

Características sociodemográficas y niveles de resiliencia en un grupo de 48 personas víctimas civiles directas e indirectas de MAP, MUSE y AEI en el marco del conflicto armado colombiano, asistentes al Servicio de Pastoral Social (SEPASVI) en el municipio de Samaniego en Nariño - Colombia.

Autor:

Diego Francisco Chamorro Villota

Programa de Psicología

Asesor:

Juan David Giraldo Rojas

Facultad de derecho, Universidad de Medellín

Julio de 2021

1. Contenido	
2. Resumen ejecutivo	6
3. Introducción	6
Antecedentes	8
El conflicto armado en Colombia.....	8
Conflicto armado en Nariño.....	9
Actualmente Samaniego.....	11
Pregunta de investigacion	14
Objetivos.....	14
Objetivo general	14
Obejtivos específicos.....	14
Justificación.....	15
Alcance del estudio.....	15
4. Marco Teorico	16
Salud	16
Salud mental	16
Conflicto armado	16
Violencia	17
Efectos de la violencia colectiva en el cerebro de las victimas	19
Factores psicologicos asociados a eventos violentos.....	21
Relaciones entre la violencian y los trastornos Psicologicos.....	23
Victima	24
Victima indirecta.	25
Población civil	24
Víctima de MAP MUSE Y AEI.....	27
Mina.....	26
Mina Anti Persona (MAP)	26
Munición sin explosionar (MUSE)	26
Artefacto Explosivo Improvisado (AEI)	26
Uso de minas y su relación con el narcotráfico y el conflicto armado.....	27
Las victimas de minas antipersona	28

Consecuencias psicológicas de la victimización por MAP, MUSE y AEI.	29
El trauma psicológico	30
Estructura psicopatológica del trauma.....	31
El acontecimiento potencialmente traumático.....	31
La experiencia traumática.....	31
La clínica postraumática.....	32
El contexto del trauma.....	32
Modelo del trauma	33
Modelos cognitivos del trauma	33
EL TEPT	34
Trastorno de estrés postraumático complejo	36
El daño psicológico	36
Resiliencia	37
Resiliencia ante la adversidad y el trauma	38
Hipótesis.....	40
5. Método.....	40
Participantes.	40
Instrumentos.	40
CD-Risc 10	40
Cuestionario sociodemográfico.....	41
Microsoft Excel (Version 2016)	41
Metodología.	41
Análisis de datos	41
Aspectos éticos considerados en el estudio.....	42
6. Resultados	42
Datos del cuestionario sociodemográfico en la población.	42
Resultados escala de resiliencia CD-RISC 10 en la población.....	47
7. Discusión.....	57
8. Conclusiones.....	58
9. Recomendaciones para la institución.....	59
10. Propiedad intelectual.	59

11. Referencias bibliográficas.....	60
12. Anexos.....	67

Índice de tablas

Tabla 1. Información Sociodemografica.....	43
Tabla 2. Información recolectada acerca del tipo de víctima y de las lesiones Recibidas	45
Tabla 3. Información recolectada sobre las victimas indirectas.....	46
Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la variable resiliencia.....	48

Índice de figuras

Figura 1. Estructura psicopatológica del trauma psiquico.....	33
Figura 2. Niveles de resiliencia en la población	47
Figura 3. Promedio de resiliencia según tipo de victima	48
Figura 4. Promedio de resiliencia según genero	49

2. Resumen ejecutivo

Las víctimas por minas antipersona en Colombia no cesan y es indispensable para los profesionales que intervienen en la atención para la recuperación de estas víctimas, saber como se caracterizan estas personas para así crear estrategias de intervención y apoyo. Según las cifras de “DescontaMina Colombia” a la fecha de corte 30 de noviembre de 2020 son 11.960 las víctimas ocasionadas por las minas antipersona, de las cuales el 19.5% son víctimas mortales y 80,5% son sobrevivientes, de los cuales el 40% son víctimas civiles. En el presente estudio se hizo un análisis descriptivo de los niveles de Resiliencia y las características sociodemográficas de 48 civiles sobrevivientes víctimas directas e indirectas de Minas Antipersona (MAP) Municion Sin Explodir (MUSE) y Artefactos Explosivos Improvisados (AEI) asistentes al servicio de la Pastoral Social de la Vicaria (SEPASVI) en el municipio de Samaniego en Nariño, Colombia.

Palabras clave: *Conflicto armado, Víctimas, Resiliencia, Trauma psicológico.*

Abstrac.

The victims of antipersonnel mines in Colombia do not cease and it is essential for the professionals who intervene in the care of these victims for their recovery, to know how these people are characterized in order to create intervention and support strategies. According to the figures of "DescontaMina Colombia" as of the cut-off date of November 30, 2020, there are 11,960 victims caused by antipersonnel mines, of which 19.5% are fatalities and 80.5% are survivors, of which 40 % are civilian victims. In the present study, a descriptive analysis was made of the Resilience levels and the sociodemographic characteristics of 48 civilian survivors, direct and indirect victims of Antipersonnel Mines (MAP) Unexploded Munitions (UXO) and Improvised Explosive Devices (IED) assisting in the service of Pastoral Social de la Vicaria (SEPASVI) in the municipality of Samaniego in Nariño, Colombia.

Keywords: Armed conflict, Victims, Resilience, Psychological trauma.

3. Introducción

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, no experimental, de corte transversal y alcance descriptivo donde se aplicó un cuestionario sociodemográfico para identificar las características de la población y la escala de resiliencia tipo Likert CD RISK-10 desarrollada por Campbell-Sills y Stein (2007) y validada en Colombia por Riveros Munévar, F., Bernal Vargas, L., Bohórquez Borda, D., Vinaccia Alpi, S., & Quiceno, J. M. (2016). Para medir los niveles de resiliencia, esto en 48 civiles víctimas directas (22)

e indirectas (26) de MAP, AEI y MUSE, asistentes al Servicio de Pastoral Social (SEPASVI), del municipio de Samaniego en Nariño Colombia. Este proyecto de investigación se hizo con el fin de identificar las características sociodemográficas y los niveles de resiliencia en esta población. El presente proyecto se presenta como requisito de grado para aplicar por el título de Profesional en Psicología de la Universidad de Medellín.

A pesar que ya son 23 años de la firma del tratado de Ottawa, que prohíbe el uso de minas antipersona como armas de guerra, en el mundo siguen en aumento las víctimas de este tipo de armamento, según la Organización de las Naciones Unidas en el informe Landmine Monitor 2019, presentado en la sede de la ONU en Ginebra, en el año 2018 se presentaron 6800 nuevas víctimas en el mundo y, Afganistán, Malí, Birmania, Nigeria, Siria y Ucrania encabezan la lista de países con más registros de nuevas víctimas, a pesar de que se han logrado enormes avances en desminados humanitarios y las demás estrategias para el no uso de minas, observamos que aún se sigue haciendo uso de este tipo de artefactos, según los datos de la ONU el 2018 triplicó las cifras de nuevas víctimas que se notificaron en 2013.

Colombia es el segundo país con más víctimas de MAP, AEI y MUSE en el mundo después de Afganistán, según los datos de la dirección para la acción integral contra las minas antipersonales “DescontaMina Colombia” a la fecha de corte 30 de diciembre de 2020 son 11.975 las víctimas ocasionadas por las minas antipersona, de las cuales el 19.5% son víctimas mortales y 80,5% son sobrevivientes, de los cuales el 40% son víctimas civiles y el 60% militares. Durante el año 2020 hasta el 30 de noviembre, se presentaron 165 nuevas víctimas en el país. En el caso del municipio de Samaniego ubicado en el departamento de Nariño se han documentado hasta la fecha 119 víctimas, 96 civiles y 23 pertenecientes a la fuerza pública, del total de Víctimas 100 sobrevivieron y 19 perdieron la vida. En su mayoría los estudios sobre resiliencia en sobrevivientes víctimas de minas antipersona en el país se han llevado a cabo en la población militar excombatiente pero se ha ahondado menos en la población civil la cual está en medio del conflicto y se ve bastante afectada por este flagelo, como en el municipio de Samaniego donde la mayor parte de las víctimas son civiles y es una zona que aún sigue en conflicto entre varios actores armados.

Este estudio se hizo desde la perspectiva de la psicología positiva, describiremos el daño psicológico y las patologías psicológicas más comunes derivadas del hecho victimizante, nos enfocaremos también en la capacidad de las personas para afrontar y sobrellevar la tragedia más puntualmente en la resiliencia, en Colombia pocos estudios se encontraron midiendo esta variable en este tipo de población específica como es la población de sobrevivientes civiles víctimas directas e indirectas de MAP, MUSE y AEI.

Antecedentes

El conflicto armado en Colombia

Sus continuidades y cambios están relacionados con un sinnúmero de factores. Entre ellos se encuentran la persistencia del problema agrario; la irrupción y la propagación del narcotráfico; las limitaciones y posibilidades de la participación política; las influencias y presiones del contexto internacional; la fragmentación institucional y territorial del Estado. Finalmente, también han estado relacionados, con los cambios y transformaciones del conflicto, los resultados parciales y ambiguos de los procesos de paz y las reformas democráticas. ¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad. (2016).

El primer periodo (1958-1982) marca la transición de la violencia bipartidista a la subversiva, caracterizada por la proliferación de las guerrillas que contrasta con el auge de la movilización social y la marginalidad del conflicto armado. El Segundo periodo (1982-1996) se distingue por la proyección política, expansión territorial y crecimiento militar de las guerrillas, el surgimiento de los grupos paramilitares, la crisis y el colapso parcial del Estado, la irrupción y propagación del narcotráfico, el auge y declive de la Guerra Fría junto con el posicionamiento del narcotráfico en la agenda global, la nueva Constitución Política de 1991, y los procesos de paz y las reformas democráticas con resultados parciales y ambiguos. El tercer periodo (1996-2005) marca el umbral de recrudescimiento del conflicto armado. Se distingue por las expansiones simultáneas de las guerrillas y de los grupos paramilitares, la crisis y la recomposición del Estado en medio del conflicto armado y la radicalización política de la opinión pública hacia una solución militar del conflicto armado. La lucha contra el narcotráfico y su implicación con la lucha contra el terrorismo renuevan las presiones internacionales que alimentan el conflicto armado, aunado a la expansión del narcotráfico y los cambios en su organización.

El cuarto periodo (2005-2012) marca el reacomodo del conflicto armado. Se distingue por una ofensiva militar del Estado que alcanzó su máximo grado de eficiencia en la acción contrainsurgente, debilitando, pero no doblegando la guerrilla, que incluso se reacomodó militarmente. Paralelamente se produce el fracaso de la negociación política con los grupos paramilitares, lo cual deriva en un rearme que viene acompañado de un violento reacomodo interno entre estructuras altamente fragmentadas, volátiles y cambiantes, fuertemente permeadas por el narcotráfico, más pragmáticas en su accionar criminal y más desafiantes frente al Estado. (Centro Nacional de Memoria Histórica, s.f)

El acuerdo de paz y desarme firmado en 2016 entre el Gobierno y la principal guerrilla activa en el país, las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC),

supuso un importante paso hacia la consolidación de la paz, si bien no ha resuelto de manera definitiva el conflicto.

Actualmente, varios actores armados siguen operando en distintos puntos del territorio colombiano. Entre ellos la guerrilla del ELN, una de las últimas activas de un país donde llegó a haber hasta cinco operando de manera independiente.

Por otro lado, ‘pequeños grupos criminales vinculados al narcotráfico han ocupado el espacio dejado por la desmovilización de las FARC, haciendo muy compleja cualquier solución al conflicto’(ACNUR, 2018).

El vacío de poder dejado por las antiguas FARC-EP ha provocado enfrentamientos entre otros grupos armados organizados, como el existente entre el ELN y el EPL. Algunos de estos enfrentamientos parecen estar aumentando en intensidad y podrían llegar a constituir nuevos conflictos armados no internacionales (CANIS). Por otra parte, distintas zonas del país se ven afectadas por dinámicas conflictuales relacionadas con grupos armados que se reclaman herederos de las antiguas FARC-EP y manifiestan su intención de no acogerse al proceso de paz. (Comite Internaacional de la Cruz Roja, 2018)

Conflicto armado en Nariño

Las dinámicas del conflicto armado en el departamento de Nariño se caracterizan por una alta intensidad producto de la disputa entre los actores armados con presencia en la zona, lo que se explica por la posición geográfica estratégica del departamento al ser una zona limítrofe con el Ecuador y una salida al Pacífico. Los análisis realizados sobre el conflicto armado en el departamento de Nariño han identificado el narcotráfico como causa determinante del conflicto, aunque no es el único factor, temas como la tierra, la explotación minera, recursos petroleros, la construcción de mega proyectos son igualmente factores determinantes. (Corporacion Nuevo Arco iris, Fordfoundation, et al., 2007)

Las dinámicas recientes del conflicto armado en el departamento de Nariño se enmarcan en un contexto de desarticulación económica de la producción agrícola y fuertes conflictos sociales entre campesinos, colonos, comunidades indígenas y población afrodescendiente, lo cual es agravado por la pobreza de sus habitantes y por la existencia de miles de hectáreas de coca sembradas en la región. Lo anterior se ha sumado a la existencia de seis grupos armados

ilegales, lo que ha llevado a que el departamento se convierta en una de las regiones más violentas de Colombia (Ávila, 2009).

El ELN llegó a Nariño en la década de los 80, cuando conformó algunos cuadros políticos en la cordillera occidental, especialmente en Samaniego. Los problemas del departamento como la pobreza, marginalidad, aislamiento, etc. fueron la base para que esta guerrilla y las FARC expandieran sus ideologías entre los sectores inconformes.

Si bien las dos guerrillas hicieron un trabajo social, la del ELN fue mucho más fuerte y predominó en algunas regiones. En esa década, el ELN empezó su expansión territorial con los frentes Comuneros del Sur, José Luis Cabrera, Manuel Vásquez Castaño y el José María Becerra y logró un área de influencia importante en municipios como Samaniego, Ricaurte, Mallama, Cumbal, Barbacoas, Guachucal, Túquerres, Pupiales, Sandoná, Pasto, Ipiales y Tumaco.

El ELN se afianzó en Nariño a partir de 1989 con la creación del Frente Comuneros del Sur para intensificar su proyecto político-militar y, posteriormente, con la conformación de estructuras móviles en la región, lo que le permitió en un momento ganarle a las FARC en la confrontación que mantenían, ya que desde finales de los 90 estas guerrillas venían enfrentándose por el control del territorio, aunque fue hacia finales de 2006 que se intensificaron los ataques mutuos e, incluso, en 2009, se conoció una alianza del ELN con la estructura emergente “Los Rastrojos” en contra de las FARC. (Alessandro Preti, Astrid Villegas, et al., 2010)

Vale la pena resaltar que, en la actualidad y en relación con el narcotráfico, las regiones Suroccidental (sobre todo Nariño, Cauca y Chocó) y Central (principalmente Antioquia y Norte de Santander), son especialmente críticas pues cada vez más los cultivos se concentran ahí, sumado a que configuran territorios que facilitan corredores estratégicos para el transporte y exportación del alcaloide. Estos factores convierten a estas regiones en especialmente críticas después de que las FARC-EP abandonaron el escenario, y explica la configuración de agrupaciones armadas residuales. (Calero, Quiñones, et al., 2018)

El Suroccidente acaparó el 28% de los laboratorios entre 1998 y 2017.

En general, municipios con acceso a la cordillera occidental, independientemente de que tengan cultivos o no, muy posiblemente registren laboratorios porque sirven de corredor al litoral: Cumbitara, Santander de Quilichao, Samaniego, Dagua, Balboa y Argelia, localidades muy apetecidas por los actores armados, en algunas de las cuales se registran estadísticas elevadas de violaciones a los Derechos Humanos. (Calero, Quiñones, et al., 2018)

El departamento de Nariño está ubicado en una zona estratégica, pues está en la frontera con Ecuador, tiene salida al océano Pacífico, tiene acceso al norte del país

por la cordillera y las montañas del sur del Cauca, por ello es uno de los territorios más disputados por los grupos ilegales dedicados al narcotráfico.

Las comunidades que habitan en la cordillera como Samaniego, Policarpa, Cumbitara y El Rosario, en el sur como Cumbal e Ipiales y en la Costa Pacífica denuncian abandono estatal y señalan que los grupos armados volvieron a imponer la ilegalidad como la única vía de supervivencia a través de los cultivos ilícitos. (Radio Nacional de Colombia, 2019)

De acuerdo con la Fiscalía, en Nariño hay al menos una docena de grupos armados organizados y al margen de la ley. El ente investigador ha detallado cada uno de los nombres de las estructuras que estarían detrás de la guerra por el control del narcotráfico y de las armas.

Se trata del *'clan del Golfo'* o *autodefensas Gaitanistas de Colombia*, *'E-30 Franco Benavides'*, *los 'Cuyes'*, *'Los nuevos delincuentes'*, *'La gente del nuevo orden'*, *'Guerrillas unidas del Pacífico'*, *'Guerrillas unidas del sur'*, *'Contadores'*, *'Los de Sabalo'* y *'La Empresa'*, así como *disidentes de las Farc 'Óliver Sinisterra'*, además de *miembros del Eln* y de *una facción del EPL* que aparece de manera intermitente. También, un grupo llamado *'Resistencia campesina'*. Se recalca, además, que fuerzas de paramilitares están en esos grupos armados organizados y grupos delictivos organizados. (El tiempo, 2020).

Actualmente Samaniego

Samaniego es un territorio apetecido por los grupos armados ilegales dada su ubicación estratégica, en el centro-occidente del departamento, lo que permite la movilidad militar y operacional hacia la frontera ecuatoriana, el litoral Pacífico por la vía Pasto-Tumaco, y hacia la cordillera Occidental, camino al departamento de Cauca. De acuerdo con el más reciente informe de monitoreo de territorios afectados por cultivos ilícitos de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNDOC), que revisa la situación de 2019, esta población es uno de los enclaves de producción de hoja de coca con crecimiento de hectáreas sembradas en los últimos cuatro años, aunque no precisa en cifras.

Desde los años ochenta, el Eln, a través de diversas estructuras ligadas al Frente de la Guerra Suroccidental, ha tenido presencia en la región y para mantener su hegemonía tuvo que enfrentar a las extintas Autodefensas Unidas de Colombia (AUC), que se movieron por esta zona con el Frente Libertadores del Sur entre los años 2000 y 2005. Las extintas Farc también hicieron presencia desde la década de los noventa hasta su dejación de armas a principios de 2017.

