallaba dentro del EV denominado *existe peligro*. Sin embargo, una mayor proporción de mujeres desplazadas víctimas de ASx presentaron un estilo de vida *malo*, a diferencia de las mujeres desplazadas no

víctimas en las que esta proporción fue menor. Esto indica que existe un mayor deterioro de la salud y del EV de las mujeres desplazadas víctimas de abuso sexual (Tabla 1).

**Tabla 1-** Estilo de vida de mujeres desplazadas víctimas y no víctimas de abuso sexual

| Suceso traumático                       | Estilo de vida | Frecuencia | Porcentaje |
|---|----------------|------------|------------|
| Desplazadas<br>víctimas de abuso sexual | Malo           | 8          | 40         |
|   | Regular        | 11         | 55         |
|   | Bueno          | 1          | 5          |
| Desplazadas<br>no víctimas              | Malo           | 3          | 15         |
|   | Regular        | 6          | 30         |
|   | Bueno          | 9          | 45         |
|   | Excelente      | 2          | 10         |

Como se visualiza en la tabla 1, entre las víctimas de ASx no hubo presencia de un EV *excelente*, a diferencia de un grupo de mujeres no víctimas que sí lo presentaron. La mayoría de ambos grupos de mujeres presentaron un estilo de vida regular, aunque algunas no víctimas presentaron también un estilo de vida bueno, lo que indicaría el impacto negativo del ASx en el EV de estas mujeres y su lenta recuperación en el nuevo lugar de asentamiento.

De otra parte, al observar los intervalos de confianza para la diferencia de medias, con nivel de confianza del 95 %, se encontró que los intervalos de valor son mayores en las no víctimas, por lo que se afirma que las desplazadas no víctimas de ASx tienen un mejor EV que las que lo han sido. Al respecto, se halló que el nivel crítico del contraste en  $p = 0.000$  (bilateral) es menor que  $\alpha = 0,05$ , tanto para las desplazadas que han sido víctimas de ASx como para las que no, por lo que el estadístico de prueba se encuentra en la región crítica. Se puede decir entonces, que hay suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis de que no existen diferencias significativas en los dos grupos, de modo que con un 95 % de confianza se puede afirmar que las desplazadas no víctimas tienen un mejor EV en comparación a las víctimas de ASx.

### Niveles de estrés postraumático por fases

De acuerdo con la tabla 2, todas las participantes del estudio se encontraron en un nivel crónico de reexperimentación, ya que presentaron síntomas después de tres meses de haber ocurrido el evento traumático. Para los criterios de análisis, y debido a la varianza en el tiempo de ocurrencia del evento traumático, se establecieron tres categorías: de 1 a 5 años, de 6 a 10 años y desde 11 años o más.

Se puede observar que, a medida que transcurre el tiempo, los niveles de reexperimentación van disminuyendo en la población víctima de ASx, mientras que se incrementan en la población desplazada no víctima de abuso sexual. Esta tendencia que se mantuvo en el lapso de más de 10 años en la población no víctima de ASx, no apareciendo datos en ese intervalo de tiempo en la población desplazada víctima de ASx.

**Tabla 2** - Contingencia entre tiempo de ocurrencia y reexperimentación

| Suceso traumático       | Tiempo de ocurrencia     |                                  | Reexperimentación |                  |               |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------------|-------------------|------------------|---------------|
|                         |                          |                                  | Crónico leve      | Crónico moderada | Crónico grave |
| Víctima de abuso sexual | De 1 a 5 años            | Recuento                         | 0                 | 1                | 16            |
|                         |                          | % dentro de tiempo de ocurrencia | 0                 | 6 %              | 94 %          |
|                         | De 6 a 10 años           | Recuento                         | 0                 | 2                | 1             |
|                         |                          | % dentro de tiempo de ocurrencia | 0                 | 67 %             | 33 %          |
| No víctimas             | De 1 a 5 años            | Recuento                         | 0                 | 1                | 7             |
|                         |                          | % dentro de tiempo de ocurrencia | 0                 | 13 %             | 88 %          |
|                         | De 6 a 10 años           | Recuento                         | 0                 | 3                | 4             |
|                         |                          | % dentro de tiempo de ocurrencia | 0                 | 43 %             | 57 %          |
|                         | Desde hace 11 años o más | Recuento                         | 1                 | 2                | 2             |
|                         |                          | % dentro de tiempo de ocurrencia | 20 %              | 40 %             | 40 %          |

Al observar los intervalos de confianza al 95 % para la diferencia de medias, se pudo constatar que los intervalos de valor son mayores en las desplazadas víctimas de abuso sexual. Por lo que se puede afirmar que estas mujeres tienen una mayor reexperimentación del suceso traumático que las no víctimas.

