

#### Cómo citar este artículo:

Ortegón, T. M., Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Capira, A., Cerra, D. y Bernal S. (2022). Apoyo social, resiliencia, estrés percibido, estrés postraumático, ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud en líderes comunitarios víctimas del conflicto armado en los Montes de María, Sucre, Colombia. *Revista Eleuthera*, 24(1), 158-178. <http://doi.org/10.17151/eleu.2022.24.1.8>

# Apoyo social, resiliencia, estrés percibido, estrés postraumático, ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud en líderes comunitarios víctimas del conflicto armado en los Montes de María, Sucre, Colombia\*

Social support, resilience, perceived stress, post-traumatic stress, anxiety, depression and health-related quality of life in community leader's victims of the armed conflict in Montes de Maria, Sucre, Colombia

TWIGGY MALENA ORTEGÓN\*\*

STEFANO VINACCIA\*\*\*

JAPCY MARGARITA QUICENO\*\*\*\*

ANDREA CAPIRA\*\*\*\*\*

DAVID CERRA\*\*\*\*\*

SORAYA BERNAL\*\*\*\*\*

## Resumen

**Objetivo.** El objetivo de este estudio fue evaluar las relaciones entre variables psicológicas positivas y negativas asociadas a salud mental y calidad de vida en líderes víctimas del conflicto armado en los Montes de María, Sucre, Colombia. **Metodología.** Se basó en un paradigma cuantitativo. Participaron 28 líderes campesinos a quienes se aplicaron las escalas de apoyo social, de afrontamiento resiliente, de estrés percibido, de trastorno por estrés postraumático, de ansiedad y depresión y de calidad de vida relacionada con la salud. **Resultados.** Hubo niveles favorables en todas las variables del estudio y los análisis de regresión lineal muestran que la depresión tiene un peso negativo sobre la calidad de vida física y la ansiedad y el estrés percibido lo tienen sobre la calidad de vida mental. **Conclusión.** La calidad de vida física y mental puede ser vulnerada por las emociones negativas en personas que han vivido violencia en el marco del conflicto armado colombiano.

\* Este artículo es el resultado del proyecto "Impacto del conflicto armado en la salud mental de las víctimas del municipio de Ovejas, Montes de María, Sucre".

\*\* Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. E-mail: [twiggymalena@gmail.com](mailto:twiggymalena@gmail.com)

 [orcid.org/0000-0002-1911-3713](https://orcid.org/0000-0002-1911-3713) **Google Scholar**

\*\*\* Universidad del Sinú. Montería, Colombia. E-mail: [stefanovinacci@unisinu.edu.co](mailto:stefanovinacci@unisinu.edu.co)

 [orcid.org/0000-0001-5169-0871](https://orcid.org/0000-0001-5169-0871) **Google Scholar**

\*\*\*\* Universidad de Medellín. Medellín, Colombia. E-mail: [japcyps@hotmail.com](mailto:japcyps@hotmail.com)

 [orcid.org/0000-0002-3821-2784](https://orcid.org/0000-0002-3821-2784) **Google Scholar**

\*\*\*\*\* Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa, Perú. E-mail: [acapirap@unsa.edu.pe](mailto:acapirap@unsa.edu.pe)

 [orcid.org/0000-0003-1180-4891](https://orcid.org/0000-0003-1180-4891)

\*\*\*\*\* Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. E-mail: [daxt91@gmail.com](mailto:daxt91@gmail.com)

 [orcid.org/0000-0002-8736-010X](https://orcid.org/0000-0002-8736-010X)

\*\*\*\*\* Universidad del Bosque. Bogotá, Colombia. E-mail: [sbernalgu@unbosque.edu.co](mailto:sbernalgu@unbosque.edu.co)

 [orcid.org/0000-0003-3184-5922](https://orcid.org/0000-0003-3184-5922)



rev. eleuthera. Vol. 24 n.º 1, enero-junio 2022, 158-178

Recibido: 15 de junio de 2021. Aprobado: 10 de agosto de 2021

ISSN: 2011-4532 (Impreso) ISSN: 2463-1469 (En línea)