Entre las conclusiones más importantes de la Alerta Temprana N° 032-19 se encuentra la necesidad de que el Estado ejerciera presencia integral en la región: “Desde la firma del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, la presencia de la guerrilla de las FARC-EP en el municipio de Samaniego y las acciones bélicas propias de la misma, disminuyeron de manera contundente; sin embargo, las bajas capacidades de las autoridades estatales para hacer presencia integral en los territorios y con ello generar garantías de seguridad en las zonas abandonadas por el mencionado grupo, han permitido el fortalecimiento gradual y posicionamiento del ELN en zona rural de este municipio”. El primero en apoderarse del territorio es el Eln, ratifica un líder social. “Pero luego en los años 2018 y 2019, cuando hay incumplimiento por parte del Estado a los compromisos con las Farc, muchas disidencias y muchas personas que trabajaban con esta guerrilla, llegan al territorio en otras estructuras” (Verdad abierta, 2020).

Se trata de disidencias del Frente 29 de las Farc, que se alejaron del Acuerdo de Paz; de las Autodefensas Gaitanistas de Colombia (AGC), llamadas por las autoridades ‘*Clan del Golfo*’; y una suerte de pequeñas estructuras criminales que buscan sacar réditos de las economías ilegales. Sobre todos ellos gravitan las relaciones comerciales con los carteles mexicanos Sinaloa y Jalisco Nueva Generación, que adquieren el alcaloide que se produce en la región. (Verdad abierta, 2020).

De acuerdo con Informes de Riesgo de la Defensoría del Pueblo, el ingreso paramilitar tenía el propósito de disputarle a las FARC en Tumaco y al ELN en Samaniego, el control de los laboratorios para el procesamiento de alcaloides y rutas de embarque de cocaína, ubicados en la zona suroccidental y suroriental del municipio, en los corregimientos de Llorente y La Espriella, en orillas de los ríos Mira y Mataje, y en menor medida disputarles el control sobre las plantaciones de coca. (Fundación ideas para la Paz, Organización internacional para las migraciones, et al., 2014)

Como estrategia de combate y en defensa de los cultivos ilícitos y laboratorios para el procesamiento de cocaína en esta localidad los diferentes grupos armados han optado por sembrar Minas Antipersonales y Artefactos Explosivos Improvisados con el fin de proteger sus intereses atentando así contra el Derecho Internacional Humanitario.

Ante esta situación, la comunidad no se ha quedado en silencio y en 2006 creó la Comisión Impulsora de Desminado Humanitario. Con la facilitación de la Alcaldía de Samaniego y el Llamamiento de Ginebra, organización que hace parte de la campaña

internacional para la prohibición de minas, la Comisión ha presentado solicitudes al Gobierno nacional.

Actualmente se presta asistencia a la población en el tema de minas desde la red de organizaciones que trabajan a favor de las víctimas como Pastoral Social, la Campaña Colombiana Contra Minas, el Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR, la Cruz Roja Colombiana y la Fundación Restrepo Barco. Sin embargo, esta atención resulta insuficiente y no abarca el territorio completo debido a circunstancias geográficas, de presupuesto y de orden público. (Alessandro Preti, Astrid Villegas, et al., 2010)

Algunos estudios anteriores en resiliencia.

En el estudio “Imagen corporal, estrés percibido y resiliencia en militares amputados del conflicto armado interno en Colombia” se intentó determinar los niveles y la relación entre la satisfacción con la imagen corporal, el estrés percibido y la resiliencia en soldados amputados víctimas del conflicto armado interno en Colombia. Se trató de un estudio cuantitativo, transversal, de alcance correlacional, con la participación de 22 militares colombianos que fueron víctimas del conflicto armado interno y con algún grado de amputación. Para cada soldado se aplicó el Cuestionario Multidimensional de Auto-Relaciones Corporales (MBSRQ), Estrés Percibido (EEP-14) y la Escala de Resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC 10). Los resultados muestran puntajes altos en conductas dirigidas a mantener la forma física, atractivo físico autoevaluado y apariencia física, puntajes bajos en estrés y puntajes con altas tendencias en resiliencia. (Herrera, Carvajal, et al., 2018).

En el estudio “Factores psicológicos después de una amputación traumática en sobrevivientes de minas terrestres: el puente entre la curación física y la recuperación total” hecho por Angela D. Ferguson, Beth Sperber Richie, María J Gómez (2004), en el cual el propósito era comprender mejor los ajustes psicológicos que hacen las personas en su recuperación de una lesión por minas terrestres, se realizó un estudio cualitativo exploratorio para determinar los factores que contribuyen a la recuperación de una persona. El estudio examinó los aspectos psicosociales, las estrategias de afrontamiento y las características de resiliencia de los sobrevivientes de la pérdida de una extremidad en diferentes contextos culturales, sociales y económicos.

Se entrevistó a 85 participantes (68 personas con pérdida de una extremidad, 10 familiares, siete proveedores de servicios) utilizando un protocolo semiestructurado en los EE. UU. Y un formato abierto en seis países afectados por las minas terrestres. El análisis de datos se completó utilizando estrategias analíticas de teoría fundamentada.

Los datos indicaron que la aceptación de los sobrevivientes de la pérdida de una extremidad y su estado de recuperación psicológica se vieron muy influenciados por las

características de resiliencia del individuo, el apoyo social, la atención médica, la situación económica y las actitudes sociales hacia las personas con discapacidades.

En el estudio “Afectaciones Psicológicas, Estrategias de Afrontamiento y Niveles de Resiliencia de Adultos Expuestos al Conflicto Armado en Colombia” se determinaron las afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de 677 adultos expuestos al conflicto armado en un municipio colombiano. Los participantes del estudio fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio por afijación proporcional. Se aplicaron el cuestionario de síntomas, prueba de estrés postraumático y escalas de estrategias de afrontamiento y resiliencia. Las principales afectaciones psicológicas encontradas son el sentimiento de que alguien trata de hacerle daño, consumo de alcohol, alteraciones del estado de ánimo y síntomas de estrés postraumático. Las estrategias de afrontamiento más empleadas son la religión y esperar que las cosas se arreglen solas. El nivel de resiliencia es moderado. La percepción de salud es baja y la necesidad de atención es alta. (Ramírez, Juárez, et al., 2016).

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características sociodemográficas y niveles de resiliencia en la población de víctimas civiles, directas e indirectas de MAP, MUSE y AEI asistentes al Servicio de Pastoral Social (SEPASVI) en el municipio de Samaniego en Nariño, Colombia?

Objetivos

Objetivo general

- Describir las características sociodemográficas y los niveles de resiliencia en la población de víctimas civiles directas e indirectas de MAP, MUSE Y AEI asistentes al Servicio de Pastoral Social (SEPASVI) en el municipio de Samaniego en Nariño - Colombia.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de las víctimas de MAP, MUSE, AEI, asistentes al SEPASVI en el municipio de Samaniego

- Medir los niveles de resiliencia en las víctimas directas e indirectas de MAP, MUSE, AEI, asistentes al SEPASVI en el municipio de Samaniego.
- Describir los niveles de resiliencia según las características sociodemográficas de la población.

Justificación

Colombia es el segundo país con más víctimas de MAP, AEI y MUSE en el mundo después de Afganistán, según las estadísticas de la dirección para la acción integral contra las minas antipersonales y el programa del gobierno “DescontaMina Colombia” a la fecha de corte 30 de noviembre de 2020 son 11.960 las víctimas ocasionadas por las minas antipersona, de las cuales el 19.5% son víctimas mortales y 80,5% son sobrevivientes, de los cuales el 40% son víctimas civiles. En el departamento de Nariño hasta la fecha de corte se han presentado 1008 casos de víctimas de minas, de los cuales 651 han sido civiles y 357 pertenecientes a la fuerza pública. En lo corrido de 2020 hasta el 30 de noviembre, se han presentado 150 nuevas víctimas en el territorio Colombiano. En el caso del municipio de Samaniego ubicado en el departamento de Nariño se han documentado hasta la fecha de corte 119 víctimas, 96 civiles y 23 pertenecientes a la fuerza pública, del total de Víctimas 100 sobrevivieron y 19 perdieron la vida. Dadas estas circunstancias, esta investigación es pertinente para la comunidad científica porque nos permite describir desde la metodología científica las características sociodemográficas así como verificar el estado actual en el que se encuentra esta población de civiles víctimas del conflicto armado en Colombia en cuanto a los niveles de resiliencia, nos permite ser punta de lanza para investigar más acerca de las capacidades del ser humano para sobrellevar la adversidad así como para crear estrategias de intervención que nos ayuden a potenciar esas capacidades en esta población y que beneficien la salud mental y reparación de estas víctimas, también es importante para el País ya que interviene en las políticas públicas de salud mental así como para visualizar estrategias para la atención y reparación de este tipo de víctimas del conflicto armado colombiano, y es importante para la sociedad por que aborda una de las problemáticas pertenecientes al postconflicto como es la atención y reparación de las personas que han sido víctimas de la violencia armada, en especial a las víctimas de MAP, MUSE y AEI.

Alcance del estudio

El estudio es cuantitativo, de alcance descriptivo, no experimental de corte transversal.

4. Marco Teorico

Salud

Según la OMS, «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N.º 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

Salud mental

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. OMS (2013),

En Colombia, la ley 1616 del 21 de enero de 2013 “como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”. (Congreso de la República de Colombia, 2005)

Conflicto armado

Se entiende por conflicto armado todo enfrentamiento protagonizado por grupos armados regulares o irregulares con objetivos percibidos como incompatibles en el que el uso continuado y organizado de la violencia: a) provoca un mínimo de 100 víctimas mortales en un año y/o un grave impacto en el territorio (destrucción de infraestructuras o de la naturaleza) y la seguridad humana (ej. población herida o desplazada, violencia sexual, inseguridad alimentaria, impacto en la salud mental y en el tejido social o disrupción de los servicios básicos); b) pretende la consecución de objetivos diferenciables de los de la delincuencia común y normalmente vinculados a demandas de autodeterminación y autogobierno, o

aspiraciones identitarias; oposición al sistema político, económico, social o ideológico de un Estado o a la política interna o internacional de un gobierno, lo que en ambos casos motiva la lucha para acceder o erosionar al poder; o control de los recursos o del territorio. (Ballesteros, & ECP, 2016).

Por su parte la Cruz Roja Internacional (2008), toma los lineamientos del Derecho Internacional Humanitario para definir jurídicamente el conflicto armado no internacional, siendo aquel que se gesta entre grupos gubernamentales y grupos no gubernamentales de manera prolongada.

El artículo tres común del Convenio de Ginebra de 1949, plantea varias características que se deben cumplir para distinguir un conflicto armado de otras clases de violencia, a) las hostilidades deben tener un nivel mínimo de intensidad, siendo de índole colectiva y donde el Gobierno emplea la fuerza militar a causa de la insuficiencia de la fuerza policiaca; y b) los grupos armados no gubernamentales están sujetos a una estructura de mando y capacidad de ejecutar operaciones militares. El Protocolo adicional II, añade una característica al artículo tres común, donde el conflicto armado ejerce control sobre un territorio, permitiendo operaciones militares prolongadas, concentradas, se desarrolla entre fuerzas gubernamentales y fuerzas armadas disidentes. (CICR, 2008)

Para Dan Smith (2000), que fuera director del Instituto Internacional de Investigación sobre la Paz, de Oslo (PRIO), los conflictos armados son confrontaciones abiertas y armadas entre dos o más partes centralmente organizadas, con continuidad de enfrentamientos, y en disputas sobre el poder gubernamental y el territorio.

Violencia

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La violencia colectiva es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos; genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos; terrorismo; crimen organizado.

No existe un factor que explique por sí solo por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace, ni por qué una comunidad se ve desgarrada por la violencia mientras otra comunidad vecina vive en paz. La violencia es un fenómeno sumamente complejo que hunde sus raíces en la interacción de muchos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos.

El Informe mundial sobre la violencia y la salud recurre a un «modelo ecológico» para intentar comprender la naturaleza polifacética de la violencia. Dicho modelo, que empezó a utilizarse a finales de la década de 1970 para estudiar el maltrato de menores y se aplicó ulteriormente a otras áreas de investigación de la violencia, está todavía en fase de desarrollo y perfeccionamiento como instrumento conceptual. Su principal utilidad estriba en que ayuda a distinguir entre los innumerables factores que influyen en la violencia, al tiempo que proporciona un marco para comprender cómo interactúan. El modelo permite analizar los factores que influyen en el comportamiento (o que aumentan el riesgo de cometer o padecer actos violentos) clasificándolos en cuatro niveles.

- En el primer nivel se identifican los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de los individuos y aumentan sus probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos. Entre los factores que pueden medirse o rastrearse se encuentran las características demográficas (edad, educación, ingresos), los trastornos psíquicos o de personalidad, las toxicomanías y los antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato.
- En el segundo nivel se abordan las relaciones más cercanas, como las mantenidas con la familia, los amigos, las parejas y los compañeros, y se investiga cómo aumentan éstas el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos. En la violencia juvenil, por ejemplo, tener amigos que cometan o alienten actos violentos puede elevar el riesgo de que un joven los sufra o los perpetre.
- En el tercer nivel se exploran los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el vecindario, y se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos. A este nivel, dicho riesgo puede estar influido por factores como la movilidad de residencia (por ejemplo, el hecho de que las personas de un vecindario tiendan a permanecer en él durante largo tiempo o se trasladen con frecuencia), la densidad de población, unos niveles altos de desempleo o la existencia de tráfico de drogas en la zona.
- El cuarto nivel se interesa por los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia, como la posibilidad de conseguir armas y las normas sociales y culturales. Entre éstas se incluyen las que conceden prioridad a los derechos de los padres sobre el bienestar de los hijos, consideran el suicidio una opción

personal más que un acto de violencia prevenible, reafirman la dominación masculina sobre las mujeres y los niños, respaldan el uso excesivo de la fuerza policial contra los ciudadanos o apoyan los conflictos políticos. En este nivel, otros factores más generales son las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades económicas o sociales entre los grupos de la sociedad. (Organización Mundial de la Salud, 2002)

Es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos; guerras; genocidio, represión, desapariciones, tortura y otras violaciones de los derechos humanos; terrorismo; conflictos políticos y crimen organizado. (Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003)

Por otra parte se encuentra Bandura (2001) cuya teoría emerge desde el positivismo en la Psicología como una propuesta entre el determinismo ambiental y la actividad cognitiva del sujeto, donde éste aprende por el principio de modelamiento o por observación, de este modo denomina su modelo como la teoría del aprendizaje social, en la que no se manifiesta directamente los conceptos de agresión o violencia, sin embargo su teoría plantea que todo comportamiento se gesta dentro de una dinámica de respuestas a estímulos concretos, estas asociaciones se cristalizan bajo claves contextuales y se interiorizan en el marco comportamental del sujeto, es decir que se hacen parte de un patrón de comportamiento que se refuerza constantemente, dicho comportamiento se genera a través de un proceso interno que es influido por distintos agentes sociales que el autor denomina como: las influencias familiares, las influencias subculturales y el modelamiento simbólico. (Argemí, Rueda, 2002)

En relación a la violencia colectiva se entiende como la interacción social que causa daño a personas o a objetos, esta violencia implica al menos dos autores que generen daño y al menos se incluya una víctima, su dinámica presenta atributos como la extra-institucionalidad, la masividad y acciones de carácter público. (Tilly, 2007)

“Los perpetradores de la violencia colectiva no se caracterizan por una personalidad psicopatológica, sino que son sujetos que comparten fuertemente ciertas normas y valores ideológicos” (Páez, Fernández, Ubillos & Zubieta, 2004).

Efectos de la violencia colectiva en el cerebro de las víctimas

Hablar de violencia es referirse a un estado de dominancia y sumisión, un estado que conlleva a infringir dolor de tipo físico, emocional, familiar, sexual y todas las

variables que conlleven a desmejorar la calidad de vida de aquellas personas que están sometidas a estos eventos desestabilizadores de su realidad, no obstante, detrás de esas agresiones comienzan a prevalecer un número de alteraciones cerebrales que inhiben un adecuado afrontamiento ante una diversidad de estímulos amenazantes.

Blair (2010) argumenta que la sobre-activación de la amígdala conlleva a que sujetos inmersos en estados de violencia presenten un riesgo mayor de inadaptabilidad social, situación que suele generar un estado de agresión proactiva, característica que se enmarca en el comportamiento antisocial que viene precedido por una alteración en la amígdala y el hipotálamo, generando, de esta manera, una reducción en la actividad reguladora frontal que conlleva a que estos sujetos no presenten un adecuado procesamiento de la información y que su toma de decisiones esté sujeta a los estímulos amenazantes.

Por otro lado, Rudebeck, Bannerman y Rushworth (2008) manifiestan que un daño en la corteza frontal ventromedial (VMFC) va a generar cambios a nivel emocional, así como en el comportamiento social; daño que se encuentra relacionado con la violencia e inadaptación en diversidad de contextos. Los autores argumentan que los sujetos con este tipo de daño no procesan de manera asertiva los estímulos que están en su ambiente, asociando una posible disfunción en la corteza orbitofrontal, la cual también se encuentra relacionada con la agresión y la emoción, sin embargo, los autores manifiestan la necesidad de tomar estos datos con precaución, ya que no hay un papel claro de la corteza orbitofrontal en el procesamiento de la información emocional.

Tatjana et al. (2007), en una investigación con 97 personas con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático, encontraron que las experiencias traumáticas como la tortura y la guerra llevan a cambios cerebrales funcionales y estructurales que son detectables en la dinámica cortical. Los autores manifiestan que hay un compromiso de la ínsula, implicada en la percepción del dolor, la atención, y emoción; esto lleva a inferir que los sujetos con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático no presentan la capacidad o estrategias de afrontamiento necesarias para responder ante diversos estímulos amenazantes, posiblemente sus respuestas ante el ambiente que perciben como aversivo no sea la más asertiva posible, situación que deja entrever la necesidad de un tratamiento que permita mejorar su calidad de vida, con el objetivo de prevenir conductas violentas o que no estén adaptadas en sus contextos inmediatos.