Se encontró también, que el nivel crítico del contraste en  $p = 0,000$  (bilateral), es menor que  $\alpha = 0,05$ , tanto para las desplazadas que fueron víctimas de ASx como para las que no lo fueron. De aquí que el estadístico de prueba se encuentra en la región crítica. Por lo que se puede plantear, que existe la suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis de que no existen diferencias significativas en los dos grupos. De manera que, con un 95 % de confianza se puede afirmar que tanto las desplazadas no víctimas como las desplazadas víctimas de ASx tienen una reexperimentación del suceso traumático.

Respecto a la evitación del hecho traumático de desplazamiento y ASx en el grupo de mujeres participantes, la tendencia fue similar a la fase de reexperimentación (Tabla 3). A medida que pasa el tiempo va disminuyendo su impacto en los dos grupos de mujeres desplazadas por la violencia. Sin embargo, se puede observar que las víctimas de ASx sufren un impacto mayor en los primeros 5 años del hecho victimizante, al mostrar un nivel crónico grave de evitación. Esta situación va disminuyendo de los 6 a 10 años del hecho, a diferencia de las no víctimas de ASx, cuyos niveles son mayores a los de las víctimas de ASx a medida que pasa un tiempo mayor a 6 años.

Es necesario aclarar que no se hallaron datos de las víctimas de ASx mayor a 11 años de ocurrencia del hecho, debido a que no se encontró este rango de tiempo entre las participantes en el estudio.

**Tabla 3** - Contingencia entre tiempo de ocurrencia y evitación

| Suceso traumático       | Tiempo de ocurrencia     |                                  | Evitación    |                  |               |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------|------------------|---------------|
|                         |                          |                                  | Crónica leve | Crónica moderada | Crónica grave |
| Víctima de abuso sexual | De 1 a 5 años            | Recuento                         | 0            | 0                | 17            |
|                         |                          | % dentro de tiempo de ocurrencia | 0            | 0                | 100 %         |
|                         | De 6 a 10 años           | Recuento                         | 0            | 1                | 2             |
|                         |                          | % dentro de tiempo de ocurrencia | 0            | 33 %             | 67 %          |
| No víctimas             | De 1 a 5 años            | Recuento                         | 0            | 1                | 7             |
|                         |                          | % dentro de tiempo de ocurrencia | 0 %          | 13 %             | 88 %          |
|                         | De 6 a 10 años           | Recuento                         | 1            | 1                | 5             |
|                         |                          | % dentro de tiempo de ocurrencia | 14 %         | 14 %             | 71 %          |
|                         | Desde hace 11 años o más | Recuento                         | 1            | 0                | 4             |
|                         |                          | % dentro de tiempo de ocurrencia | 20 %         | 0 %              | 80 %          |

En cuanto al aumento de activación, después de ocurrir el evento traumático de desplazamiento, se observa que la tendencia fue similar a las fases anteriores (Tabla 4). A medida que pasaba el tiempo disminuían los problemas de activación en las víctimas de ASx y, por el contrario, en las desplazadas no víctimas de ASx se mantenía la activación. Se encontró que en el lapso de 1 a 5 años después del evento traumático de ASx, la totalidad de estas mujeres se encontraban en un nivel crónico grave de activación, mientras que, en ese mismo período de tiempo, era menor

la cantidad de mujeres no víctimas de ASx que tenían ese nivel. Pero, a medida que el lapso de tiempo era mayor, de 6 a 10 años del desplazamiento forzoso, las víctimas de ASx tenían menor nivel de activación del hecho traumático que las no víctimas de ASx.