<http://doi.org/10.17151/eleu.2022.24.1.8>

**Palabras clave:** Apoyo social, resiliencia, estrés, emociones negativas, calidad de vida relacionada con la salud.

## Abstract

**Objective.** The objective of this study was to evaluate the relationships between positive and negative psychological variables associated with mental health and quality of life in leaders who were victims of the armed conflict in Montes de María, Sucre, Colombia. **Methodology.** Was based on a quantitative paradigm. Twenty-eight peasant leaders participated and were administered scales of social support, resilient coping, perceived stress, post-traumatic stress disorder, anxiety and depression, and health-related quality of life. **Results.** There were favorable levels in all study variables and linear regression analyses show that depression has a negative weight on physical quality of life and anxiety and perceived stress have a negative weight on mental quality of life. **Conclusion.** Physical and mental quality of life may be affected by negative emotions in people who have experienced violence in the context of the Colombian armed conflict.

**Key words:** Social support, resilience, stress, negative emotions, health-related quality of life.

## Introducción

Los Montes de María cuentan con una ubicación estratégica en la geografía de la región, tanto por su potencial forestal y agroindustrial gracias al valle del río Magdalena, como por ser el paso obligado de bienes legales e ilegales del interior hacia los puertos del Caribe. Esta posición privilegiada le permitió desarrollar dinámicas comerciales, empresariales y de tránsito importantes (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2010).

Entender las causas del conflicto requiere entender la raíz histórica del mismo. Las disputas territoriales han sido una constante en la región y tienen su origen en el sistema colonial, el establecimiento del sistema de hacienda, y su expansión en el Caribe, que a la postre llevó a un modelo extensivo de producción. Los primeros pobladores de la región fueron pueblos indígenas, después se dio la llegada de población cimarrona y palanquera que desarrollaron palenques que se fueron fortaleciendo y adquiriendo una autonomía territorial importante (Andrade et al., 2019). Ya en el siglo XVIII la producción del tabaco y la ganadería trajo crecimiento económico, y también el fortalecimiento del latifundio y su alianza con el poder local enmarcado en el clientelismo (Centro Nacional de Memoria Histórica [CNMH], 2010).

Colombia ha tenido más de 60 años de conflicto interno, constituyéndose en el más largo en el Hemisferio Occidental. Este conflicto tiene sus raíces en las pugnas bipartidistas (periodo

denominado genéricamente como La Violencia) entre los partidos políticos Conservador y Liberal, que surgieron en los años 40 y se extendieron hasta los años 60 del pasado siglo. Diferentes grupos guerrilleros de extrema izquierda (FARC-EP, M-19, Quintín Lame, EPL, ELN), así como diferentes grupos paramilitares de extrema derecha, combatieron entre sí y con las Fuerzas Armadas de Colombia (Ríos-Sierra, 2016).

Adicionalmente, el desarrollo en los últimos años de bandas criminales asociadas a diferentes carteles de la droga ha reforzado el conflicto armado a favor de un bando o de otro dependiendo de las circunstancias e intereses económicos. Este complejo panorama ha llevado a la población de Colombia, especialmente en las zonas rurales, a sufrir lesiones, pérdidas y actos de violencia traumáticos a través de violaciones masivas de los derechos humanos (Medina-Gallego, 2017).

Estos grupos cometieron violaciones sistemáticas de los derechos humanos para mantener su control sobre el territorio y la población civil, provocando el desplazamiento de civiles y convirtiendo a Colombia en el país con el mayor número de desplazados internos de todo el mundo. El Observatorio de Desplazamiento Interno [IDMC] (2019) establece una cifra de alrededor de 5,6 millones de personas desplazadas internas, como consecuencia del conflicto armado en Colombia, a 31 de diciembre de 2019. La mayoría de los desplazados internos se han trasladado de las zonas rurales a las urbanas; sin embargo, la violencia en los grandes centros urbanos ha dado lugar a importantes retornos de segmentos de la población desplazada a su lugar original de residencia (CNMH, 2012, 2017, 2018).