Para Bresan, et al. (2009), en su investigación sobre un grupo de personas diagnosticadas con Trastorno de Estrés Postraumático en contextos de violencia urbana, encontraron que estos sujetos se encuentran afectados en aspectos neuropsicológicos en memoria y atención, sus estudios de neuroimagen develan los posibles mecanismos que subyacen a la fisiopatología del estrés postraumático, especialmente cuando se está inmerso en un contexto de violencia, los autores manifiestan un fracaso en la actividad reguladora de la corteza prefrontal, amígdala e hipocampo que llevan a inferir que

sucesos violentos desestabilizan el estilo de vida de las personas a nivel familiar, social y por supuesto cerebral. (Hurtado y Serna, 2012)

Factores psicológicos asociados a eventos violentos

La violencia y la crueldad de los conflictos se asocian a diversos problemas psíquicos y comportamentales, como depresión y ansiedad, conductas suicidas, abuso del alcohol y trastorno por estrés postraumático. Además, los traumas psíquicos pueden manifestarse en forma de comportamientos alterados y antisociales como conflictos familiares y agresiones a otras personas. Esta situación se exagera a menudo por el acceso a las armas y por el acostumbramiento de las personas a la violencia tras una larga exposición a los conflictos. Aun así, la repercusión de éstos sobre la salud mental es sumamente compleja e imprevisible. Influyen en ella numerosos factores, como la naturaleza del conflicto, el tipo de trauma y angustia experimentados, el contexto cultural, y los recursos que los individuos y las colectividades aportan en estas situaciones. (OPD & OMS, 2002)

“El conflicto armado genera afectaciones físicas, emocionales y afectivas en las personas involucradas, altera la salud mental tanto individual como colectiva no solo de forma inmediata, sino también a largo plazo” (Guerrero, Juárez, et al., 2015).

Además, ‘los estudios muestran que las afectaciones más significativas están relacionadas con estrés postraumático, ansiedad y depresión, ideación suicida, ataques de pánico, consumo de sustancias psicoactivas’ (Alejo, Rueda, Ortega, et al., 2007).

Adicionalmente, se identifica la disminución de los niveles de calidad de vida, la ruptura de las redes sociales y afectivas, la modificación de los roles familiares y el desarraigo cultural.

Los estudios internacionales, que han revisado las afectaciones en salud mental de las personas víctimas del conflicto armado, evidencian que las prevalencias de vida de los síntomas del trastorno de estrés postraumático (tept), ansiedad y depresión son 7.0%, 32.6% y 22.2%, respectivamente, y señalan que esta prevalencia se asocia con la exposición al trauma subyacente (Husain et al., 2011). Revisiones sistemáticas de estudios realizados en los que participaron personas expuestas al conflicto armado y desplazamiento en 40 países, observaron prevalencias del 30.6% de tept y del 30.8% de trastorno depresivo mayor. (Steel, et al., 2009)

En estudios con víctimas del conflicto armado, se han encontrado como principales impactos psicológicos: trastornos de estrés postraumático, del estado de ánimo, de ansiedad y depresión, por fobia, por consumo de alcohol con patrón no especificado, y riesgo o intento suicida (Aristizábal et al., 2012; Bell, et al., 2012;

Campo et al., 2014; Charry, 2011; Gómez, et al., 2016; Hewitt, et al., 2016; Londoño, et al., 2005; Ramírez, Hernández, et al., 2017).

Los estudios representativos en Colombia con población adulta víctima del conflicto armado, reportan comorbilidad entre tept, ansiedad y depresión (Bell et al., 2012). Además, una prevalencia de síntomas de ansiedad entre el 25.7% al 32.5%, de trastorno de somatización entre 61% y 73.8%, abuso de alcohol (23.8% a 38.1%) y trastornos de la alimentación entre 4.7% y 11.9% (Londoño, Romero, & Casas, 2012). También, se ha confirmado que un año después de la exposición a los hechos victimizantes, las afectaciones psicológicas más presentadas son el tept (37 %), el trastorno de ansiedad generalizada (43%), la depresión mayor (38%) y el riesgo de suicidio 45%. (Guerrero, Juárez, et al., 2015).

Con relación a la salud mental de las personas expuestas al conflicto se observa que presentan prevalencias más elevadas de trastornos mentales en general y en particular trastornos de ansiedad; además, refirieron mayores niveles de sentimientos de angustia o depresión e infelicidad. (Correa, Eugenia, et al., 2017)

Según Martín-Baró (2001), La guerra como evento traumático, tiene un impacto significativo en el aparato psíquico de las personas que se evidencian a diferentes niveles y afecta diversas áreas, entre ellos encontramos el individuo, la familia, así como también un determinado grupo o una organización.

Los efectos inmediatos: Según Martín-Baró (2001), la sintomatología observada inmediatamente después de un evento traumático tiene diferentes manifestaciones psíquicas, como reacciones depresivas, reacciones agresivas, trastornos del sueño, episodios psicóticos transitorios, dificultades de concentración, confusión y culpa, como también procesos de duelo alterados. De igual forma se presentan trastornos en el funcionamiento familiar tales como la pérdida de la estructura familiar, pérdida de los límites del sistema familiar. Y en relación con los trastornos de conducta se pueden observar problemas de aprendizaje, alteraciones en la alimentación y conductas antisociales.

Los efectos a mediano plazo o a largo plazo: La sintomatología que se puede presenciar a largo plazo con periodos de uno a quince años puede ser vista por estructuras individuales y familiares crónicamente depresivas, el silencio y la negación son las formas más frecuentes de interacción, se encuentran fuertes sentimientos de culpa, en la comunicación familiar hay un gran predominio del aislamiento y comportamiento evasivo, además de una dificultad para satisfacer las necesidades básicas debido a su discapacidad, así como también se encuentra aislamiento por parte de la red social y política, como consecuencia de la estigmatización y el ser víctima de la guerra (Lira & Arestivo, 1994).

Relaciones entre la violencia y los trastornos Psicológicos

Desde la perspectiva psicosocial, las experiencias traumáticas pueden tener un carácter individual o colectivo. Martín Baró, habla del trauma psíquico y del trauma social, que refieren al impacto que esos hechos colectivos pueden tener en los procesos históricos o en una determinada comunidad o grupo.

Específicamente con respecto a los efectos psicosociales de la experiencia traumática, la literatura especializada ha documentado que entre las afectaciones más frecuentes en las víctimas de violencia sociopolítica se destacan: vulnerabilidad para el afrontamiento de situaciones de crisis, ruptura emocional con su identidad, cambios en la relación con el cuerpo, privatización u ocultamiento del sufrimiento por temor a no ser comprendidas o a ser señaladas, vivencias de estigmatización, atribución de culpa por los hechos, dificultades para el establecimiento de relaciones de pareja estables, pérdida de la confianza y credibilidad en el Estado y sus instituciones, alejamiento de las actividades de liderazgo social, ruptura de los lazos de arraigo con su comunidad, transmisión de los efectos del trauma a las futuras generaciones (transmisión transgeneracional del trauma), sensación de pérdida del proyecto de vida, temor a la libre expresión, aislamiento social, dificultad para conectarse con sus hijos, sensación de pérdida del control sobre la propia vida, menoscabo de la empatía, y fractura de los referentes de seguridad como las creencias de invulnerabilidad, la confianza en otros y el carácter controlable y predecible del mundo. (Lozano, 2016)

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Colombia la presencia de síntomas emocionales y trastornos mentales entre las víctimas del conflicto es bastante alta; se ha identificado que hasta un 63% presenta algún tipo de sintomatología clínica significativa, y hasta el 33% cumple con los criterios para el diagnóstico de un trastorno mental (Campo-Arias, Oviedo, et al., 2014).

Restrepo, et al. (2016) describieron y contrastaron las prevalencias de algunos problemas y trastornos mentales de la población adulta en Colombia según la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM, 2015).

En estudios con víctimas del conflicto armado, se han encontrado como principales impactos psicológicos: trastornos de estrés postraumático, del estado de ánimo, de ansiedad y depresión, por fobia, por consumo de alcohol con patrón no especificado, y riesgo o intento suicida (Aristizábal et al., 2012; Bell et al., 2012; Campo, et al., 2014; Lozano, 2011; Gómez, et al., 2016; Hewitt, et al., 2016; Londoño, et al., 2005; Ramírez, Hernández, et al., 2017). Adicionalmente, se ha identificado disminución de los niveles de calidad de vida, ruptura de las redes sociales y afectivas, modificación de los roles familiares y desarraigo cultural (Alejo, Rueda, Ortega, y Orozco, 2007; Larizgoitia et al., 2014). La presencia de daño psicológico, incluso cinco años después de las vivencias de las situaciones de violencia, evidencian el daño prolongado y real en términos de salud mental, teniendo en cuenta los impactos transgeneracionales de los

traumas, especialmente en este tipo de vivencias (Charry-Lozano, 2011), cuestión que se agudiza según el tipo de violencia experimentada, la convivencia en el mismo contexto con los victimarios y el desplazamiento forzado (Gómez Restrepo, et al., 2016; Ramírez, et al., 2017; Morina, Rushiti, et al., 2010; Steel, et al., 2009; Siriwardhana, y Stewart, 2012; Jurado, et al., 2017). Estos problemas de salud mental, como consecuencia de la violencia, requieren consideraciones psicosociales específicas para la formulación de planes integrales de intervención (Jaung, Jani, et al., 2017; Jegannathan, Kullgren, et al., 2015).

Estos estudios proporcionan evidencias relacionadas con la salud mental en situaciones de post-conflicto (Bell et al., 2012). Sin embargo, son pocos los estudios que además de describir las afectaciones psicológicas producto del conflicto armado evalúen los recursos psicológicos que caracterizan a las personas expuestas a dichas situaciones, como son las estrategias de afrontamiento y los niveles de resiliencia que permitan diseñar y desarrollar programas de atención psicosocial ajustados a las necesidades particulares de las víctimas directas e indirectas del conflicto armado. (Guerrero, Juárez, et al., 2015)

Población civil

Según el Diccionario del Español jurídico y la RAE, la población civil es la parte de la población que no es combatiente, no puede ser objeto de ataque y goza de una protección general contra los peligros derivados de operaciones militares. (Congreso de la República de Colombia, 2013)

Victima

Según la declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder, adoptada por la Asamblea General de la ONU en su resolución 40/34, de 29 de noviembre de 1985, Se entenderá por "víctimas" las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder.

Podrá considerarse "víctima" a una persona, con arreglo a la presente Declaración, independientemente de que se identifique, aprehenda, enjuicie o condene al perpetrador e independientemente de la relación familiar entre el perpetrador y la

víctima. En la expresión "víctima" se incluye, además, en su caso, a los familiares o personas a cargo que tengan relación inmediata con la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización. (Declaración de las Naciones Unidas, 1985).

En Colombia según la Ley 975 del 2005 de Justicia y Paz, en el artículo 5 define a las víctimas así:

La persona que individual o colectivamente haya sufrido daños directos tales como lesiones transitorias o permanentes que ocasionen algún tipo de discapacidad física, psíquica y/o sensorial (visual y/o auditiva), sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo de sus derechos fundamentales. Los daños deberán ser consecuencia de acciones que hayan transgredido la legislación penal, realizadas por miembros de grupos armados organizados al margen de la ley.

En el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, Ley de víctimas y restitución de tierras la define de la siguiente manera: Se consideran víctimas, para los efectos de esta ley, aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1o de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno. Para los efectos de la definición contenida en el presente artículo, no serán considerados como víctimas quienes hayan sufrido un daño en sus derechos como consecuencia de actos de delincuencia común. (Congreso de Colombia, 2011)

Víctima indirecta.

Echeburúa (2004) citado en Ramires, L. (2020) señala dos tipos de posibles víctimas: (a) las víctimas directas o afectados primarios, es decir, las personas afectadas directamente por una agresión o evento traumático; y (b) las víctimas indirectas o secundarias, que son las personas que sufren algún trauma debido, por una parte, a la condición física o sociocultural que viven después de la violencia, o, por otra, por haber sido testigos indirectos, pero no haber sido personalmente afectados — dentro de esta segunda categoría se incluyen los miembros de la familia y personas cercanas a aquellos que han sido afectados de manera directa.

Mina

Por “mina” se entiende todo artefacto explosivo diseñado para ser colocado debajo, sobre o cerca de la superficie del terreno u otra superficie cualquiera y concebido para explotar por la presencia, la proximidad o el contacto de una persona o un vehículo. Congreso de la república de Colombia. (Ley 759-2000. Artículo 1., 2002)

Mina Anti Persona (MAP)

Por “mina antipersonal” se entiende toda mina concebida para que explote por la presencia, la proximidad o el contacto de una persona, y que en caso de explotar tenga la potencialidad de incapacitar, herir y/o matar a una o más personas. Las minas diseñadas para detonar por la presencia, la proximidad o el contacto de un vehículo, y no de una persona que estén provistas de un dispositivo anti manipulación, no son consideradas minas antipersonal por estar así equipadas. (Ley 759-2000. Artículo 1., 2002)

Munición sin explotar (MUSE)

Según el Glosario Nacional Básico General de Términos de Acción Integral contra Minas Antipersonal (2012, pp. 15). MUSE significa: Munición explosiva que ha sido cargada, su fusible colocado, armada o, por el contrario, preparada para su uso o ya utilizada. Puede haber sido disparada, arrojada, lanzada o proyectada, pero permanece sin explotar debido ya sea a su mal funcionamiento, al tipo de diseño o a cualquier otra razón.

Artefacto Explosivo Improvisado (AEI)

Según Glosario Nacional Básico General de Términos de Acción Integral contra Minas Antipersonal (2012, pp. 5), Un AEI es: Un artefacto fabricado de manera artesanal, diseñado con el propósito de causar la muerte o daño físico utilizando el poder de una detonación. Según su objetivo táctico, los Artefactos Explosivos Improvisados (AEI) pueden ser producidos con diferentes tipos de materiales, iniciadores, tamaños y contenedores. Para su fabricación se emplean explosivos comerciales, militares, artesanales o componentes de algún tipo de munición. Típicamente están compuestos por una carga explosiva, un detonador y un sistema de iniciación, pero pueden ser concebidos en combinación con químicos tóxicos, toxinas biológicas, material radioactivo y/o elementos generadores de metralla.

Víctima de MAP MUSE Y AEI.

De acuerdo con la normativa y jurisprudencia nacional e internacional sobre violaciones de Derechos Humanos (DD.HH.) e infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH), son víctimas de MAP y MUSE aquellas personas de la población civil o miembros de la Fuerza Pública que hayan sufrido perjuicios en su vida, su integridad personal, incluidas lesiones físicas o psicológicas, sufrimiento emocional, así como el menoscabo de sus derechos fundamentales, pérdida financiera o deterioro en sus bienes, como consecuencia de actos u omisiones relacionados con el empleo, almacenamiento, producción y transferencia de Minas Antipersonal (MAP). (Oficina del Alto Comisionado para la Paz, 2019)

Uso de minas y su relación con el narcotráfico y el conflicto armado en Colombia.

Las Minas Antipersonal (MAP) son una tragedia para Colombia, están instaladas en una amplia parte del territorio nacional, en especial sobre los campos donde habitan campesinos, colonos, comunidades afrodescendientes e indígenas; no distinguen raza, religión, sexo, edad, combatiente o civil. Son una clara violación a los Derechos Humanos y una infracción al Derecho Internacional Humanitario. (Presidencia de la Republica, s.f)

Colombia a diferencia de países que han sufrido este fenómeno como Afganistán, Camboya y Vietnam, el tipo de mina antipersonal que predomina en este país es la no convencional. Estos artefactos son difíciles de detectar por las herramientas de detección de las fuerzas militares, ya que está fabricado con aleaciones plásticas, por lo que podría permanecer enterrado durante mucho tiempo sin ser detectado, constituyendo una amenaza para la integridad de quienes habitan los territorios declarados a ser sospechoso de la presencia de minas. Jaramillo- Gutierrez, C. A., Londoño-Pineda, A. A., & Vélez Rojas, O. A. (2020).

Las minas impulsaron el desplazamiento forzado, el confinamiento y empobrecieron a la gente porque restringieron los espacios de trabajo y búsqueda de la subsistencia, en especial de las comunidades afrodescendientes e indígenas. Se estima que el 45% del territorio nacional ha estado sembrado de minas, lo cual es un daño que permanecerá por largo tiempo en el campo. En otras palabras, es un pasado que literalmente amenaza con explotar el futuro.

Los niños y las niñas han experimentado la violencia de manera dramática y cruda.

Han muerto o sido víctimas directas en los distintos eventos de la guerra, testigos de primera mano de hechos atroces, y muchos de ellos sobreviven con cuerpos amputados por las minas antipersonal. (Caballero, Colorado, et al., 2013).

Plantar minas antipersonal también ha sido una modalidad típica de la guerrilla, ya que son un arma defensiva no convencional que han usado para frenar las incursiones militares y paramilitares, y, en los años más recientes, para evitar la destrucción de los cultivos ilícitos. (Caballero, Colorado, et al., 2013)

En un contexto de confrontación armada, cultivos ilícitos, debilidad institucional y precarios índices de desarrollo; el uso de minas antipersonal (MAP) y municiones abandonadas sin explotar (MUSE) como parte de las herramientas de guerra utilizadas por los grupos armados irregulares con el fin de eludir los combates directos con la Fuerza Pública, retrasar su avance y causarles bajas sin exponer sus propias tropas; constituye la principal amenaza contra la población civil y la causa más directa de las emergencias humanitarias. Este tipo de artefactos de baja tecnología y presupuesto, tienen un gran impacto sobre las tropas adversarias y permiten a los grupos irregulares –con menor poder de combate-, atacar a las tropas oficiales, crear cercos de protección alrededor de cultivos ilícitos, corredores de movilidad y zonas de descanso y recuperación. Al mismo tiempo, su uso impide la libre movilidad de las comunidades que habitan en territorios minados, pone en permanente riesgo a sus habitantes y restringe el paso de alimentos y otros bienes indispensables para la supervivencia de la población civil. (Escobar, Espinosa, et al., s.f)

Las víctimas de minas antipersona.

Colombia es el segundo país con más víctimas de MAP, AEI y MUSE en el mundo después de Afganistán, según los datos de la dirección para la acción integral contras las minas antipersonales “DescontaMina Colombia” a la fecha de corte 30 de diciembre de 2020 son 11.975 las víctimas ocasionadas por las minas antipersona, de las cuales el 19.5% son víctimas mortales y 80,5% son sobrevivientes, de los cuales el 40% son víctimas civiles y el 60% militares. En lo corrido del año 2020, se han presentado 165 nuevas víctimas en el país. En el caso del municipio de Samaniego ubicado en el departamento de Nariño se han documentado hasta la fecha 119 víctimas, 96 civiles y 23 pertenecientes a la fuerza pública, del total de Víctimas 100 sobrevivieron y 19 perdieron la vida. Algunos estudios sobre resiliencia en víctimas de minas antipersona

en el país se han hecho en la población militar excombatiente pero se ha ahondado menos en la población civil la cual está en medio del conflicto y se ve bastante afectada por este flagelo, como en el municipio de Samaniego donde la mayor parte de las víctimas son civiles y es una zona que aún sigue en conflicto entre varios actores armados.