**Tabla 4** - Contingencia entre tiempo de ocurrencia y aumento de la activación

| Suceso traumático       | Tiempo de ocurrencia     |                                  | Aumento de la activación |               |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|---------------|
|                         |                          |                                  | Crónica moderada         | Crónica grave |
| Víctima de abuso sexual | De 1 a 5 años            | Recuento                         | 0                        | 17            |
|                         |                          | % dentro de tiempo de ocurrencia | 0 %                      | 100 %         |
|                         | De 6 a 10 años           | Recuento                         | 1                        | 2             |
|                         |                          | % dentro de tiempo de ocurrencia | 33 %                     | 67 %          |
| No víctimas             | De 1 a 5 años            | Recuento                         | 1                        | 7             |
|                         |                          | % dentro de tiempo de ocurrencia | 13 %                     | 88 %          |
|                         | De 6 a 10 años           | Recuento                         | 1                        | 6             |
|                         |                          | % dentro de tiempo de ocurrencia | 14 %                     | 86 %          |
|                         | Desde hace 11 años o mas | Recuento                         | 1                        | 4             |
|                         |                          | % dentro de tiempo de ocurrencia | 20 %                     | 80 %          |

Al observar los intervalos de confianza para la diferencia de medias en el caso suceso traumático (desplazamiento), con un nivel de confianza del 95 %, se visualiza en la tabla 5 que los intervalos de valor son mayores en la Escala de gravedad del trastorno de estrés postraumático (EG - TEPT), por lo que se señala que esta tiene un mayor impacto en el EV que el suceso traumático.

Se halló que el nivel crítico del contraste  $p = 0,000$  (bilateral), es menor que  $\alpha = 0,05$ , tanto para el suceso traumático (desplazamiento) como para EG-TEPT, por lo que el estadístico de prueba se encuentra en la región crítica. Por lo tanto, hay suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula (no existen diferencias significativas en los dos grupos), de modo que con un 95 % de confianza se puede afirmar que la EG - TEPT en relación al suceso traumático (desplazamiento) tiene un mayor impacto en el EV.

De acuerdo a los resultados arrojados por el coeficiente de correlación Rho de Spearman no se encontró relación significativa entre el EV y los factores indicadores de EPT (Tabla 5). Esto muestra, que después de pasado un tiempo aproximado de 5 años, el impacto del ASx en el EV

de las víctimas es mínimo, porque está intentando adaptarse adecuadamente a su nueva situación. Sin embargo, su condición de desplazada logra tener un impacto negativo mayor a medida que transcurre el tiempo.

**Tabla 5** - Grado de relación existente entre el estilo de vida y estrés postraumático

| Suceso Traumático    | Sub variables            | Rho de Spearman             | Reexperimentación | Evitación | Aumento de la activación | Estilo de vida |
|----------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------|-----------|--------------------------|----------------|
| Víctima abuso sexual | Re experimentación       | Coefficiente de correlación | 1,000             | 0,546(*)  | 0,546(*)                 | -0,028         |
|                      |                          | Sig. (bilateral)            | --                | 0,013     | 0,013                    | 0,908          |
|                      |                          | N                           | 20                | 20        | 20                       | 20             |
|                      | Evitación                | Coefficiente de correlación | 0,546(*)          | 1,000     | 1,000(**)                | 0,-159         |
|                      |                          | Sig. (bilateral)            | 0,013             | --        | --                       | 0,504          |
|                      |                          | N                           | 20                | 20        | 20                       | 20             |
|                      | Aumento de la activación | Coefficiente de correlación | 0,546(*)          | 1,000(**) | 1,000                    | -0,159         |
|                      |                          | Sig. (bilateral)            | 0,013             | --        | --                       | 0,504          |
|                      |                          | N                           | 20                | 20        | 20                       | 20             |
|                      | Estilo de vida           | Coefficiente de correlación | -0,028            | -0,159    | -0,159                   | 1,000          |
|                      |                          | Sig. (bilateral)            | 0,908             | 0,504     | 0,504                    | .              |
|                      |                          | N                           | 20                | 20        | 20                       | 20             |
| No víctima           | Reexperimentación        | Coefficiente de correlación | 1,000             | 0,398     | 0,522(*)                 | 0,345          |
|                      |                          | Sig. (bilateral)            | --                | 0,082     | 0,018                    | 0,136          |
|                      |                          | N                           | 20                | 20        | 20                       | 20             |
|                      | Evitación                | Coefficiente de correlación | 0,398             | 1,000     | 0,487(*)                 | 0,271          |
|                      |                          | Sig. (bilateral)            | 0,082             | .         | 0,029                    | 0,248          |
|                      |                          | N                           | 20                | 20        | 20                       | 20             |
|                      | Aumento de la activación | Coefficiente de correlación | 0,522(*)          | 0,487(*)  | 1,000                    | 0,117          |
|                      |                          | Sig. (bilateral)            | 0,018             | 0,029     | .                        | 0,625          |
|                      |                          | N                           | 20                | 20        | 20                       | 20             |
|                      | Estilo de vida           | Coefficiente de correlación | 0,345             | 0,271     | 0,117                    | 1,000          |
|                      |                          | Sig. (bilateral)            | 0,136             | 0,248     | 0,625                    | --             |
|                      |                          | N                           | 20                | 20        | 20                       | 20             |