La población víctima del conflicto armado en Colombia ha sufrido una serie de actos de violencia, tales como asesinatos selectivos, masacres, reclutamiento de niños y adolescentes; violencia sexual, abortos forzados, secuestro, amenazas, confinamiento, despojo de tierras, trata de personas, entre otras dejaciones con efectos devastadores a nivel de la salud mental como estrés postraumático, ansiedad, depresión y desesperanza con consecuencias asociadas como ideación suicida, ataques de pánico, consumo de sustancias psicoactivas, ruptura de redes sociales y afectivas y desarraigo cultural, entre otros (Alejo, 2005; Alejo et al., 2007; Gómez-Restrepo et al., 2016; Torres-Salazar et al., 2021).

Por otro lado, la violencia asociada al conflicto interno en Colombia no se ha presentado con la misma intensidad en todo el territorio nacional. En determinadas áreas estratégicas como es el caso de los Montes de María, la violencia ha sido más sistemática y enconada, un ejemplo de esto son las más de 79 masacres perpetradas por los paramilitares en esta área geográfica entre 1996 y 2001 (Colón-Arroyo y López-Fernández, 2020; Gaviria-Mejía et al., 2020).

Con respecto a los estudios con una matriz claramente psicológica, hay pocos estudios que identifiquen el papel de variables positivas como factores de amortiguación y al crecimiento de emociones positivas en poblaciones sometidas al conflicto armado colombiano durante

décadas. Al respecto, Hewitt-Ramírez et al. (2016) desarrollaron un estudio para determinar las afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de 677 adultos expuestos al conflicto armado en un municipio del departamento de Cundinamarca. Los participantes del estudio fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio por afijación proporcional. Las principales afectaciones psicológicas encontradas fueron alteraciones del estado de ánimo y síntomas de estrés postraumático. Las estrategias de afrontamiento más empleadas eran la religión y la esperanza de que las cosas se arreglaran “solas” con moderados niveles de resiliencia y baja percepción de salud.

Por otro lado, Cerquera-Córdoba et al. (2020) desarrollaron un estudio con 70 jóvenes adultos víctimas del conflicto armado en el departamento de Santander para medir estilos de afrontamiento y resiliencia. Los resultados indicaron altas puntuaciones en estrategia de afrontamiento de apoyo social, religión, reacción agresiva y expresión de la dificultad de afrontamiento, y bajas puntuaciones en estrategias de solución de problemas, espera, evitación emocional, búsqueda de apoyo emocional, evitación cognitiva, reevaluación positiva, negación y autonomía con unos niveles bajos de resiliencia.

Quintero-González et al. (2020) aplicaron en el departamento de Sucre escalas de Bienestar Psicológico, Bienestar Social, la Escala de Satisfacción con la Vida y la Escala de Trauma Psicosocial a los jóvenes retornados (n=129) y reubicados (n=259). Los resultados mostraron que los retornados tenían un mayor bienestar e indicadores más claros con respecto a los reubicados. Además, el bienestar de los retornados tenía menos factores de trauma, que a su vez están cuasi moderados por la situación de retorno o reubicación.

Vásquez-Campos et al. (2018) investigaron los niveles de apoyo social (emocional, instrumental, interacción positiva y apoyo afectivo) y sus relaciones con variables sociodemográficas en 1139 víctimas del conflicto interno colombiano de los municipios de Barrancabermeja, Trujillo, Bello, Montería y Santa Marta, mediante el cuestionario MOS de Apoyo Social. Los resultados indicaron que el apoyo social permite crear una sensación de tranquilidad y confianza que puede ser muy importante no solo en los momentos de afrontamiento de situaciones estresantes, sino también luego de ocurridos los hechos a los que han sido sometidos las víctimas.

Finalmente, Castañeda-Polanco et al. (2019) en el departamento de Cundinamarca desarrollaron un estudio para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud a través del cuestionario MOS-SF 36 a 265 personas víctimas de desplazamiento forzado como resultado del conflicto armado colombiano. En términos generales, las mujeres presentaron más baja calidad de vida que los hombres; y los participantes presentaron niveles medio bajos en las dimensiones de la escala SF36 salud general, vitalidad rol emocional, y buenos niveles en las dimensiones función física, función social, dolor físico, rol emocional, salud mental, presentando en términos generales una aceptable calidad de vida.