Las minas antipersonal en áreas rurales y sus efectos en los medios de vida sostenibles de quienes habitan estos territorios.

La revisión de la literatura en el estudio de Jaramillo- Gutierrez, C. et al (2020). identificó cómo la presencia de minas antipersonal no convencionales en áreas rurales afecta los medios de vida sostenibles de quienes viven allí. Al respecto, la revisión muestra que en capital humano, los efectos están relacionados con la salud física y mental; en capital físico, los principales impactos están en la infraestructura y el abastecimiento de las personas que habitan estos territorios; en capital financiero, las pérdidas están relacionadas con caídas en la productividad y los ingresos de los hogares; en capital social, el principal impacto está vinculado a la migración que se genera; y en cuanto al capital natural, los daños están relacionados con la pérdida de biodiversidad.

Consecuencias psicológicas de la victimización por MAP, MUSE y AEI.

Como bien se sabe este tipo de artefactos explosivos están diseñados para en lo posible no asesinar a la víctima, pero si dejarla con marcadas secuelas tanto físicas como psicológicas, Jorge Emiro Restrepo y colaboradores (2014), estudiaron el perfil emocional de un grupo de militares víctimas de minas antipersona en Colombia a partir de 4 variables emocionales (depresión, ansiedad, ira y estrés). En los resultados del estudio Las variables ansiedad estado, ansiedad rasgo, ira estado e ira rasgo presentaron diferencias estadísticamente significativas entre la muestra y el grupo de control.

Los efectos de las minas antipersonas no solo afectan la capacidad de las víctimas para implicarse en relaciones afectivas y de apoyo, sino también a su capacidad para volver a asumir responsabilidades previas a la guerra, sumado a la discapacidad física tan marcada que se da producto de estos artefactos; Además de la implicación social que tienen las víctimas para relacionarse, la capacidad de trabajar y hasta amar (Martín-Baró, 2003).

Astin y Resick (1997), TEPT el cual es un patrón de síntomas que pueden desarrollarse en individuos que han sufrido estímulos estresantes traumáticos. Estos

estímulos estresantes, provocan en el individuo un profundo trauma psicológico o emocional y no necesariamente algún daño físico; aunque generalmente involucra ambos factores combinados.

Otros de los posibles trastornos que puede desarrollar una persona víctima de las minas antipersonales es un episodio depresivo mayor. Los criterios del DSM-IV-TR, (APA, 2002), indican que se trata de un estado de ánimo en extremo deprimido que dura al menos dos semanas e incluye síntomas cognoscitivos (como sentimientos de poca valía y de indecisión) y funciones físicas perturbadas (patrones de sueño alterados, cambios significativos del apetito y de peso una pérdida de energía muy notable) a tal punto que la más ligera actividad o movimiento exige un esfuerzo abrumador. El episodio se acompaña por lo común de una marcada pérdida de interés y de la incapacidad de experimentar cualquier placer de la vida, incluidas las interacciones con la familia y los amigos y los logros laborales (Barlow & Durand, 2003).

El trauma psicológico

Sánchez (2003) citado por Baca & Cabanas, (2003), hace un aporte importantemente y significativo a el trauma de los familiares de las víctimas, puesto que estas al estar en un estrecho vínculo con la victima pueden experimentar trastornos emocionales y ser víctimas de dicho trauma denominándolo, trauma secundario. Este hecho puede llegar ser tan incapacitante desde el punto en que la familia puede monopolizar el dolor de la víctima impidiendo su recuperación, como también está el caso donde la familia se reestructura alrededor de la víctima, potencializando la rehabilitación conjunta. (Barreto & Fajardo, 2009)

Según lo planteado por (Gómez, et al., 2001). Hay al menos dos tiempos en la causación del trauma; el primero es el del encuentro del sujeto con eso real que desborda sus capacidades de afrontamiento, tiempo caracterizado por el encuentro con un horror psíquicamente inasimilable que deja como resto una fijación al trauma (Freud, 1917). El segundo, cuando se desencadenan los traumatismos al reactivarse la huella impresa por el trauma. Entre estos dos tiempos se produce un estadio intermedio, en el cual, según Freud, queda el sujeto en un estado de suspensión y de vulneración psicológica.

El trauma, nos dice Lacan, no puede ser definido más que a partir de sus efectos. El evento traumático no es causa material; la cuestión de saber eso que hace trauma es específico a cada caso particular (Lacan, 1964).

En el contexto clínico, el trauma se desarrolla como respuesta a un acontecimiento que causa grave y nocivo impacto sobre el individuo y se estructura psicopatológicamente por el síndrome de estrés posttraumático. El trauma constituye el prototipo de los trastornos reactivos, surge de la exposición a un acontecimiento adverso y los síntomas posttraumáticos se relacionan con el contenido del mismo. Su desarrollo y evolución están

condicionados por las dificultades por integrar la experiencia traumática (exposición) en el conjunto de memoria biográfica de la persona (Campo amor, 2015).

Estructura psicopatológica del trauma

Según Campo Amor (2015) El trauma psíquico se estructura sobre la exposición a un acontecimiento adverso que deja una profunda herida en el psiquismo (Freud, 1920) o en la vida anímica de la persona (Frank, 1946), que operativamente denominamos clínica postraumática. Todo esto se produce en un determinado contexto sociocultural e histórico. Distinguimos pues los siguientes elementos: el acontecimiento potencialmente traumático; la experiencia traumática del individuo, la clínica postraumática y el contexto socio cultural e histórico en el que se produce.

El acontecimiento potencialmente traumático

El acontecimiento adverso es la condición necesaria que inicia el desarrollo del proceso traumático. Sin embargo, la exposición a un acontecimiento adverso no es suficiente para el desarrollo del trastorno. De hecho, cuando se produce una exposición de muchos sujetos a un mismo acontecimiento, la mayoría no desarrollan el trastorno. Por ello se prefiere utilizar el término acontecimiento potencialmente traumático (APT) para designar a estos eventos.

APA, 2013 refiere que en el DSM V, el APT se refiere específicamente como un acontecimiento que implica una seria amenaza para la vida o la integridad de las personas. Así pueden incluirse agresiones criminales, violaciones, desastres, accidentes y otras acciones similares por sus efectos nocivos (muertes, lesiones, amenazas o pérdidas).

La experiencia traumática

La exposición a un APT tiene un carácter subjetivo, distinto para cada persona que lo vive de una forma diferente. Esta experiencia personal es lo que determina que un acontecimiento concreto tenga, o no, un carácter traumático. Será la experiencia la que otorgue el sentido a lo acontecido y por lo tanto será especialmente relevante para el desarrollo posterior de la patología postraumática. La experiencia dependerá de cómo se perciba el acontecimiento y de las emociones suscitadas por su impacto, de acuerdo a su disposición y experiencia previa. Así, un mismo acontecimiento puede ser traumático

para unos individuos y no serlo para otros. Cuando el impacto del acontecimiento es tal que irrumpe, desestructura y desorganiza el equilibrio psíquico de la persona, la experiencia se puede considerar traumática.

La experiencia traumática puede acompañarse de una serie de reacciones emocionales intensas que generalmente son de breve duración y terminan cuando la persona afectada retorna a la normalidad, restablece el equilibrio perturbado y recupera el control de su conducta. En este periodo puede experimentar un desajuste transitorio, con síntomas de estrés asociados a recuerdos persistentes de la experiencia, los cuales se van integrando en un relato coherente dentro de su biografía personal. Por lo general dura unos pocos días. Sin embargo, en otros casos no sucede así y la experiencia traumática no puede elaborarse como un recuerdo y no es posible integrarla en la memoria personal; persiste como una herida abierta en el psiquismo y se manifiesta por una clínica específica postraumática.

La clínica postraumática

Los efectos persistentes de trauma, lo que se denomina clínica postraumática, resultan del fracaso en la integración de la experiencia traumática en la continuidad de la conciencia y en la permanencia de la memoria biográfica. En esta situación se pone en marcha una cascada de respuestas que se organizan –a diferentes niveles, tanto biológicos, como por síntomas y conductas- específicamente por el denominado Síndrome de Estrés Postraumático (SEPT).

El contexto del trauma

El trauma se inscribe dentro de un determinado contexto histórico y social que influye tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de la patología. Los factores del entorno pueden favorecer tanto la vulnerabilidad como la resiliencia. El rechazo, la incompreensión o el abandono social pueden favorecer y complicar el desarrollo del trauma. Por el contrario el apoyo recibido y, sobre todo percibido por el sujeto (familiar, social, institucional) tiene un efecto favorable tanto para prevenir como para mejorar la evolución del trauma.

El trauma se produce en un determinado contexto histórico en que son importantes desde los condicionantes sociales (desigualdades, opresión, marginalidad, pobreza y otros), hasta los culturales (discriminaciones por razones ideológicas y prejuicios) y políticos (Dictaduras). (Vease figura 1)

Figura 1.
Estructura psicopatológica del trauma psiquico



Modelo del trauma

El trauma resulta de la dificultad para elaborar la experiencia traumática que supera los mecanismos de adaptación y defensa del individuo, que no pueden integrarla adecuadamente en la conciencia, memoria y personalidad. El factor patológico se relaciona con el modo de elaborar el impacto del acontecimiento traumático. Diferentes modelos se han desarrollado para tratar de explicarlos, como el modelo psicodinámico, modelos cognitivo conductuales y modelos biológicos.

Modelos cognitivos del trauma

Los modelos cognitivos destacan el papel del sujeto en la evaluación y afrontamiento del APT. Este proceso vendrá en gran parte determinado por la experiencia previa del sujeto y el apoyo social percibido. La evaluación se realizará sobre el APT y sobre los recursos personales para afrontarlo. Así podrá atribuirle un significado de amenaza, daño, pérdida o, por el contrario, considerarlo como un reto personal. Respecto a sus propios recursos, puede verse indefenso, inseguro e incapaz, o bien competente para enfrentarlo. En relación a esta doble evaluación, el sujeto adoptará una determinada estrategia de afrontamiento frente al ATP y a las penosas emociones suscitadas por este. Estrategias que oscilan entre enfrentarse (luchar) y tratar de resolverlo con el menor coste posible, y aquellas que buscan evitarlo (huida) a toda costa, lo cual en muchos casos no será posible.

Las experiencias traumáticas previas pueden determinar atribuciones tanto del APT y de los propios recursos y promueven estrategias de afrontamiento inadecuadas (negación, evitación). Estas distorsiones cognitivas impedirían el proceso de la normal superación del APT. (Medina, 2015)

EL TEPT

En los últimos años se han realizado numerosas investigaciones acerca de las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas que posibilitan afirmar que el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se produce en un porcentaje bastante significativo tanto en víctimas indirectas (5-22%) como en víctimas directas (13-25%) (García-Vera et al., 2015).

Según el DSM-IV-TR, 2000, el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido una agresión o una amenaza para la vida y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión. Son tres los aspectos nucleares presentes en este cuadro clínico, que se diagnostica cuando ha transcurrido más de 1 mes del suceso: la reexperimentación de la experiencia vivida, en forma de pesadillas y de imágenes y de recuerdos constantes e involuntarios; la evitación conductual y cognitiva de los lugares o situaciones asociados al hecho traumático; y las respuestas de hiperactivación, en forma de dificultades de concentración, de irritabilidad y de problemas para conciliar el sueño.

A veces puede aparecer también una amnesia disociativa, que consiste en la imposibilidad de recordar la información relacionada con el atentado y que no puede ser atribuida a las leyes naturales del olvido. La existencia de este tipo de amnesia puede explicarse por los sentimientos de vergüenza, incluso de culpa, experimentados y por la tendencia a olvidar hechos desagradables, así como por una percepción deformada de lo ocurrido. La amnesia disociativa tiene, sin embargo, unos efectos negativos: impide la expresión emocional del suceso, evita el apoyo social adicional que se da en estos casos,

bloquea la reevaluación cognitiva de lo ocurrido y, en último término, facilita las conductas de evitación (Echeburúa y Corral, 1998).

Todo ello lleva a una interferencia significativa en el funcionamiento social y laboral, a una pérdida de interés por lo que anteriormente resultaba atractivo desde el punto de vista lúdico e interpersonal y -lo que supone una limitación muy importante- a un cierto embotamiento afectivo para recibir y expresar sentimientos de intimidad y ternura.

Más allá de las reacciones inmediatas -malestar generalizado, aislamiento, pérdida de apetito, insomnio, etcétera-, que tienden a remitir a las pocas semanas, las víctimas pueden experimentar síntomas de ansiedad y de depresión, con una pérdida de autoestima y una cierta desconfianza en los recursos propios para encauzar la vida futura. Los sentimientos de culpa existentes derivan de la atribución sesgada de lo ocurrido a los errores cometidos por la víctima, de la omisión de las conductas adecuadas (por ejemplo, no haber ayudado lo suficiente a otras víctimas) e incluso del hecho de sobrevivir entre tanta desgracia. No obstante, en general, la rabia (que refleja una atribución externa) y los sentimientos de culpa (que denotan una atribución interna) están inversamente relacionados. Esta autoinculpación puede dañar seriamente la autoestima de las víctimas y dificultar su readaptación emocional posterior (Echeburúa y Corral, 2001; Foa y Riggs, 1994). Más a medio y largo plazo pueden aparecer, si bien no en todos los casos, ciertos trastornos de conducta, como irritabilidad, dependencia emocional excesiva, actitudes victimistas o rentistas, pasividad, etcétera, e incluso una mayor tendencia a la introversión y al embotamiento afectivo, que pueden enturbiar las relaciones familiares. Incluso hay una cierta tendencia a la desconexión entre el relato del atentado y la vivencia emocional. La irritabilidad es resultado de una baja tolerancia a la frustración ante los contratiempos cotidianos (los ruidos, los problemas con los hijos, el apoyo insuficiente de las autoridades, la incomprensión de la sociedad, etcétera) y puede traducirse en reacciones agresivas, normalmente dirigidas a los familiares (a quienes tienen más próximos y cuentan con una mayor capacidad de aguante) o hacia sí mismos (en forma de ideas de suicidio, de abuso de alcohol o incluso de adopción de conductas de riesgo) (Baca et al., 2002). Sin embargo, las diferencias de reacción ante un mismo hecho traumático son muy variables de unas personas a otras. Desde una perspectiva psicológica, una fragilidad emocional previa y una mala adaptación a los cambios, así como una percepción del acontecimiento como algo extremadamente grave e irreversible, debilitan la resistencia a las frustraciones y contribuyen a generar una sensación de indefensión y de desesperanza. La fragilidad emocional se acentúa cuando hay un historial como víctima de otras conductas violentas o de abuso, cuando hay un estrés acumulativo y cuando hay antecedentes psiquiátricos familiares (Esbec, 2000; Finkelhor, 1999). Desde una perspectiva psicosocial, un apoyo social próximo insuficiente y la escasa implicación en relaciones sociales dificultan la recuperación del

trauma. Pero también es importante la influencia del apoyo social institucional, es decir, del Gobierno, del sistema judicial, de la policía, de los medios de comunicación, etcétera.

Trastorno de estrés postraumático complejo

A veces, hay factores perpetuadores, a modo de estrategias de afrontamiento defectuosas, que pueden agravar la duración o la intensidad del trauma. En concreto, permanecer anclado en el pasado, no compartir las emociones con nadie, formularse preguntas sin respuesta o buscar explicaciones imposibles de obtener, identificar culpables a toda costa, estar pendiente de reclamaciones judiciales sin fin, echar mano del alcohol o de las drogas, etcétera, no hacen sino complicar el problema. En estos casos se puede llegar a un trastorno de estrés postraumático complejo, caracterizado por una alteración en la identidad personal, una capacidad de modulación afectiva pobre, un descontrol de los impulsos y una falta de confianza radical en las demás personas (Echeburúa, 2004). Este tipo de trauma, complejo y resistente al cambio, es más frecuente cuando el suceso ha sido extraordinariamente cruel, cuando ha supuesto una revictimización o cuando procede de una exposición precoz a la violencia en la infancia (Miller y Heldring, 2004).

El daño psicológico

El daño psicológico producido tras un delito violento hace referencia, por un lado, a las lesiones psíquicas que, con el paso del tiempo y/o ayuda psicosocial pueden ir remitiendo, y, por otro lado, a las secuelas emocionales que persisten en el individuo de un modo crónico y que causan una gran interferencia en su vida cotidiana. Las fases del daño psicológico pueden resumirse en las siguientes: una fase inicial en la que se produce una reacción de conmoción caracterizada por un decaimiento global, embotamiento afectivo y cierta confusión a nivel de la consciencia; una siguiente etapa en la que ese embotamiento inicial va desapareciendo, la persona va haciéndose más consciente de lo ocurrido y aparecen emociones de dolor, terror, culpa, rabia; y una última fase en la que tiene lugar una reexperimentación de lo ocurrido. (Echeburúa et al., 2004a).

La lesión psíquica, al tratarse de una alteración aguda clínica, imposibilita el afrontamiento de las actividades cotidianas laborales, sociales, personales y familiares. Las más frecuentes producidas tras acontecer un delito violento son el trastorno por estrés postraumático, los trastornos adaptativos (con sintomatología depresiva o ansiosa) y una descompensación en la personalidad. Las secuelas emocionales implican la cronificación del daño psíquico y no remiten con el paso del tiempo ni con apoyo social

o tratamiento psicológico. La más frecuente en las víctimas que han sufrido delitos violentos es la modificación permanente de la personalidad. (Echeburúa et al., 2004a).

Más allá del daño físico (de las lesiones y secuelas producidas), muchas víctimas experimentan a raíz de un atentado terrorista un daño psicológico, que interfiere negativamente en su calidad de vida. A diferencia del daño físico, este daño psicológico (no meramente moral) apenas ha sido estudiado ni tomado en consideración, por ejemplo, a efectos indemnizatorios (Echeburúa, Corral y Amor, 2002).

Los sucesos traumáticos desbordan, con frecuencia, la capacidad de respuesta de una persona, que se siente sobrepasada para hacer frente a las situaciones que se ve obligada a enfrentar. Las estrategias de afrontamiento pueden volverse malsanas o fallidas; y las expectativas, derrotistas. La frecuente aparición de emociones negativas, como el odio, el rencor o la sed de venganza (ante un suceso traumático causado por otros seres humanos), puede complicar aún más el panorama. Como consecuencia de ello, la persona, incapaz de adaptarse a la nueva situación, puede sentirse indefensa, perder la esperanza en el futuro y encontrarse paralizada para emprender nuevas iniciativas y, en definitiva, para gobernar con éxito su propia vida. Lo que genera habitualmente daño psicológico suele ser la amenaza a la propia vida o a la integridad psicológica, una lesión física grave, la percepción del daño como intencionado y la pérdida violenta de un ser querido. El daño generado suele ser mayor si las consecuencias del hecho violento son múltiples, como ocurre, por ejemplo, en el caso de un atentado con secuelas físicas, en donde una persona se ve obligada a abandonar su trabajo anterior o sus aficiones habituales. (Baca y Cabanas, 2003; Echeburúa, Corral y Amor, 2005).