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

## Discusión

Al describir el EV, se encontró que ninguna de las participantes se ubicó en el EV *zona de peligro*, pero tampoco presentaron un EV *Excelente*. Sin embargo, entre las mujeres víctimas de ASx, la mayoría presentó un EV *malo o inadecuado y regular*. Estos resultados indican que el ASx deteriora la salud y el EV de las víctimas, generando un impacto negativo y una lenta recuperación y reinserción en la comunidad.

De acuerdo con lo reportado por *Echeburúa* y otros,<sup>(16,7)</sup> todas las participantes de este estudio se encontraban en un nivel crónico, porque presentaban síntomas aun pasado los tres meses de haber ocurrido el evento traumático. Los resultados indican que la mayoría de las víctimas de abuso sexual sufren el trauma de la reexperimentación en niveles graves hasta los 10 años después del evento traumático. Sin embargo, cerca de la mitad de las mujeres víctimas de desplazamiento forzoso extienden el tiempo de reexperimentación hasta los 16 años posteriores al hecho traumático, mostrando la intensidad y el gran impacto en el tiempo que produce el abuso sexual y que probablemente altera sus relaciones interpersonales con el sexo opuesto y su deseo de constituir pareja y familia.

Respecto al grado de relación entre el estilo de vida y el estrés postraumático no se halló correlación significativa, probablemente debido a la presencia de otros factores que mediaron en el transcurso del tiempo como: tiempo de ocurrencia del hecho, existencia de otros posibles eventos de vida, no se cumplieron con los criterios del DSM-V de reexperimentación a los 6 meses, aprendizaje de nuevos patrones de comportamiento social en el nuevo asentamiento de vivienda, persistencia de la pobreza y escasez de oportunidades de desarrollo, entre otros.

Sin embargo, los resultados reafirman la presencia del TEPT en la población participante, como lo señalan otros estudios en población desplazada por la violencia,<sup>(10)</sup> en la disminución de la capacidad de adaptación de población víctima de violencia de pareja<sup>(12)</sup> y en mujeres víctimas de desplazamiento.<sup>(15)</sup> En el presente estudio, el estilo de vida de las participantes se encontró muy afectado, aun cuando habían transcurridos más de 5 años del evento traumático, en especial entre las víctimas de desplazamiento forzoso que también fueron objeto de abuso sexual. No obstante, la condición de desplazada hace que su deterioro perdure más en el tiempo.

Si se considera el estilo de vida como el conjunto de comportamientos que desarrollan las personas en su contexto social, sus modos de expresión, forma y manera de vivir, sus pautas de comportamiento respecto a la salud y la enfermedad, se puede decir que casi la mitad de la población desplazada víctima de abuso sexual, no solo alteró su estilo de vida saludable por el evento traumático sino que, presumiblemente, presente patrones de comportamiento poco saludables en sus hábitos o formas de vida (en nutrición, actividad física, comportamientos de salud, socialización, relación de pareja, entre otros). *Botelho y Conde*<sup>(11)</sup> destacaron los altos niveles de alertamiento emocional que afectan a estas víctimas, y que deben tenerse en cuenta en los programas de atención focalizados a este segmento de la población femenina desplazada, considerando que algunos estudios demostraron el impacto positivo de los estilos de vida en la salud de la población femenina.<sup>(8,9)</sup>

Cabe destacar, que en el presente estudio no se hallaron correlaciones significativas entre el estilo de vida y el estrés postraumático en las mujeres participantes, lo que puede deberse a que el tiempo de ocurrencia del evento traumático en la población participante excedía los 5 años y el tiempo límite de ocurrencia entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas, como lo señalan los criterios diagnósticos del DSM-V para el TEPT, debe ser como mínimo de 6 meses.