De acuerdo con lo anterior, el objetivo de este estudio fue evaluar las relaciones entre el apoyo social, la resiliencia, el estrés percibido, el estrés postraumático, la ansiedad y depresión sobre la calidad de vida relacionada con la salud en víctimas del conflicto armado de la vereda San Francisco, municipio de Ovejas, Montes de María, Sucre, Colombia. Hipótesis: a mayores niveles de apoyo social y resiliencia mayores niveles de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y a mayores niveles de estrés percibido y postraumático y de ansiedad/depresión menores niveles de CVRS.

## Método

### Participantes

En este estudio participaron 28 personas adultas líderes de comunidad, víctimas del conflicto armado y reconocidos por el Estado colombiano como sujetos de reparación colectiva, habitantes de la vereda San Francisco del municipio de Ovejas, Montes de María, departamento de Sucre, Colombia, en el período comprendido entre 2000 a 2010. Las personas fueron escogidas mediante muestreo no aleatorio de sujetos disponibles. Para mayor información véase Tabla 1.

### Instrumentos

Escala de Apoyo Social, MOS-AS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey, MOS-SS), instrumento desarrollado originalmente por Sherbourne y Stewart (1991) y validado en Colombia obteniendo un alfa de Cronbach entre .921 y .736 por Londoño-Arredondo et al. (2012). Este cuestionario cuenta con un total de 20 ítems, y evalúa el apoyo social percibido por las personas. El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Las opciones de respuesta están dadas por una escala de Likert, de 1 (nunca) a 5 (siempre).

Escala breve de afrontamiento resiliente (Brief Resilient Coping Scale) —BCRS—, versión original de Sinclair y Wallston (2004). Es una medida unidimensional compuesta por 4 ítems que evalúan la capacidad de hacer frente al estrés de manera adaptativa. La versión original presentó un valor del coeficiente del alfa de Cronbach de .69. Los ítems puntúan en una escala Likert, de 1 (no me describe en absoluto) a 5 (me describe muy bien). Para este estudio se usó la validación colombiana realizada por Trejos-Herrera et al. (en prensa).

Escala de Estrés Percibido, EEP-14 (Perceived Stress Scale, PSS), versión original de Cohen et al. (1983). Para la presente investigación se usa la versión colombiana adaptada de Campo-Arias et al. (2014). La versión original obtiene un alfa de Cronbach de .811. Esta escala es un instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, y

consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo).

Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático, PCL-6 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist, PCL), versión original de Weathers et al. (2013), que cuenta con una adaptación psicométrica al español de Durón-Figueroa et al. (2019). Para esta investigación se utilizó la versión corta de 6 ítems con una escala tipo Likert que va de 1 (nada) a 5 (totalmente).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), diseñada por Zigmond y Snaith (1983); la versión en español fue adaptada y validada en Colombia por Rico et al. (2005). El coeficiente alfa de Cronbach original de 0,85, y que fue en el presente estudio de 0,67. Este es un cuestionario autoaplicado que consta de 14 ítems que se califican en una escala Likert con recorrido de 0 a 3. Está dividido en dos subescalas: ansiedad y depresión. Los ítems impares evalúan la primera y los pares la segunda. El rango de puntuación en cada subescala es de 0 a 21, donde el mayor puntaje representa mayor ansiedad o depresión.

Cuestionario de salud SF-36 (The Short Form-36 Health Survey, SF-36), diseñado por Ware y Sherbourne (1992), y cuya adaptación al español fue hecha por Alonso et al. (1995) y validada para la población adulta colombiana por Lugo et al. (2006). Este cuestionario consta de 36 ítems, que se responde en una escala Likert; sus ítems se dividen en ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Además, se organiza en dos índices sumarios: uno para salud física y otro para salud mental. Su fiabilidad se encuentra entre 0,80 y 0,92 en sus diferentes dimensiones, pero en el presente estudio se ubicó entre 0,57 y 0,89. El punto de corte es de 50; por encima de este puntaje se considera que hay estados positivos de salud y estados negativos en resultados inferiores a este número.