Resiliencia

“El concepto de Resiliencia tiene su origen en el latín resilio, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar”. Kotliarenco M. A, Cáceres I., Fontecilla M. (1997).

Según la Enciclopedia Salvat de la Ciencia y de la Tecnología (1964), citada por William Sierra Barón (2011) “en español y francés, resiliencia se emplea en el campo de la ingeniería civil únicamente para describir la capacidad de un material de recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora. La definición en el idioma inglés del concepto resiliencia, es la tendencia a volver a un estado original o el tener poder de recuperación. En Norteamérica se define como la propiedad que tiene una pieza mecánica para doblarse bajo una carga y volver a su posición original cuando ésta ya no actúa”.

Menvielle, (1994) Citado por Willian Sierra-Barón (2011), Explica que en ciencias sociales, el término fue adecuado para dar razón de aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de adversidad, se desarrollan psicológicamente sanos, y en psicología este concepto comenzó a usarse especialmente en el campo de la psicología evolutiva, como tentativa para comprender las causas a través de las cuales, algunos niños y niñas eran capaces de superar las adversidades ante situaciones de estrés, convirtiéndose en individuos saludables.

Según Bonanno, (2004) “La resiliencia es la capacidad de los individuos adultos que viven en condiciones normales, de tener niveles relativamente estables de funcionamiento físico y psicológico cuando son expuestos a un evento aislado potencialmente muy perturbador, como la muerte de un pariente cercano o un suceso violento o amenazante para su vida”.

Del mismo modo según Zautra, Hall y Murray, (2008) Citados por Vinaccia, Stefano, et al., (2014). La Resiliencia desde el área sanitaria es entendida como la capacidad de las personas para mantener la salud y el bienestar psicológico en un ambiente dinámico y desafiante.

Resiliencia ante la adversidad y el trauma

No toda persona o víctima de la violencia sufre consecuencias negativas, dependiendo de diferentes factores (Echeburúa y Cruz-Sáez, 2015).

Los estudios indican que la mayoría de las personas que han experimentado o presenciado un acontecimiento traumático muestran resiliencia o no informan de trastornos clínicos significativos relacionados con el trauma (Bonanno, 2004; Bonanno, Brewin, et al., 2010). La resiliencia se define como la capacidad de seguir funcionando y desarrollándose pese a circunstancias adversas, como los sucesos traumáticos. El concepto de resiliencia se originó en estudios sobre niños que, pese a vivir en condiciones muy adversas, se desarrollaron normalmente.

En psicología se refiere a la capacidad de robustez psicológica o integración del yo, a la flexibilidad del sujeto ante la adversidad, a su capacidad de no ser afectado fuertemente por hechos traumáticos y condiciones adversas, así como a la capacidad de recuperarse después de ellos. Los sujetos resilientes redefinen positivamente lo ocurrido, son optimistas, atenúan las emociones negativas y generan emociones positivas como la esperanza, y participan activamente en la sociedad, apoyándose en las relaciones de confianza que poseen (Ibáñez, 2012; Fredrickson y Tugade, 2003; Hefferon y Boniwell, 2011).

Pero, más allá de la resiliencia, también hay evidencia de que, en estos casos, las personas también pueden experimentar una variedad bastante amplia de emociones y

cogniciones positivas, pero también una reconfiguración positiva, un crecimiento personal e interpersonal o un florecimiento postraumático como resultado de su lucha contra la adversidad (Ibáñez, 2012).

Los estudios muestran que, si el 100% de los afectados por hechos traumáticos como la violencia colectiva reportan efectos negativos de lo ocurrido, también un 30-70% de los afectados informan de efectos positivos (Páez, Vázquez et al., 2011). Si un cuarto o tercio de víctimas de violencias y torturas sufren un trastorno de estrés postraumático (TEPT), un 50% o más muestran un crecimiento postraumático (CPT) (Punamaki, 2011).

En este campo de estudio, hay que considerar que las personas generan estrategias de afrontamiento ante situaciones de amenaza, abordadas desde el campo de la salud mental y de la psicopatología en relación con el estrés, las emociones y la solución de problemas. Las estrategias de afrontamiento se definen como el conjunto de recursos y esfuerzos comportamentales y cognitivos orientados a resolver la situación amenazante o adversa, a reducir la respuesta emocional o a modificar la evaluación que se hace de dicha situación (Lazarus & Folkman, 1984, 1986).

Un aspecto importante del ser humano en el afrontamiento de situaciones críticas para el proceso de recuperación, es la resiliencia, que se define como la capacidad que tienen las personas para hacer frente al dolor, a experiencias difíciles o traumáticas (Wilches, 2010). Es la capacidad de superar los eventos adversos y ser capaz de tener un desarrollo exitoso a pesar de circunstancias muy adversas (muerte de los padres, guerras, graves traumas, entre otros; Becoña, 2006). No es una capacidad innata, sino que está asociada al temperamento, las características internas, el locus de control (Becoña, 2006), las relaciones sociales, afectivas y familiares y requiere también que la persona quiera comprender su sufrimiento y actuar (Wilches, 2010). Se conoce que la capacidad de resiliencia depende también del número, intensidad y duración de las circunstancias adversas por las que se ha pasado (Becoña, 2006).

En las últimas décadas ha habido un cambio paulatino de intereses en la investigación en resiliencia empezado a focalizarse en el campo de adultos, y se ha encontrado en estos estudios que la flexibilidad cognitiva, el tener intereses en cosas nuevas, encontrar significado a la vida, el apoyo y compromiso social, las buenas relaciones familiares, las experiencias espirituales y trascendentales, el ejercicio físico, la tolerancia a la adversidad, la aceptación positiva al cambio, el autocontrol, la confianza en las estrategias de afrontamiento, la autoeficacia, la competencia personal, la autoestima, la perseverancia, el optimismo y bienestar emocional son factores asociados a la resiliencia que hacen que esta sea una variable protectora y moduladora de la salud física y mental (Vinaccia, Quiceno y Re-mor 2012).

Hipótesis.

La población de civiles víctimas directas e indirectas de MAP, MUSE Y AEI asistentes al Servicio de Pastoral Social (SEPASVI) en el municipio de Samaniego la mayoría tienen altos niveles de resiliencia.

3. método (tipo de estudio y diseño, participantes, instrumentos (cuantitativo) de recolección de datos, metodología y procedimiento de análisis de datos; aspectos éticos considerados en el estudio);

5. Metodo

Tipo de estudio

El estudio es cuantitativo, de alcance descriptivo, no experimental de corte transversal, el muestreo fue no probabilístico y se conformo por 48 personas de acuerdo a los criterios de inclusion y exclusion.

Participantes.

Participaron 48 personas mayores de 18 años víctimas civiles directas (22), e indirectas (26) de MAP, MUSE y AEI asistentes al servicio de pastoral social (SEPASVI) en el municipio de Samaniego en el departamento de Nariño Colombia, la muestra de este estudio se tomó de forma no probabilística por conveniencia.

Instrumentos.

CD-Risc 10

La Escala de Resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC 10) desarrollada originalmente por Campbell-Sills y Stein (2007) es una escala que consta de 10 elementos en un formato Likert con 5 opciones de 0 a 4 puntos, validado en Colombia por Riveros, Bernal, Bohórquez, Vinaccia y Quiceno (2016) en población colombiana con enfermedades crónicas.

Cuestionario sociodemográfico

Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir (Chasteauneuf, 2009). Este cuestionario se constituyó de 16 preguntas 5 de carácter ordinal y 11 de carácter nominal. Estas preguntas se refieren al género, edad, estrato socio económico, estado civil, municipio de procedencia, municipio de residencia, personas con las que vive, número de hijos, rol que desempeña en la familia, nivel de escolaridad, situación de empleo, tipo de víctima, tipo de lesiones, hace cuánto tiempo sucedieron los hechos, tipo de relación con la víctima directa, vive o no la víctima directa, hace cuánto tiempo sucedieron los hechos.

Microsoft Excel (Version 2016)

Para el análisis descriptivo de los datos estadísticos se utilizó el software Microsoft Excel (versión 2016).

Metodología.

Se asistió a un encuentro de los asistentes al SEPASVI en el municipio de Samaniego-Nariño, al cual asistieron víctimas directas e indirectas de minas antipersona del municipio de Samaniego - Nariño y algunos municipios cercanos, se explicó a los participantes los objetivos del estudio y el uso académico que se le daría a la información obtenida, se explicó el instrumento y la forma de responder a él, posteriormente se firmó los consentimientos informados por parte de los participantes y se aplicó los instrumentos al grupo de personas.

Análisis de datos

Se presentan a continuación, a nivel descriptivo, las medidas de tendencia central del estudio como son la media y la mediana; además, se muestra la desviación típica (D.T.) y las puntuaciones mínimas (Mín.) y máximas (Máx.) de los instrumentos utilizados. Y en relación con las variables nominales se sacaron porcentajes. De igual modo, se indica el respectivo alfa de Cronbach de la escala empleada. Se identificaron las características de la variable resiliencia y las características sociodemográficas de la muestra.

Aspectos éticos considerados en el estudio

El procedimiento de esta investigación fue realizado bajo los parámetros legales que dicta la resolución 8340 de 1993 del ministerio de salud de la república de Colombia. Los resultados de esta investigación se usaron estrictamente con fines académicos, se guardó la confidencialidad de los resultados obtenidos, así como para la protección de los mismos, se explicó y se firmó los consentimientos informados voluntariamente para el manejo de los datos en la investigación, del mismo modo se mantendrá en anonimato la información y se presentará de forma general.

6. Resultados

Datos del cuestionario sociodemográfico en la población.

La edad media en la población fue de 39 años, el límite inferior fue de 18 años y el límite superior de 73 años de edad, con una desviación estándar de 15,25 y una moda de 36 años, la mayoría de los participantes 77% eran del municipio de samaniego nariño, y el 33% restante de municipios cercanos como La llanada-Nariño 8.3%, Linares-Nariño 2%, Los andes Sotomayor-Nariño 6,25%, y Santacruz de Guachaves-Nariño 6,25%.

Respecto al género la muestra se dividió en 46% hombres, 54 % mujeres, el 66% son casados o viven en unión libre, y el 25% son solteros, 4% separados y el 4% enviudaron, referente al estrato socioeconómico casi la totalidad 98% de la muestra pertenecen al nivel 1, el 60 % de los encuestados viven con la pareja, 38% viven con familiares y 2% solos, el 71 % tienen hijos, el rol familiar que más prevalece es el de padre y esposo 27%, madre y esposa 22%, hijo 22%, respecto al nivel escolar el 43% terminaron primaria, 27% tienen secundaria incompleta, y el 22% son bachilleres, 4% ningún nivel de estudios y 2% hicieron pregrado, el 96% trabajan la mayoría en labores agrícolas y empleos informales. El 70.8% de los participantes tienen hijos.

Tabla 1.

<i>Información sociodemográfica.</i>					
Edad					
Media (D.T.)	39				
V. Mínimo-Máximo	18-73				
Genero			Lugar de procedencia		
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
Femenino	26	54,1	La llanada (Nariño)	4	8,33
Masculino	22	45,8	Linares (Nariño)	1	2,08
			Los Andes Sotomayor (Nariño)	3	6,25
			Samaniego (Nariño)	37	77,0
			Santacruz de guachaves (Nariño)	3	6,25
Estado civil					
	<i>n</i>	%			
Soltero	12	25,0			
Casado	25	52,0			
Separado/Divorciado	2	4,17			
Unión libre	7	14,58			
Viudo	2	4,17			
Estrato socioeconómico			Con quien vive		
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
Nivel 1	47	97,9	Solo	1	2,0
Nivel 2	1	2,1	Con pareja	29	60,4
			Con familia	18	37,7
Nivel de estudios			Tiene hijos		
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
Primaria	21	43,7	Si	34	70,8
Secundaria incompleta	13	27,0	No	14	29,1
Titulado bachiller	11	22,9			
Técnico o tecnólogo	0	0,0	Trabaja actualmente		
Pregrado	1	2,0		<i>n</i>	%
Ninguno	2	4,1	Si	46	95,8
			no	2	4,17

Rol que le corresponde en su familia	<i>n</i>	%
Padre	1	2.0
Madre	5	10.4
Esposo (a)	4	8.3
Hijo (a)	11	22.9
Padre y esposo	13	27.0
Madre y esposa	11	22.9
Madre e hija	1	2.0
Esposo (a) e hijo (a)	1	2.0
Madre y abuela	1	2.0

Estado civil		
Soltero	12	25,0
Casado	25	52,0
Separado/Divorciado	2	4,17
Unión libre	7	14,58
Viudo	2	4,17

En cuanto al tipo de víctima el 46% son víctimas directas y el 54% víctimas indirectas, en cuanto a las víctimas directas y respecto al tipo de lesiones sufridas el 45% sufrieron lesiones o afectaciones a nivel del sistema auditivo, 13% sufrieron lesiones o afectaciones a nivel del sistema visual y auditivo, 13% sufrieron lesión o amputación de miembros inferiores, la media del tiempo transcurrido después de los hechos fue 9 años.

En cuanto a la relación de las víctimas indirectas con las víctimas directas reportaron el 42% ser la esposa de la víctima directa, 19% ser la hija de la víctima directa y 19% ser la hermana de la víctima directa, 7% reportaron ser la madre de la víctima directa, en estos casos de victimización indirecta el 31% de las víctimas directas fallecieron y el 69% siguen con vida, la media de los años que han pasado desde los hechos es 10 años.

Tabla 2.

Información recolectada acerca del tipo de víctima y de las lesiones recibidas

Tipo de victima	n	%	Víctimas directas (45.8%).	n	%
Directa	22	45,8	Tipo de lesiones Amputación o lesión de miembros inferiores.	3	13,6
Indirecta	26	54.2	Amputación o lesión de miembros superiores.	2	9,0
<hr/>			Afectaciones y lesiones a nivel del sistema visual.	2	9,0
<hr/>			Afectaciones y lesiones a nivel del sistema auditivo.	10	45,4
Víctimas directas (45.8%)			Afectaciones y lesiones a nivel del sistema visual y Afectaciones y lesiones a nivel del sistema auditivo.	3	13,6
Hace cuanto sucedieron los hechos			Afectaciones y lesiones a nivel del sistema visual y TCE.	1	4,5
Media (D.T.)	9 años		Afectaciones y lesiones a nivel del sistema auditivo y TCE.	1	4,5
Valor Max/ Valor Min	14-3				

Tabla 3. Datos victimas indirectas**Solo victimas indirectas.**

Relación con la víctima directa	<i>n</i>	%
Esposa	11	42,31
Madre	2	7,69
Hija	5	19,23
Hermana	5	19,23
Hermano	1	3,85
Sobrino	1	3,85
Cuñado	1	3,85

Vive la víctima directa	<i>n</i>	%
Si	18	69,23
No	8	30,77

Hace cuanto sucedieron los hechos	
Media (D.T.)	10 años
Valor min/Valor Max	(2-15)

Resultados escala de resiliencia CD-RISC 10 en la población.

Respecto a los niveles de resiliencia medidos con la escala de resiliencia CD-RISC 10, los resultados presentaron un alfa de Cronbach de .792 cercano al de la validación colombiana .818, en cuanto a la media de la puntuación obtenida fue 27.1, el 48% de la población medida obtuvo un nivel medio entre 21 y 30 puntos, el 31% un nivel alto puntuaron mayor a 31 puntos, y el 21% puntuaron en el nivel bajo entre 11 y 20 puntos, ninguno de los participante obtuvo puntuaciones del nivel muy bajo por debajo de 10 puntos.

Figura 2. Niveles de resiliencia en la población

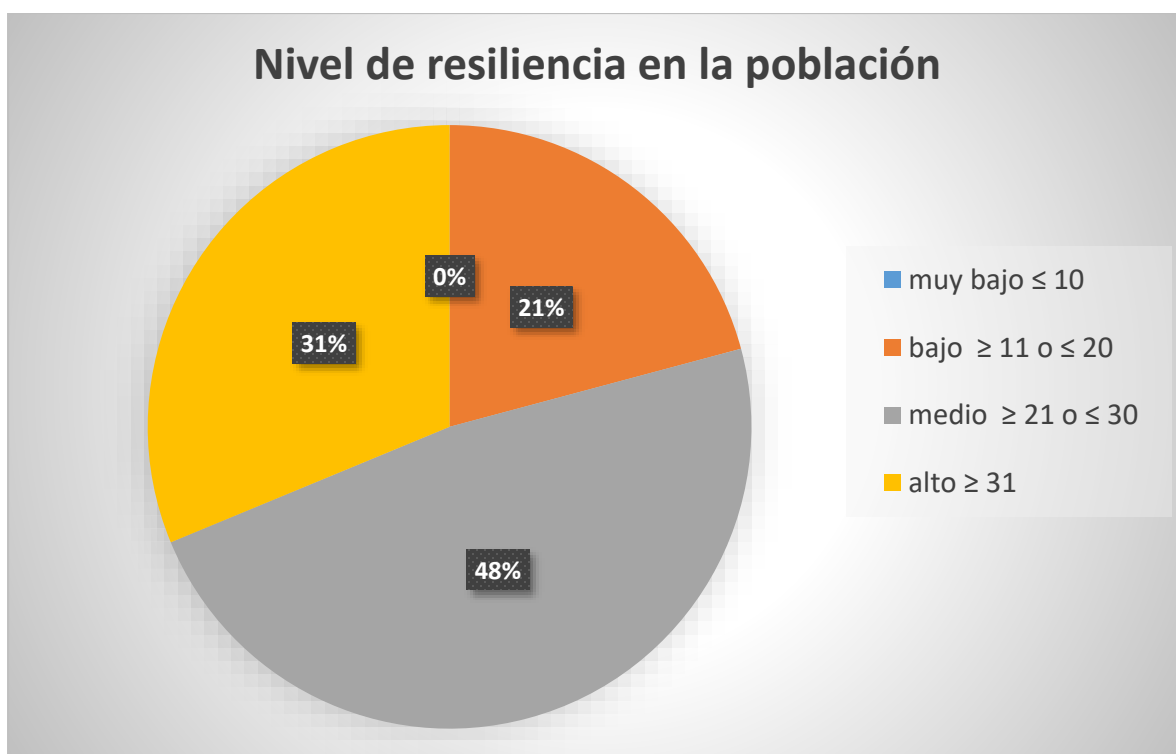


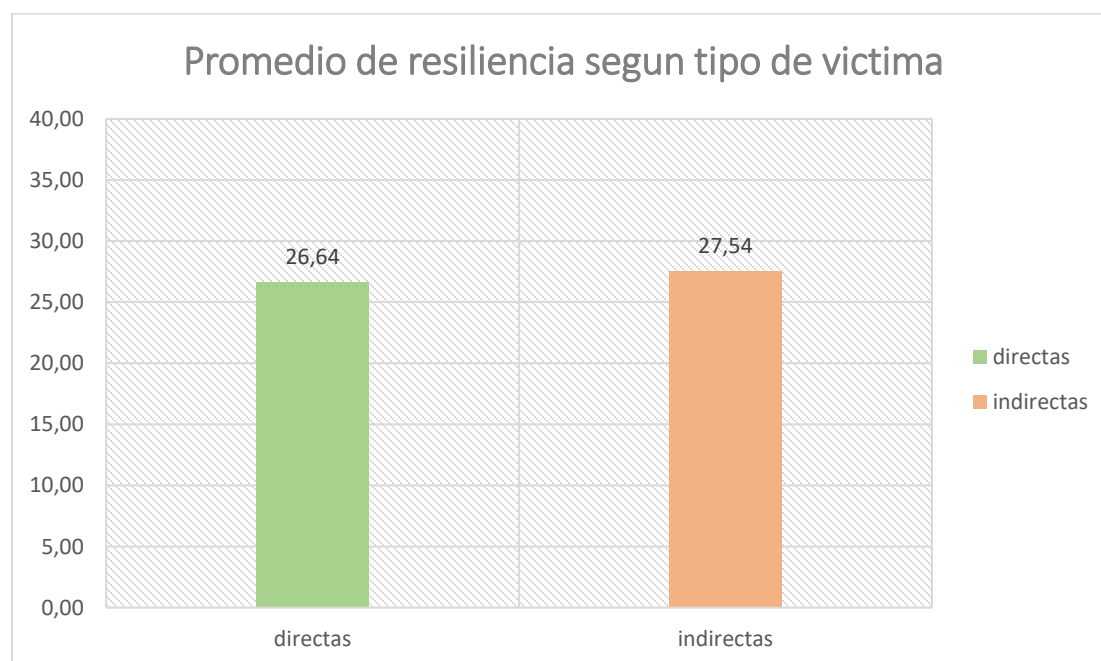
Tabla 4.