Llama la atención, que a pesar de la intensidad del hecho traumático (abuso sexual) en la población femenina desplazada, su impacto en el EV se minimiza aproximadamente a los 10 años, mientras que el trauma del desplazamiento forzoso permanece en la tercera parte de esta población después de pasado este tiempo. Esto podría estar indicando, probablemente, que para las mujeres víctimas de ASx, el desplazamiento forzoso generado por la violencia social que involucra a toda la familia, sea percibido como mucho más traumático que la violación sexual misma en esas circunstancias. Esto, podría darse porque la víctima puede sentirse obligada a evitar u ocultar dicho trauma en la comunidad, quizás por considerarlo como un problema individual, para darle prioridad al drama familiar. Aunque, esta es una problemática que no ha sido abordada en esta investigación.

De modo que se puede concluir que el impacto negativo del TEPT perdura más en las mujeres que han sufrido una doble victimización (desplazamiento forzoso y abuso sexual) que aquellas que sólo sufrieron desplazamiento forzoso. No obstante, a medida que pasa el tiempo, al parecer, los efectos negativos del desplazamiento forzoso (pobreza, marginación, entre otros)



impactan más al núcleo familiar de la víctima, silenciando la problemática del abuso sexual para convertirla en un problema individual de gran impacto en la vida personal de la víctima, en especial en su vida sexual, de pareja y de constitución de una nueva familia. Esta difícil situación afecta indudablemente la salud y el estilo de vida de esta población, aunque en el presente estudio no se comprobó correlación entre estilo de vida y estrés postraumático.

### **Recomendaciones**

Se recomienda continuar la investigación en esta importante temática psicosocial, en especial sobre el impacto psicológico individual y familiar de las mujeres víctimas del desplazamiento forzado y de abuso sexual. Esta población en los últimos años está siendo reconocida y atendida en Colombia mediante programas psicosociales desde la Jurisdicción Especial para la Paz (JEP) y otras organizaciones nacionales e internacionales de salud, con el objetivo de garantizar la salud mental y el fomento de un estilo de vida saludable en esta población doblemente victimizada.

### **Referencias bibliográficas**

1. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Informe Nacional de Desplazamiento forzado en Colombia 1985 a 2012. Bogotá; 2013. [acceso 15/11/2015] <http://www.cjviracastro.org.co/attachments/article/500/Informe%20de%20Desplazamiento%201985-2012%20092013.pdf>
2. Hernández MP. La situación de las mujeres en estado de desplazamiento. Boletín Mexicano de Derecho Comparado; 2008. [acceso 28/11/2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42723039022>
3. Maya L. Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. Costa Rica: Funlibre; 2001. [acceso 08/12/2015]. Disponible en: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
4. Oblitas G. Psicología de la salud y calidad de vida. Ed: Cengage. México; 2010.
5. Conejero S, De Rivera J, Páez D, Jiménez A. Alteración afectiva personal, atmósfera emocional y clima emocional tras los atentados del 11 de marzo. Ansiedad y Estrés 2004

- [acceso 08/12/2015];10(2-3):299-312. Disponible en: [http://www.ehu.es/documents/1463215/1504269/ConejeroAE\(2004\).pdf](http://www.ehu.es/documents/1463215/1504269/ConejeroAE(2004).pdf)
6. Dongil-Collado E. Reestructuración cognitiva: un caso de estrés postraumático. Ansiedad y Estrés 2008 [acceso 15/11/2015];14:265-288. Disponible en: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/trat/Tratamiento\\_cognitivo-conductual\\_caso\\_trastorno\\_estres\\_postraumatico\\_violacion.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/trat/Tratamiento_cognitivo-conductual_caso_trastorno_estres_postraumatico_violacion.pdf)
7. Olivares ME, Sanz-Cortés A, Roa A. Trastorno de estrés postraumático asociado a cáncer. Ansiedad y estrés 2004 [acceso 08/12/2015];10(1):43-61. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1154245>
8. Pardo-Torres MP, Núñez-Gómez NA. Estilo de vida y salud en la mujer adulta joven. Aquichan 2008 [acceso 14/12/2015];8(2):273. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v8n2/v8n2a13.pdf>
9. Triviño LP, Dosman VA, Uribe YL, Agredo RA, Jerez AM, Ramírez R. Estudio del estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de mediana edad. Acta Médica Colombiana 2009 [acceso 14/12/2015];34(4):158-163. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v34n4/v34n4a2.pdf>
10. Echenique C, Medina LM, Medina AR, Ramírez A. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de restablecimiento en Sincelejo. Psicología desde el Caribe. 2008;21:122-135.
11. Botelho S, Conde CA. Memoria emocional y trastorno por estrés postraumático en el contexto del desplazamiento en Colombia. Revista Colombiana Psiquiat. 2011 [acceso 14/12/2015];40(3):457-469. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n3/v40n3a06.pdf>
12. Amar-Amar JJ, Ocampo-Otálvaro LE. Trastorno por estrés post traumático y la capacidad de adaptación de las víctimas de la violencia en la pareja. Psicología desde el Caribe 2012 [acceso 20/10/2015];29(2):227-275 Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123417X2012000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123417X2012000200002&script=sci_arttext)
13. Alejo EG, Rueda G, Ortega M, Orozco LC. Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. Univ. Psychol. 2007 [acceso 17/04/2015];6(3):623-636. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1657-92672007000300014&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1657-92672007000300014&lng=es&nrm=iso)>