## Procedimiento

La preparación del equipo para la aplicación de los instrumentos en terreno estuvo orientada por un psicólogo clínico y una trabajadora social con maestría en Antropología, expertos en investigación con víctimas del conflicto armado. Durante tres meses se realizaron encuentros y talleres con aproximadamente 45 estudiantes de Sociología Jurídica, Trabajo Social y Psicología y 5 docentes universitarios de las áreas del Trabajo Social, Psicología y Derecho para consolidar un grupo suficiente que estuviese en terreno el día de la aplicación de instrumentos.

Previamente, se realizaron visitas a terreno en las cuales inicialmente se realizó una reunión con los líderes de la vereda seleccionada y aledaña para presentar el proyecto de investigación y solicitar permiso y aprobación por parte de ellos. Luego de contar con el aval de la comunidad, se realizaron entrevistas exploratorias en profundidad dirigidas a líderes y algunos pobladores que manifestaron su deseo de narrar su vivencia del conflicto armado. Inicialmente, se

deseaba alcanzar una muestra de 2.000 personas pertenecientes a las veredas San Francisco, Villa Colombia, Borrachera y El Palmar. Sin embargo, por cuestiones de acceso y recursos, se restringió el trabajo de campo a la vereda San Francisco, ubicada en el municipio de Ovejas, departamento de Sucre, subregión Montes de María.

La preparación del equipo para la aplicación de instrumentos tuvo en cuenta la lectura sistemática del informe “Basta ya” del CNMH, el libro *Mujeres de los Montes de María. Huellas de un conflicto*, y otros textos de referencia. Asimismo, se realizaron cuatro talleres de preparación para el conocimiento y manejo de las pruebas psicométricas seleccionadas y para la comprensión del contexto sociocultural en el cual se realizó la investigación.

El día de la aplicación de las pruebas, se organizó a la población en el colegio de la vereda, se distribuyeron en dos aulas y con el acompañamiento personalizado del equipo de docentes y estudiantes, dado que una proporción alta de la población es iletrada o no lee con fluidez. Antes de la aplicación, se realizó una explicación paso a paso con la población sujeto del estudio de los contenidos de las pruebas y la forma de responderlos; adicionalmente, se explicó todo lo relacionado con el consentimiento informado. Posteriormente, se aplicaron las pruebas, y el proceso duró una hora aproximadamente.

## Resultados

Para el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas (edad, número de personas con quien se vive, edad de los hechos victimizante) y psicológicas (apoyo social, resiliencia, estrés postraumático, estrés percibido, ansiedad/depresión y CVRS) se utilizó como medida de tendencia central la media. Asimismo, se calculó la desviación típica (D.T.) y las puntuaciones mínimas (Mín.) y máximas (Máx.) de las diferentes dimensiones de los instrumentos psicométricos utilizados. Respecto a las diferentes variables nominales y discretas sobre los datos sociodemográficos y sobre los hechos victimizantes, se calcularon porcentajes. Además, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para el análisis de fiabilidad de las diferentes dimensiones y escalas totales de los instrumentos psicométricos del estudio. Para el análisis correlacional de las diferentes dimensiones de los cuestionarios utilizados se calculó el Rho de Spearman. Por último, se empleó un modelo de regresión lineal múltiple para evaluar el peso de las variables predictoras de los estilos y estrategias de afrontamiento al estrés (apoyo social, resiliencia, estrés postraumático, estrés percibido, ansiedad/depresión) sobre la CVRS (variable criterio). A continuación, se presentan los resultados estadísticos de la investigación.