Estadísticos descriptivos de la resiliencia en el estudio.

	Media	Desviación estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo	Alfa de Cronbach
CD-RISC 10					
Resiliencia	27.1	6.8	11	39	.792

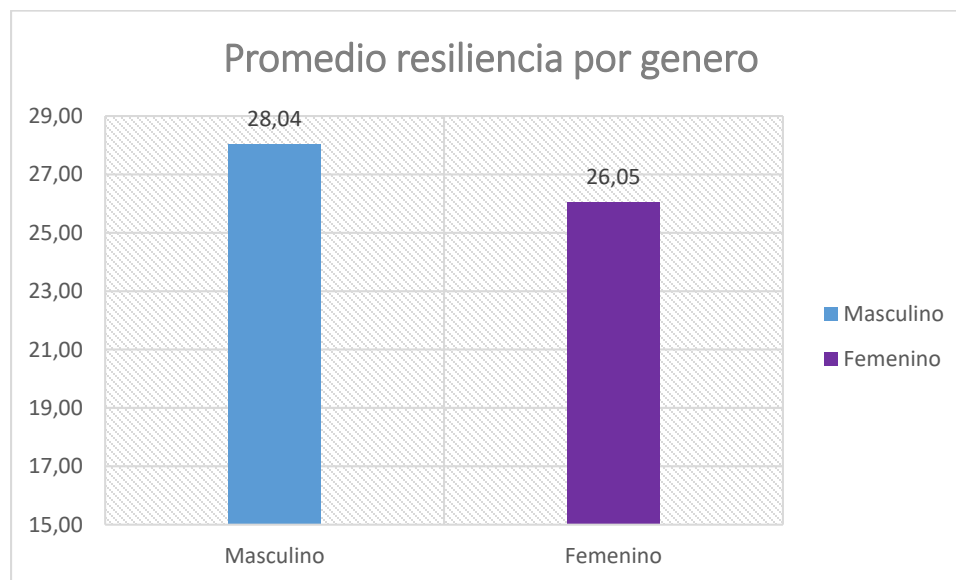
Nota: n = 48

Figura 3. Promedio de resiliencia según tipo de victima



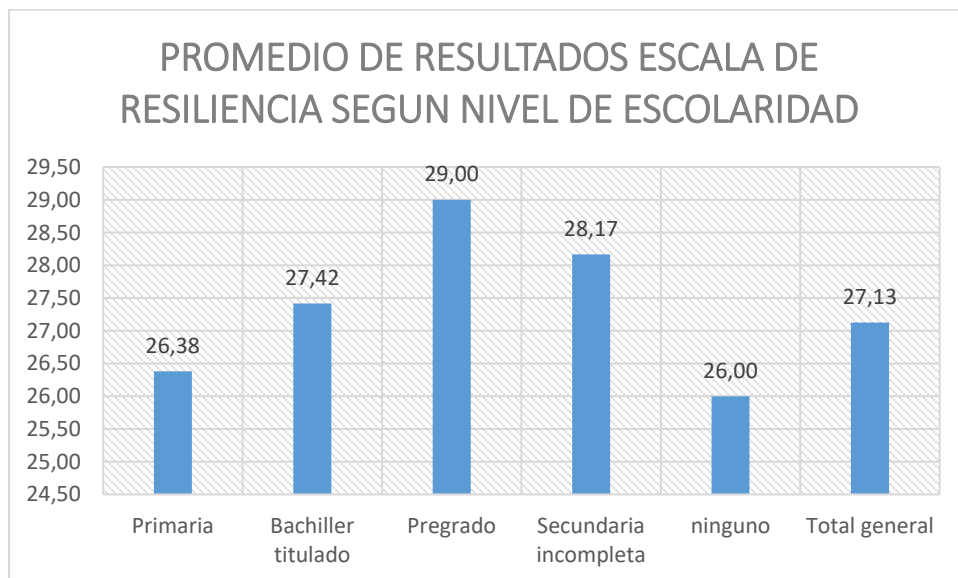
Comparando los resultados del promedio de las víctimas directas e indirectas observamos que las víctimas indirectas tienen un mayor nivel de resiliencia aunque la diferencia no es muy grande entre las dos.

Figura 4. Promedio de resiliencia según género

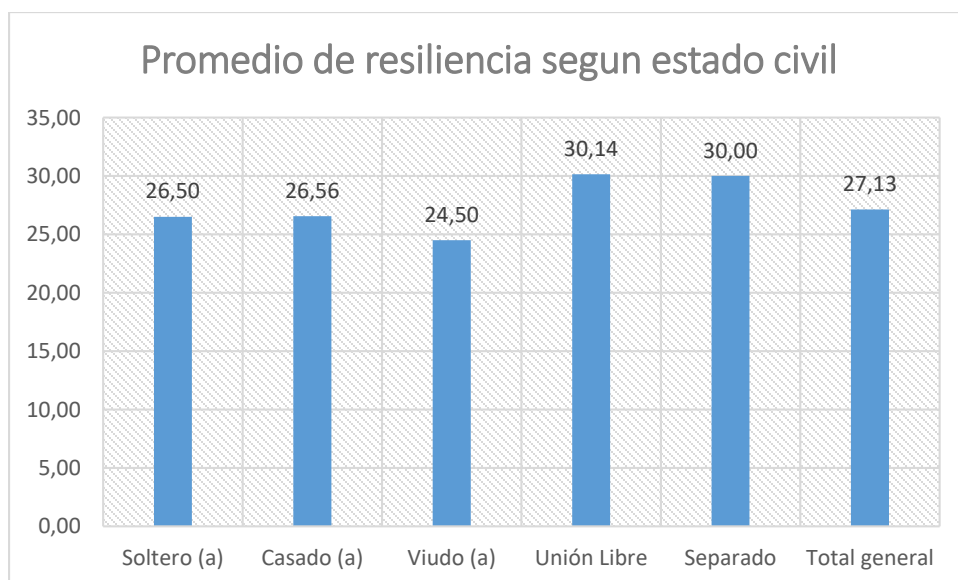


Comparando los niveles de resiliencia por género observamos que los hombres tienen mejores niveles de resiliencia que las mujeres de la muestra en la investigación.

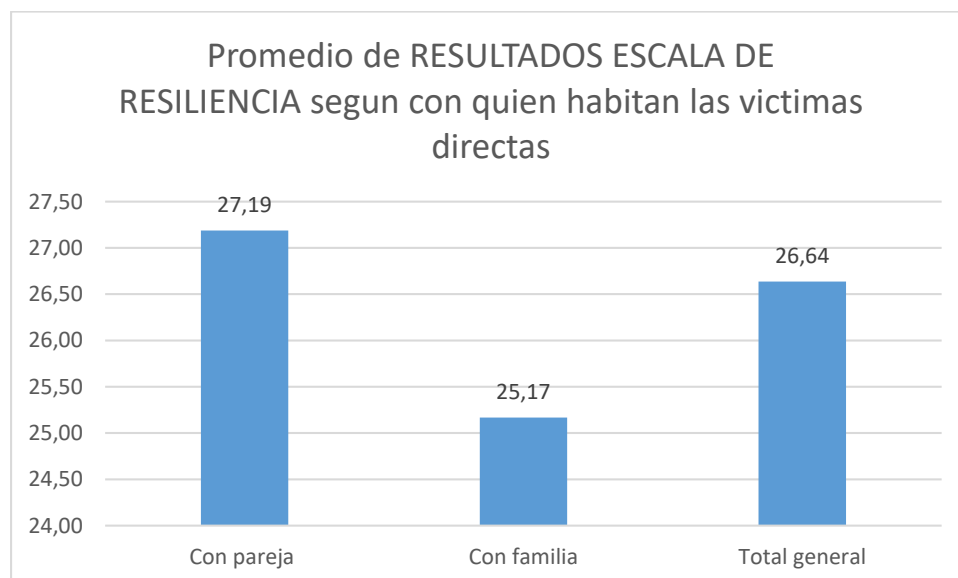
Teniendo en cuenta el promedio de resiliencia según la escolaridad las personas que tenían un pregrado y secundaria incompleta tenían niveles más altos de resiliencias, mientras los que no tenían ningún nivel de escolaridad y los que tenían solo primaria tenían niveles más bajos de resiliencia.



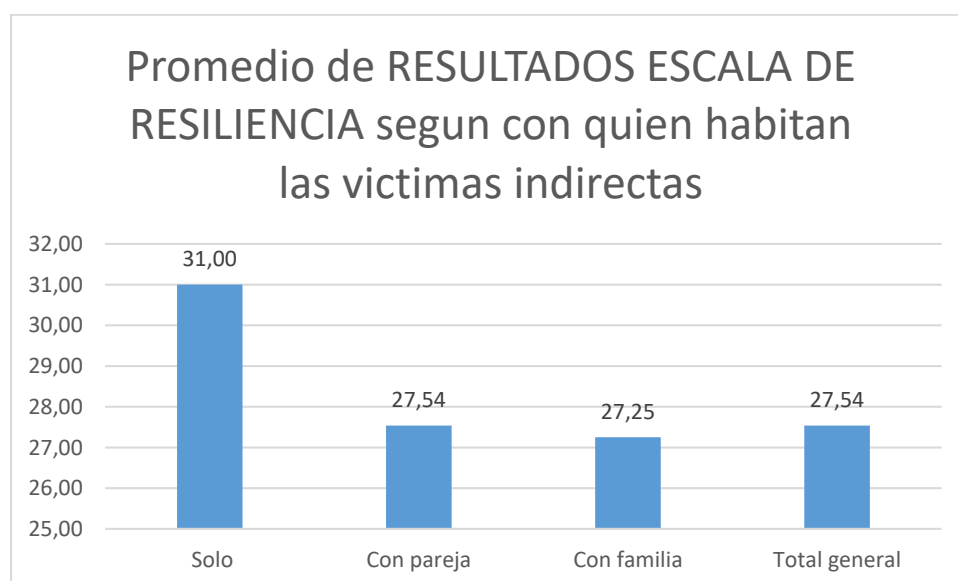
Según el estado civil el promedio de resiliencia en los participantes que vivían en unión libre y separados eran más altos que el de los viudos y solteros.



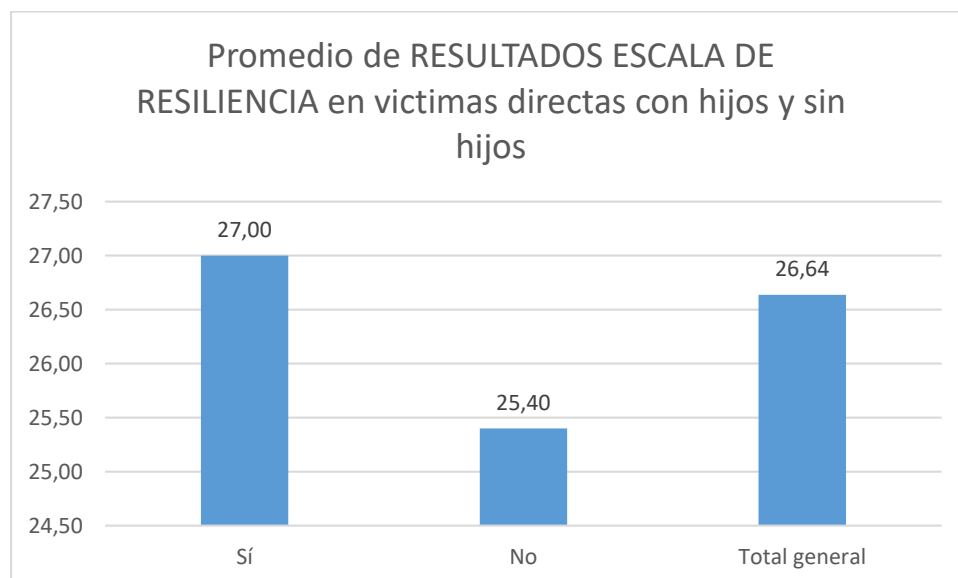
Teniendo en cuenta los resultados de la escala de resiliencia las victimas directas que viven con la pareja tienen mejores niveles de resiliencia que los que viven con la familia.



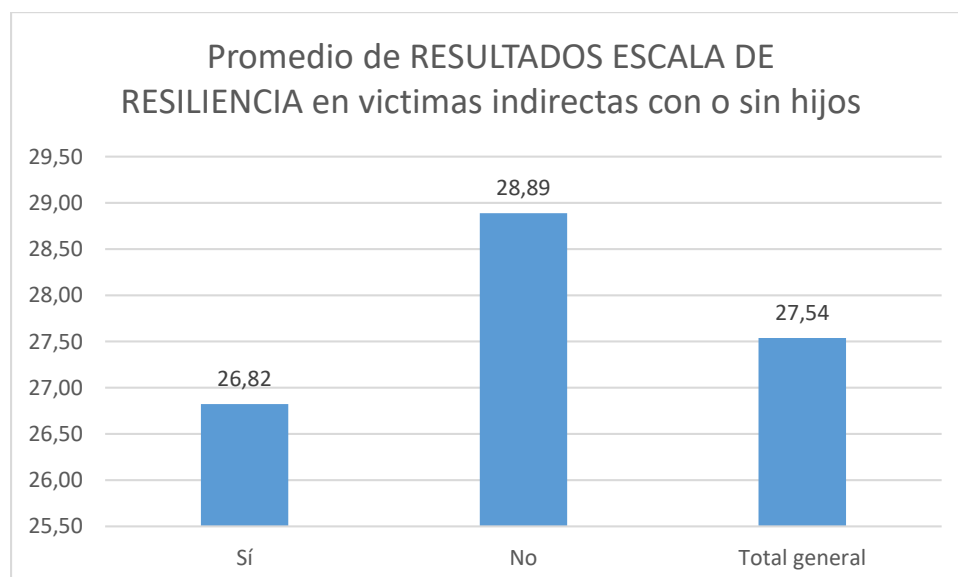
Según los datos recolectados los participantes victimas indirectas que viven solos tienen mejores niveles de resiliencia que los que viven en con familia y con la pareja, pero los datos no son confiables porque solo habia 1 participante que respondió que vivia solo.



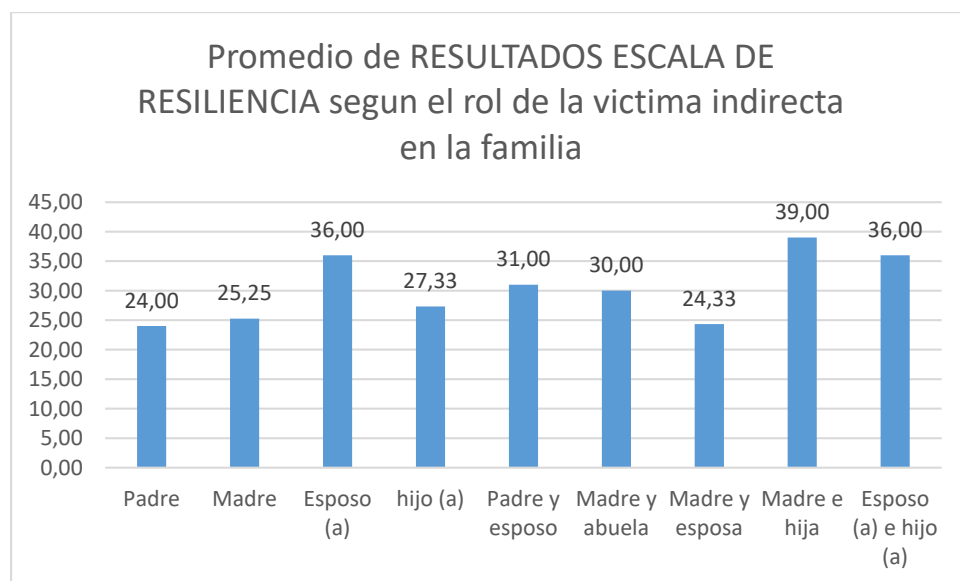
Los datos demostraron que las victimas directas que tienen hijos tienen mejores niveles de resiliencia que las victimas directas sin hijos.