14. Ochoa ME, Arteaga J, Contreras LM, Orozco LC. Estrés postraumático y abuso sexual: Estudio descriptivo en víctimas denunciantes, Bucaramanga 2007-2008. Rev. Univ. Ind. Santander 2010 [acceso 17/04/2015];42(1):25-33. Disponible en: [http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072010000100004&lng=es&nrm=](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072010000100004&lng=es&nrm=)

15. Andrade-Salazar JA. 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 Ciencias Humanas. 2011 [acceso 17/04/2015];7(20):111-114. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/709/70922149005.pdf>

16. Echeburúa E, De Corral P, Amor PJ. Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. Psicothema. 2002 [acceso 07/05/2015];14(Suppl 1). Disponible en: <http://www.psicothema.com/resumen.asp?id=3484>

17. Echeburúa E, De Corral P, Amor PJ, Zubizarreta I, Sarasua B. Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés post traumático: propiedades psicométricas. Análisis y Modificación de Conducta. 1997 [acceso 07/05/2015];23(90):503-526. Disponible en: <http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/7-egs.pdf>

18. Congreso de Colombia. Ley 1616 del 21 de Enero de 2013. Por la cual se expide la Ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Colombia; 2013. [acceso 07/05/2015]. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

19. Congreso de Colombia. Ley 1719 de 2014. Por la cual se garantiza el acceso a la justicia a las víctimas de violencia sexual con ocasión del conflicto armado. Colombia; 2014 [acceso 27/05/2015] Disponible en: [https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/ley\\_1719\\_2014.htm](https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/ley_1719_2014.htm)

20. López-Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguía-Miranda C, Hernández-Santiago JL, Casas E. Validez y fiabilidad del instrumento FANTASTIC para medir el estilo de vida de pacientes mexicanos con hipertensión arterial. Aten Primaria. 2000 [acceso 27/05/2015];26(8):542-549. Disponible en:

[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=13056494&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&ty=131&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v33n01a13056494pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13056494&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=131&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v33n01a13056494pdf001.pdf)

21. Rodríguez-Moctezuma R, López-Carmona JM, Munguía-Miranda C, Hernández-Santiago JL, Bermúdez-Martínez M. Validez y consistencia del instrumento "FANTASTIC" para medir estilo de vida en diabéticos. Rev. Med. 2003 [acceso 20/05/2015];41:211-220. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45n4/a04v45n4.pdf>

22. Ramírez VR, Agredo R. Fiabilidad y validez del instrumento "Fantástico" para medir el estilo de vida en adultos colombianos. Rev. salud pública. 2012 [acceso 20/05/2015];14(2)226-237. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a04>

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflicto de intereses.

### Contribuciones de los autores

*Fernando Robert Ferrel Ortega*: asesor teórico-metodológico de la investigación, redacción y ajuste general del artículo final.

*Lucía Fernanda Ferrel Ballestas*: apoyo en la revisión y ajuste de la metodología de la investigación y de la redacción final del artículo.

*Cielo Victoria Cañas-Herazo*: formulación de la propuesta y ejecución del trabajo de campo.

*Mayra Alejandra Barros Hernández*: formulación de la propuesta y ejecución del trabajo de campo.

*Humberto Yáñez Canal*: apoyo en la revisión y ajuste de la concepción teórica del artículo.