Descripción de la muestra según las características sociodemográficas

En la Tabla 1 se aprecia que gran parte de los 28 participantes de este estudio fueron mujeres (60,7%) adultas entre 26 y 84 años, con una media edad de 52 años (n=26, 2 personas no reportaron la edad). Gran parte de la muestra pertenece al estrato socioeconómico colombiano bajo, nivel 1 y 2 (100%), viven en sus hogares con 4 personas aproximadamente, tienen una pareja (71,4%), trabajan (64,3%), creen en Dios y regularmente asisten a cultos/misa y rezan (46,4%).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los participantes del estudio (n=28).

	n	%		n	%
Género			Edad (n=26)		
Masculino	11	39,3	Media (DS)	51,7	16,3
Femenino	17	60,7	Mediana	50,5	
			Mín. - Máx.	26-84	
Estrato socioeconómico			Estado civil		
Estrato 1	27	96,4	Unión libre	14	50,0
Estrato 2	1	3,6	Soltero	3	10,7
			Casado	6	21,4
Número de personas con quien vive			Divorciado	3	10,7
Ninguna persona	2	7,1	Viudo	2	7,1
Con una persona	2	7,1			
Con dos personas	7	25,0	Ocupación		
Con tres personas	3	10,7	Desempleado	10	35,7
Con cuatro personas	5	17,9	Trabajo informal sin contrato de trabajo	8	28,6
Con cinco personas	2	7,1	Negocio propio	10	35,7
Con seis personas	4	14,3			
Con siete personas	1	3,6	Creencia en Dios y participación religiosa		
Con nueve personas	2	7,1	Creo en Dios, pero no asisto a cultos o misa y rezo pocas veces	6	21,4

Personas con quien vive (n=28)			Creo en Dios, regularmente asisto a cultos o misa y rezo	13	46,4
Media (DS)	3,7	2,4	Creo en Dios, siempre asisto a cultos o misa y rezo	8	28,6
Mediana	3,5		Ateo	1	3,6
Mín. - Máx.	0-9				

**Nota:** n= participantes; Mín. - Máx.= puntuación Mínima y Máxima.  
Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, respecto a los *hechos victimizantes*, en la gran mayoría de la muestra de estudio se aprecia en la Tabla 2 que el *desplazamiento forzado* (42,9%), el *homicidio* —asesinato— (25,0%) y el *despojo de bienes y tierras* (14,3%) fueron los hechos victimizantes más sufridos, entre el periodo de los años 1996 al 2000 (17,9%), 2001 a 2005 (57,1%) y 2006 al 2010 (10,75%), siendo los grupos más afectados por estos hechos los adolescentes (17,9%), adultos jóvenes (25,0%) y adultos (21,4%), con una media de edad de 34 años (n=26, 2 personas no reportaron). Todos reportaron que se vieron afectados por los hechos victimizantes a otras personas conocidas de su círculo afectivo cercano, en especial la categoría de mayor agrupamiento estuvo en el *padre, madre, hermano o hijos* (60,7%) y amigos (28,6%), y el 71,4% estuvo presente cuando le ocasionaron esos hechos a la persona conocida. El tiempo sufrido durante los hechos victimizantes fue tres años (32,1%) en la gran mayoría, y 24 personas (85,7%) informaron que quienes los ocasionaron fueron personas desconocidas (85,7%), como grupos al margen de la ley (67,9%) y la Fuerza Pública (17,9%), en una proporción menor se encontraron familiares y conocidos cercanos (14,3%). Entre las consecuencias que dejaron los hechos victimizantes al familiar fueron la muerte (25,0%), la enfermedad (17,9%), el suicidio (10,7%) o el no regreso del familiar (3,6%), es de anotar que en esta pregunta un 32,1% no responde.