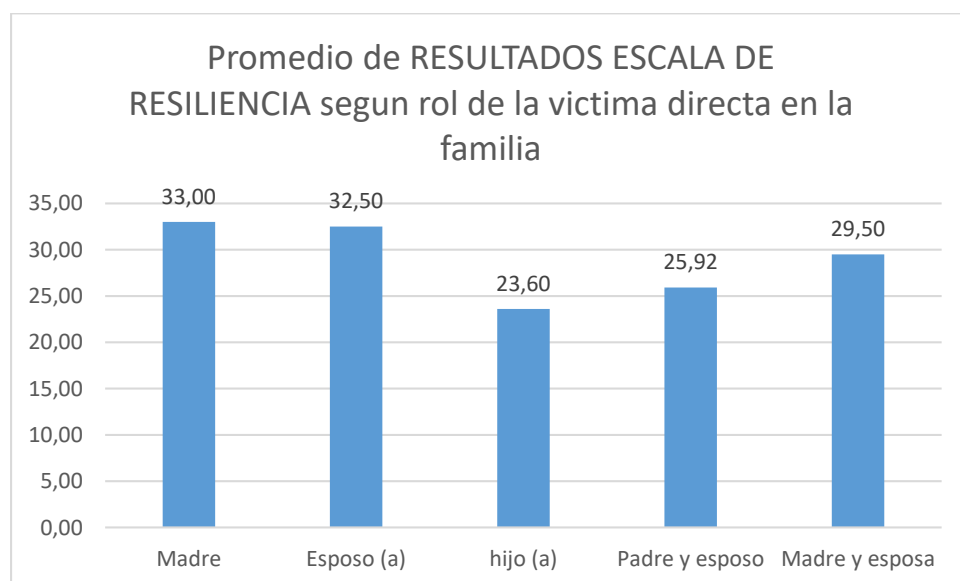
Los datos indicaron que las victimas indirectas que no tienen hijos tienen mejores niveles de resiliencia que aquellas que si tienen hijos.



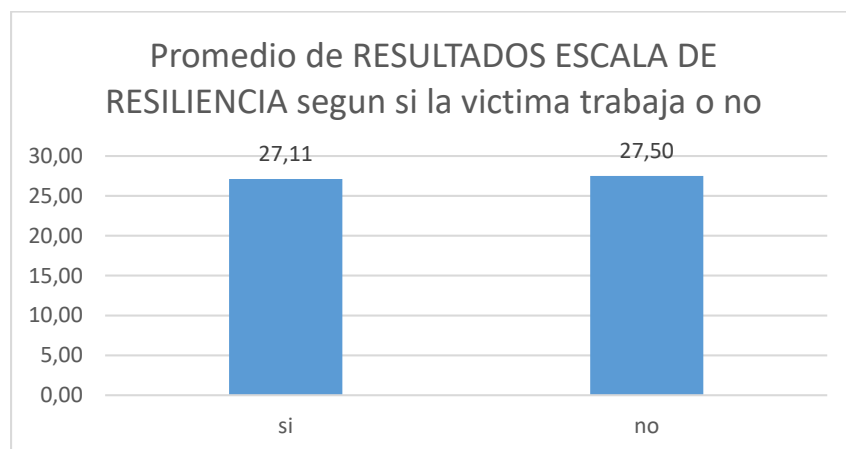
Según el rol de la víctima indirecta en la familia las que cumplían el rol de madre e hija, esposo o esposa y esposo e hijo, tenían niveles de resiliencia más altos que las personas que cumplían el rol de padre, madre y madre y esposa.



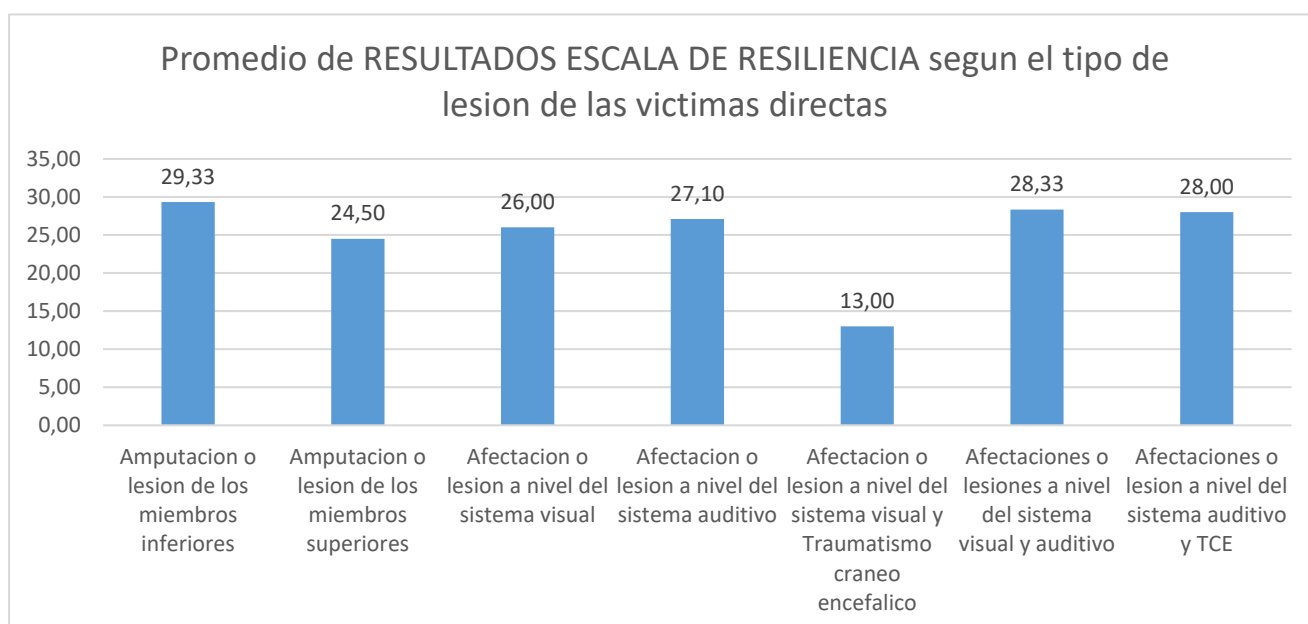
Según el rol de la víctima directa en la familia las personas que cumplían el rol de madre, esposo o esposa y madre y esposa, tenían mejores niveles de resiliencia que aquellos que cumplían el rol de hijo, padre y esposo.



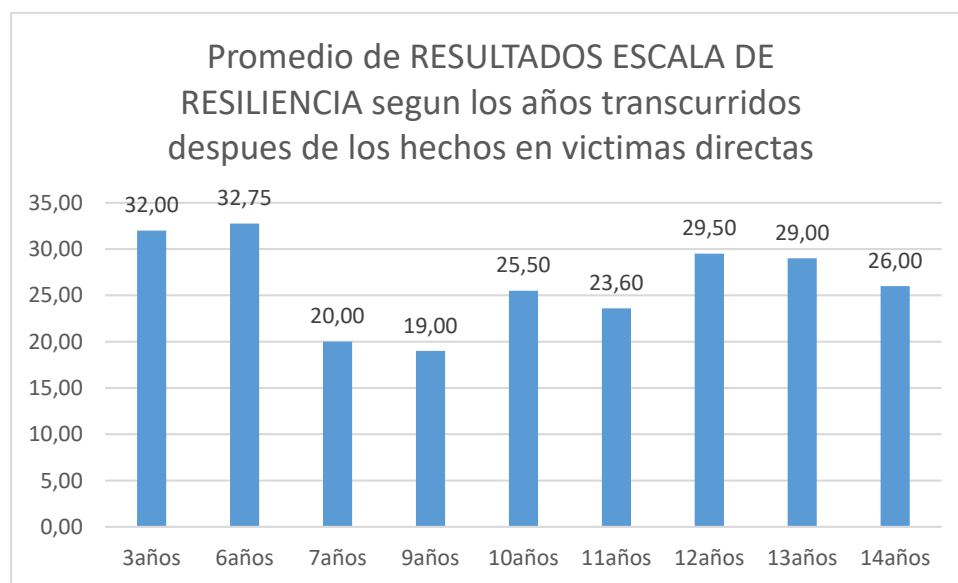
Según si la víctimas si trabajan o no trabajan, no hubieron marcadas diferencias entre los niveles de resiliencia de los trabajadores y los no trabajadores.



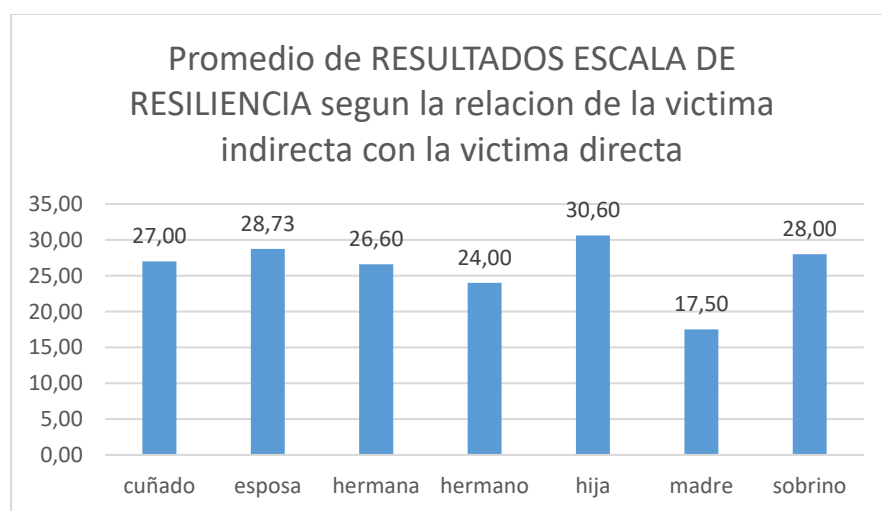
Según el tipo de lesion de las víctimas directas, las personas que tenían amputación o lesión de los miembros inferiores, las personas que tuvieron afectaciones o lesiones a nivel del sistema visual y auditivo y las que tuvieron afectaciones a nivel del sistema auditivo y TCE, obtuvieron mejores niveles de resiliencia que aquellos que tuvieron afectaciones o lesiones a nivel del sistema visual y TCE, amputación o lesión de los miembros superiores y afectación o lesión a nivel del sistema visual.



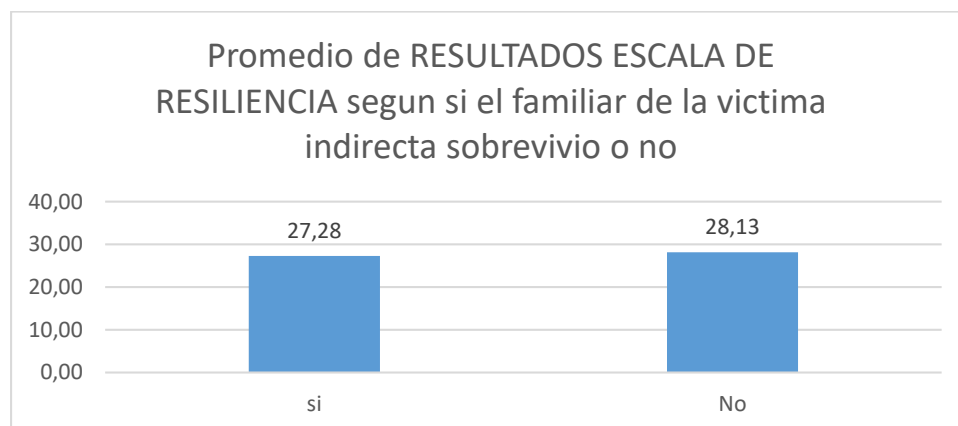
Podemos observar con los resultados que los promedios de resiliencia según los años transcurridos después de los hechos en las víctimas directas en los primeros 6 años los niveles son altos, del 7mo año a los 11 años los niveles de resiliencia bajan y de los 12 años a los 14 años después de los hechos vuelven a ascender los niveles de resiliencia.



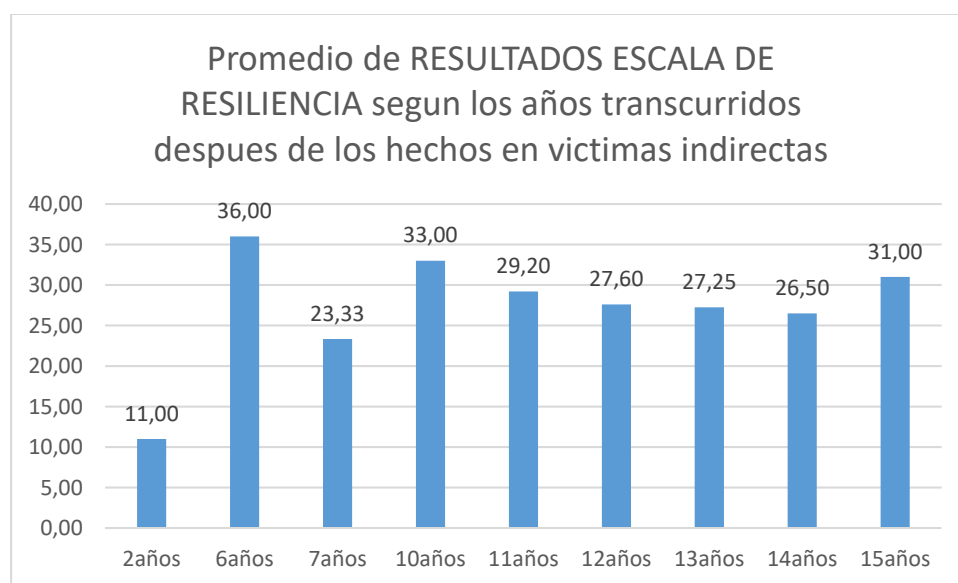
Según la relación de la víctima indirecta con la víctima directa podemos observar que las hijas de las víctimas directas y las esposas tienen mejores niveles de resiliencia, y las que eran madres y hermanos de las víctimas directas poseen más bajos niveles de resiliencia.



Los resultados mostraron que no hay una gran diferencia de niveles de resiliencia en las víctimas indirectas cuyos familiares sobrevivieron o no al accidente por mina antipersona.



Despues de 2 años transcurridos observamos que las víctimas indirectas poseen bajos niveles de resiliencia hay que aclarar que esta victima cumplia el papel de madre de la victima directa y habian transcurrido muy pocos años despues de los hechos, despues de los 10 años de los hechos ocurridos a los familiares de las víctimas indirectas los resultados de los niveles de resiliencia se estabilizan entre los 33 y 26 puntos de la escala de resiliencia que puntua de 0 a 40.



7. *Discusión*

Con los conocimientos resultados de la investigación se aporta al campo de la psicología información importante para caracterizar el estado actual de estas víctimas en cuanto a los niveles de resiliencia la cual como confirma la teoría podemos considerar como un factor protector e indicativo de la salud mental, los resultados de esta investigación aportaran a la comunidad académica y a la psicología resultados que nos ayudaran con la creación de estrategias y planes de potenciación de la resiliencia enfocados en las necesidades y características particulares de esta población, y así de esta manera aportar en favor a la salud mental y la reparación de estas víctimas que aún siguen sumando en Colombia y el mundo.

A partir de los resultados evidenciamos que los niveles de resiliencia en la muestra poblacional son en su mayoría medios, lo que no prueba la hipótesis que plantea que en la mayoría de la muestra los niveles de resiliencia serían altos, pero los niveles alcanzados en la población estudiada se acercan a los niveles altos en los resultados, además un 31% de la población si se encuentra en el nivel alto de resiliencia medido con la escala CD-RISC 10.

Estos resultados guardan relación con lo que sostienen (Herrera, Carvajal, et al., 2018) en su investigación “Imagen corporal, estrés percibido y resiliencia en militares amputados del conflicto armado interno en Colombia” en la cual obtuvieron resultados que muestran puntajes con altas tendencias en resiliencia.

En el estudio “Factores psicológicos después de una amputación traumática en sobrevivientes de minas terrestres: el puente entre la curación física y la recuperación total” hecho por Angela D. Ferguson, Beth Sperber Richie, María J Gómez (2004), en el cual el propósito era comprender mejor los ajustes psicológicos que hacen las personas en su recuperación de una lesión por minas terrestres, se realizó un estudio cualitativo exploratorio para determinar los factores que contribuyen a la recuperación de una persona. **Los** datos indicaron que la aceptación de los sobrevivientes de la pérdida de una extremidad y su estado de recuperación psicológica se vieron muy influenciados por las características de resiliencia del individuo, el apoyo social, la atención médica, la situación económica y las actitudes sociales hacia las personas con discapacidades. En relación con nuestro estudio nos muestran que este tipo de víctimas las características de resiliencia influyen en la recuperación de las víctimas, y por este mismo motivo vemos de gran importancia tener en cuenta esta variable al momento de crear estrategias para la recuperación física y mental de las víctimas.

En el estudio “Afectaciones Psicológicas, Estrategias de Afrontamiento y Niveles de Resiliencia de Adultos Expuestos al Conflicto Armado en Colombia” se determinaron

las afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de 677 adultos expuestos al conflicto armado en un municipio colombiano. El nivel de resiliencia es moderado. La percepción de salud es baja y la necesidad de atención es alta. (Ramírez, Juárez, et al., 2016). En comparación a nivel de la resiliencia con el anterior estudio, las características se relacionan con las de nuestro estudio en el cual obtuvimos en la mayoría de la muestra niveles medios de resiliencia.

8. Conclusiones.

El territorio colombiano ha sido fuertemente permeado por la violencia bélica, muchas son las víctimas del conflicto armado después de tantos años de confrontaciones de los diversos grupos armados que se han disputado el poder en los territorios por el manejo de las economías ilegales como el narcotráfico.

Unas de las víctimas que más sufren son las víctimas por MAP, MUSE y AEI, especialmente las víctimas civiles, ya que no han sido participantes en el conflicto sin embargo al quedar en medio de las confrontaciones y las disputas de los territorios deben sufrir este flagelo, se pudo determinar por medio de la teoría que son varias las repercusiones a nivel psicológico físico y social que sufren estas personas.

Mas sin embargo no todo es perdida como consecuencia de la victimización, varias de estas personas salen reforzadas de estas situaciones, la resiliencia juega un papel favorable que incide en la recuperación de la salud mental de las víctimas.

El objetivo del presente estudio fue describir las características sociodemográficas y los niveles de resiliencia en la población de víctimas civiles directas e indirectas de MAP, MUSE Y AEI asistentes al Servicio de Pastoral Social (SEPASVI) en el municipio de Samaniego en Nariño – Colombia en el cual encontramos unos niveles de resiliencia en su mayoría puntajes medios en el 48% de la población y puntajes altos en el 31% de la población, esto no afirma la hipótesis en la cual se planteo que la mayoría de la población tendría altos niveles de resiliencia pero la población se acerca a estos niveles, los niveles de resiliencia medios y altos en esta población se pueden explicar por el crecimiento postraumático que han vivido estas personas además del apoyo recibido desde las instituciones así como de sus familias.

En cuanto a las características sociodemográficas pudimos verificar que la mayoría de estas personas viven en condiciones de pobreza en su 98 % son estrato 1, además habitan los territorios rurales del departamento de Nariño, donde se evidencio por medio de la teoría que es un territorio ampliamente afectado por el conflicto armado y la violencia, otro punto que pudimos evidenciar es que un amplio porcentaje de los participantes no han culminado sus estudios de secundaria y la mayoría solo tienen realizada la primaria, solo un 22.9% son titulados como bachilleres y solo un 2% tiene

estudios superiores, estos resultados podemos inferirlos como prueba de estancamiento en los proyectos de vida de estas personas, un 67 % de los participantes son casados o viven en union libre, 60% viven con su pareja y un 38 % con la familia, ademas 70% de los participantes tienen hijos, con estos datos y en relacion a la teoria tambien se pueden explicar los favorables niveles de resiliencia en la poblacion por el acompañamiento familiar recibido, tambien se pudo observar que los roles que desempeñan dentro de la familia los participantes y que mas mas prevalecen en el estudio son: Hijo (a) 23%, padre y esposo 27% y madre y esposa 23%.

9. Recomendaciones para la institución.

Como recomendación para la institución se hace sugerencia de seguir ahondando en la investigación de variables que puedan repercutir en la recuperación y promoción de la salud mental en las víctimas del conflicto armado colombiano, así como motivar en la implementación de estrategias y programas creados desde la interdisciplinariedad para la construcción de paz y equidad en los territorios.

10. Propiedad intelectual.

El presente proyecto de investigación se enmarca en el “Estatuto de Propiedad Intelectual de la Universidad de Medellín”. Los investigadores Diego Francisco Chamorro Villota, en colaboración con los demás integrantes del cuerpo académico de la universidad manifestamos nuestro compromiso expreso de regirnos por lo allí establecido.

11. Referencias bibliográficas.

ACNUR. (2018). *Situación actual del conflicto armado en Colombia*. Agencia de la ONU para los Refugiados. https://eacnur.org/blog/situacion-actual-del-conflicto-armado-en-colombia-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/

Alessandro Preti, Astrid Villegas y Olga González. (2010). *Nariño: Análisis de la conflictividad*. Área de Paz, Desarrollo y Reconciliación. https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/COL/00058220_Analisis%20conflictividad%20Nariño%20PDF.pdf

Amor, J. L., & MEDINA AMOR, J. L. (2015). *Trauma psíquico*. https://books.google.com.co/books?id=Q9ASCgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Aristizábal, Palacio, Madariaga, Osman, Parra, Rodríguez & Lopez. (2012). *Síntomas y traumatismo psíquico en víctimas y victimarios del conflicto armado en el Caribe colombiano*. Universidad del Norte. <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a08.pdf>

Argemí, M. Rueda, L. (2002). *La construcción social de la violencia*. Universidad Autónoma de Barcelona. <https://ddd.uab.cat/pub/athdig/15788946n2/15788946n2a7.pdf>

Barreto & Fajardo. (2009). *Significado de la guerra en soldados víctimas de las minas antipersonales*. Redalyc. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225173009.pdf>

¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad. (2016). <https://babel.banrepcultural.org/digital/collection/p17054coll2/id/37/>

Burbano, Cañar, Madroñero, Reina, Rosero. (2017). *Lectura de contexto y abordaje psicosocial desde los enfoques narrativos*. Medellín, Quito, San Juan de Pasto, Pasto. Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD. <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/14837/1085261075.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ballesteros, Armengol, Milián, Aspa, García, Arestizábal, Ariño, Villellas y Martín. (2016). *Informe sobre conflictos, derechos humanos y construcción de paz*. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Espana/ecp/20161219055204/pdf_1461.pdf

Caballero, Colorado, Díaz, Gonzales, Linares, Sánchez, Suarez, Nubia, Riaño, Valencia y Wills. (2013). *¡Basta Ya! Colombia: Memoria de Guerra y Dignidad*. Centro

Nacional de Memoria Histórica.

<http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/resumen-ejecutivo-basta-ya.pdf>

Calero, Quiñones, Negret y Redondo. (2018). *Informe Especial: ECONOMÍAS ILEGALES, ACTORES ARMADOS Y NUEVOS ESCENARIOS DE RIESGO EN EL POSACUERDO*. Defensoría del Pueblo de Colombia.

<https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/economiasilegales.pdf>

Centro Nacional de Memoria Histórica. (s.f). *Los orígenes, las dinámicas y el crecimiento del conflicto armado*. CNMH.

http://centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/capitulos/basta-ya-cap2_110-195.pdf

Comite Internaacional de la Cruz Roja. (2018). *Cinco conflictos armados en Colombia ¿qué está pasando?*. CICR. <https://www.icrc.org/es/document/cinco-conflictos-armados-en-colombia-que-esta-pasando>

Comité Internacional de la Cruz Roja (2008). *Cuál es la definición de "conflicto armado" según el derecho internacional humanitario?*. CICR.

<https://www.icrc.org/spa/assets/files/other/opinion-paper-armed-conflict-es.pdf>

Congreso de la república de Colombia. (2002, 30 de julio). *Ley 759 de 2002*. *Diario oficial*. <http://www.accioncontraminas.gov.co/direccion/Documents/Ley759-2000.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (2013). *Ley 1616 del 21 de enero de 2013*. <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>.

Correa, Eugenia, Gaviria, Girón, Ospina, Martínez & Castañeda. (2017). *Consecuencias Del Conflicto Armado En La Salud De Colombia*. Minsalud & ONS. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/9%20Consecuencias%20del%20Conflicto%20Armado%20en%20la%20Salud%20en%20Colombia.pdf>

Corporacion Nuevo Arco iris, Fordfoundation y Mision de Observacion Electoral. (2007). *Monografía Politico Electoral del Departamento de Nariño 1197 a 2007*.

https://moe.org.co/home/doc/moe_mre/CD/PDF/narino.pdf

Declaración de las Naciones Unidas de 1985. (s.f.). *Sobre los principios básicos de justicia para las víctimas del crimen y de abuso de poder*. Naciones Unidas derechos humanos.

<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/VictimsOfCrimeAndAbuseOfPower.aspx>

Díaz. (s.f.). Ley 1448 de 2011. Análisis crítico a la restitución de tierras como mecanismo de reparación integral. <https://www.ictj.org/sites/default/files/subsites/colombia-linea-tiempo/docs/Ley1448/ley1448.pdf>

Dolores Serrano-Parra, M., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutiérrez, R., Solera-Martínez, M., & Martínez-Vizcaíno, V. (2013). Validez de la escala de resiliencia de Connor-Davidson (10 ítems) en una población de mayores no institucionalizados. *Enfermería Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.11.006>

Echeburúa, Corral & Amor. (2004). Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas de terrorismo. *Redalyc*. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617834003.pdf>

El tiempo. (2020). Los grupos que a sangre y fuego se disputan a Samaniego y Nariño. *El tiempo*. <https://www.eltiempo.com/colombia/california/los-grupos-armados-que-se-disputan-territorios-de-samaniego-y-narino-529932>

Escobar, Espinosa, Sachica y Triviño. Seguimiento sentencia T-025 de 2004. (s.f). <https://www.corteconstitucional.gov.co/T-025-04/AUTOS%202008/104.%20%20Auto%20del%2027-10-2008.%20Auto%20284.%20personas%20civiles%20Samaniego%20afectadas%20por%20minas%20antipersonas.pdf>

Ferguson, A. D., Richie, B. S., & Gomez, M. J. (2004). Psychological factors after traumatic amputation in landmine survivors: the bridge between physical healing and full recovery. *Disability and rehabilitation*. <https://doi.org/10.1080/09638280410001708968>

Fiscalía general de la nación & Relatoría unidad de justicia y paz. (2005, 25 de julio). Ley 975. Diario oficial. https://www.cejil.org/sites/default/files/ley_975_de_2005_0.pdf

Fundacion ides para la Paz, Organizacion internacional para las migraciones y USAID. (2014). Dinámicas del conflicto armado en tumacoy su impacto humanitario. <https://pacificocolombia.org/wp-content/uploads/2016/05/0636758001392485617.pdf>

Guerrero, Juárez, Parada, Ramirez, Romero, Salgado Y Vargas. (2015). *Afectaciones Psicológicas, Estrategias de Afrontamiento y Niveles de Resiliencia de Adultos Expuestos al Conflicto Armado en Colombia*. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/49966/61941>

Gómez. (2019). *SINTOMATOLOGÍA E INTERVENCIÓN EN VÍCTIMAS DE TERRORISMO*. Universidad pontificia ICAICADE. https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/30839/TFG_VictimasTerrorismo_AnaLauraGomez.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Herrera-Moreno, D., Carvajal-Ovalle, D., Cueva-Nuñez, M. A., Acevedo, C., Riveros-Munévar, F., Camacho, K., Fajardo-Tejada, D. M., Clavijo-Moreno, M. N., Lara-Correa, D. L., & Vinaccia-Alpi, S. (2018). *Body image, perceived stress, and resilience in military amputees of the internal armed conflict in Colombia*. *International journal of psychological research*. <https://doi.org/10.21500/20112084.3487>

Hurtado y Serna. (2012). *Neuropsicología de la violencia*. *Revista psicología científica*. <https://www.psicologiacientifica.com/neuropsicologia-de-la-violencia/>

Jaramillo- Gutierrez, C. A., Londoño-Pineda, A. A., & Vélez Rojas, O. A. (2020). *Non-conventional anti-personnel landmines and sustainable livelihoods in Colombian rural areas*. *Dynamics of Asymmetric Conflict*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/17467586.2020.1853192>

Kotliarenco M. A, Cáceres I., Fontecilla M. (1997). *Estado del Arte en Resiliencia*. <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Resil6x9.pdf>

Lozano. (2016). *Impactos psicológicos y psicosociales en víctimas sobrevivientes de masacre selectiva en el marco del conflicto Suroccidente Colombiano en el año 2011*. *Colombia Forense*. <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/ml/article/view/1756>

O'Boyle C. *The Schedule for the evaluation of individual Quality of life*. Researchgate https://www.researchgate.net/publication/232443070_The_Schedule_for_the_Evaluation_of_Individual_Quality_of_Life_SEIQoL

Oficina del Alto Comisionado para la Paz. (2019). *Descontamina Colombia. Víctimas de Minas Antipersonal y Municiones sin Explosionar*. <http://www.accioncontraminas.gov.co/estadisticas/Paginas/victimas-minas-antipersonal.aspx>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. OMS. https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud. (2013). Preguntas más frecuentes: ¿Cómo define la OMS la salud? OMS. <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Páez, I. Fernández, S. Ubillos & E. Zubieta (2004). *Psicología social, Cultura y Educación*. Madrid. Researchgate. https://www.researchgate.net/publication/286884142_Sobre_la_Violencia_Colectiva

Paez, Vasquez & Echeburua. (2013). *Trauma social, afrontamiento comunitario y crecimiento postraumático colectivo*. Researchgate. https://www.researchgate.net/profile/Dario-Paez-2/publication/285580393_Trauma_Social_Afrontamiento_Comunitario_y_Crecimiento_Postrumatico_Colectivo/links/565f8f1408ae1ef92985603b/Trauma-Social-Afrontamiento-Comunitario-y-Crecimiento-Postrumatico-Colectivo.pdf

Paraninfo. Organización de las Naciones Unidas. (2019). Informe Landmine Monitor. ONU.

Presidencia de la república. (s.f). AICMA, Convención de OTTAWA. <http://www.accioncontraminas.gov.co/AICMA/convencion-de-ottawa>

Radio Nacional de Colombia. (2019). Por lo menos 10 grupos armados ilegales delinquen en Nariño: gobernador Romero. RTVC. <https://www.radionacional.co/cultura/por-lo-menos-10-grupos-armados-ilegales-delinquen-en-narino-gobernador-romero>

Ramírez, Juárez, Baños, Guerrero Luzardo, Romero, Salgad, & Vargas. (2016). *Afectaciones Psicológicas, Estrategias de Afrontamiento y Niveles de Resiliencia de Adultos Expuestos al Conflicto Armado en Colombia*. *Revista Colombiana de Psicología*. <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.49966>

Ramírez, L. A. O. (2020, 1 enero). *Victimización directa e indirecta y síntomas de estrés postraumático en estudiantes universitarios del noreste de México*. | *Acta Colombiana de Psicología*. <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/3141>

Rebóm, J. Gamallo, L. (2013). *La violencia colectiva en la Argentina reciente. Anuario del conflicto social.* <http://revistes.ub.edu/index.php/ACS/article/download/10353/13145>.

Restrepo, Yara, Betancur & Tavera. (2014). *Perfil emocional de un grupo de militares colombianos víctimas de minas antipersona o artefactos explosivos improvisados. Revista Colombiana de Psiquiatría.* <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745014000183>

Riveros Munévar, F., Bernal Vargas, L., Bohórquez Borda, D., Vinaccia Alpi, S., & Quiceno, J. M. (2016). *Validez de constructo y confiabilidad del Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10) en población colombiana con enfermedades crónicas. Salud & Sociedad, 7(2), 130-137.* <https://doi.org/10.22199/S07187475.2016.0002.00001>

Sierra-Barón, Willian. (2011). *RESILIENCIA: UNA PROPUESTA CONCEPTUAL ANTE LA ADVERSIDAD.* Researchgate. https://www.researchgate.net/publication/305720136_RESILIENCIA_UNA_PROPUESTA_CONCEPTUAL_ANTE_LA_ADVERSIDAD

URZUA M, Alfonso y CAQUEO-URIZAR, Alejandra. (2012). *Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Ter psico.* <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>.

Verdad abierta. (2020). *Masacres, estrategia de terror en múltiples confrontaciones. Verdad abierta.* <https://verdadabierta.com/masacres-estrategia-de-terror-en-multiples-confrontaciones/>

Vicepresidencia de la República. (2012) *Glosario Nacional Básico General de Términos de Acción Integral contra Minas Antipersonal.* http://www.accioncontraminas.gov.co/prensa/Documents/glosario_terminos_accion_contra_minas.pdf

Vinaccia, Stefano, & Quiceno, Japcy Margarita, & Medina, Ailyn, & Castañeda, Briyith, & Castelblanco, Paula. (2014). *Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. Acta Colombiana de Psicología.* <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=798/79831197007>

Vinaccia, S., Quiceno, J. y Remor, E. (2012). *Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad*

de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. Anales de psicología, 28 (2), 366-377

12. Anexos.

Instrucción: Por favor indique el grado en el cual cada pregunta de abajo le describe. No hay preguntas buenas ni malas. Lo importante es su sincera opinión. Responda a cada frase, de acuerdo a cómo piensa. Coloque una X sobre el número que considere su mejor respuesta.

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Soy capaz de adaptarme cuando ocurren cambios	0	1	2	3	4
2. Puedo enfrentarme a cualquier cosa	0	1	2	3	4
3. Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento con Problemas	0	1	2	3	4
4. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte	0	1	2	3	4
5. Tengo tendencia a recuperarme pronto tras enfermedades, heridas u otras privaciones	0	1	2	3	4
6. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos	0	1	2	3	4
7. Bajo presión me centro y pienso Claramente	0	1	2	3	4
8. No me desanimo fácilmente con el fracaso	0	1	2	3	4
9. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y dificultades de la vida	0	1	2	3	4
10. Soy capaz de manejar sentimientos desagradables y dolorosos como tristeza, temor y enfado	0	1	2	3	4

Riveros, F., Bernal, L., Bohorquez, D., Vinaccia, S., & Quiceno, J. M. (2017). Análisis psicométrico del Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10) en población universitaria colombiana. *Psicología desde el Caribe*, 34(3), 161-171.

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A continuación, encontrará una serie de preguntas en las cuales usted debe especificar su respuesta marcando con una **X** la opción de respuesta que corresponde a su situación actual; en las respuestas abiertas conteste en los espacios destinados para ello. Las respuestas serán confidenciales y serán usadas solo con fines académicos.

NOMBRE: _____

1. **EDAD** años _____

SEXO

2. Femenino X Masculino _____ Sin especificar _____

ESTRATO SOCIOECONOMICO

3. 1 _____ 2 _____ 3 _____ OTRO _____

ESTADO CIVIL

4. Soltero _____ Casado _____ Viudo _____
Unión Libre _____ Separado _____

¿CÚAL ES SU LUGAR DE PROCEDENCIA?

5. Municipio _____ Departamento _____

¿DÓNDE VIVE ACTUALMENTE?

6. Municipio _____ Vereda _____

¿CON QUIÉN VIVE?

7. Solo _____ Con pareja _____ Con familia _____ otro ___ cual _____

SITUACIÓN FAMILIAR

8. ¿Tiene hijos?
Sí X ___ No _____

9. ¿Cuál es su rol en su familia? En este apartado puede, tener una o más opciones de respuesta, marque todas las que apliquen en su caso.

Padre _____ Madre _____ Esposo(a) _____ hijo (a) _____
 Otro _____ ¿Cuál? _____

NIVEL DE ESCOLARIDAD

10. Primaria _____ Secundaria _____ Bachiller _____ Técnico o
 Tecnológico _____ Pregrado _____

¿ACTUALMENTE ESTÁ TRABAJANDO?

11. Sí X No _____

¿QUE TIPO DE VICTIMA ES USTED?

12. Directa _____ Indirecta _____

SI ES USTED UN TIPO DE VICTIMA DIRECTA RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTA, SINO PASAR A LAS SIGUIENTES.

¿QUE TIPO DE LESIONES TIENE USTED QUE SON SECUELAS DE LA VICTIMIZACIÓN POR MAP, MUSE Y AEI?

13. Amputación de miembros inferiores _____, Amputación de miembros superiores _____, Lesiones oftalmológicas _____ Lesiones auditivas _____ Otra _____ Cual _____

14. Hace cuánto tiempo sucedieron los hechos de los que fue usted víctima Años _____ Meses _____

SI ES USTED UN TIPO DE VICTIMA INDIRECTA RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

- 15.Cuál es su relación con la persona víctima directa _____
 16. La víctima directa vive Sí _____ No _____
 17. Hace cuánto tiempo sucedieron los hechos Años _____ Meses _____

SI ES USTED EL CUIDADOR DE LA VICTIMA RESPONDER LA SIGUIENTE PREGUNTA.

- 18.Cuál es su relación con la persona víctima directa Esposo(a) _____ Padre o madre _____ Hijo (a) _____ Hermano (a) _____ Otro: Cual _____
 Cuánto tiempo lleva usted a cargo de la persona Años _____