**Tabla 2.** Hechos victimizantes de los participantes del estudio (n=28).

	n	%		n	%
Hechos victimizantes sufridos			Estaba usted presente cuando le ocasionaron esos hechos a la persona conocida		
Homicidio (asesinato)	7	25,0	SÍ	20	71,4
Ejecuciones extrajudiciales	2	7,1	NO	8	28,6
Torturas, tratos crueles o degradantes	2	7,1			
Delitos contra la libertad e integridad sexual y reproductiva	1	3,6	Cuánto tiempo sufrió los hechos victimizantes		
Desplazamiento forzado	12	42,9	Una semana	1	3,6
Despojo de bienes y tierras	4	14,3	Un mes a seis meses	4	14,3
			Un año	4	14,3
Periodo (años) de los hechos victimizantes			Dos años	4	14,3
Entre 1990 a 1995	2	7,1	Tres años	9	32,1
Entre 1996 a 2000	5	17,9	Cuatro años	1	3,6
Entre 2001 a 2005	16	57,1	Cinco años	1	3,6
Entre 2006 a 2010	3	10,7	Siete años	1	3,6
No responde	2	7,1	Catorce años	1	3,6
			Diecisiete años	1	3,6
Rango de edad en que se vivió los hechos victimizantes			No responde	1	3,6
Entre los 10 y 19 años	5	17,9			
Entre los 20 y 29 años	7	25,0	Quiénes ocasionaron los hechos		
Entre los 30 y 39 años	6	21,4	Familiares	3	10,7
Entre los 40 y 49 años	3	10,7	Conocidos lejanos	1	3,6
Entre los 50 y 59 años	3	10,7	Desconocidos	24	85,7
Entre los 70 y 79 años	2	7,1			
No responde	2	7,1	Grupo que ocasionó los hechos victimizantes		
			Grupo armado organizado al margen de la ley	19	67,9

Edad en que vivió los hechos victimizantes (n=26)			Fuerza Pública	5	17,9
Media (DS)	34,2	18,1	Otros	4	14,3
Mediana	30,0				
Mín. - Máx.	10 a 79		Qué pasó a alguien de la familia después de ocurridos los hechos		
			Se enfermó	5	17,9
Otras personas conocidas quienes sufrieron los hechos victimizantes			Se murió	7	25,0
Padre, madre, hermano o hijos	17	60,7	Se suicidó	3	10,7
Abuelo, abuela o tíos	1	3,6	Nunca regresó	1	3,6
Primos	2	7,1	Ninguno de los anteriores hechos	3	10,7
Amigos	8	28,6	No responde	9	32,1

**Nota:** n= participantes; Mín. - Máx.= puntuación Mínima y Máxima.

Fuente: elaboración propia.

### Análisis descriptivo según las variables psicológicas del estudio

Se presentan en la Tabla 3 los resultados del análisis descriptivo de las diferentes variables psicológicas del estudio y los valores de alfa de Cronbach de los instrumentos empleados. Encontrándose, a nivel general, de aceptable a muy buena fiabilidad en las diferentes dimensiones de los instrumentos psicométricos utilizados en el estudio, menos en la dimensión Función Social de CVRS (FS-36).

**Tabla 3.** Estadísticos descriptivos de las variables psicológicas del estudio.

	Media	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
MOS AS: Apoyo Social						
Apoyo emocional/informacional	30,7	33,5	7,7	12	40	0,886
Apoyo instrumental	15,3	16,5	3,9	4	20	0,676

Interacción social positiva	15,9	16,5	4,1	5	20	0,854
Apoyo afectivo	12,8	13,5	2,6	5	15	0,633
Escala total MOSAS	74,7	78,5	16,7	26	95	0,940
Red de apoyo social (Ítem 1, MOSAS)	8,5	7,0	8,5	0	35	
BRCs: Resiliencia	16,0	16,0	3,1	8	20	0,643
PCL-6: Estrés postraumático	13,3	13,0	4,7	7	27	0,774
EEP-14: Escala de Estrés Percibido	20,4	21,5	8,7	0	34	0,779
HADS						
Ansiedad	6,5	6,5	3,7	1	14	0,664
Depresión	4,6	4,0	4,4	0	15	0,796
SF-36: CVRS						
Función Física (FF)	85,5	92,5	18,1	40	100	0,862
Rol Físico (RF)	73,2	100,0	39,0	0	100	0,895
Dolor Corporal (DC)	64,5	67,0	30,9	10	100	0,925
Salud General (SG)	72,2	77,0	18,2	35	100	0,693
Vitalidad (VT)	76,4	80,0	22,1	20	100	0,897
Función Social (FS)	82,3	88,0	19,5	38	100	0,538
Rol Emocional (RE)	76,1	100,0	39,4	0	100	0,898
Salud Mental (SM)	75,3	78,0	22,3	28	100	0,900
Índice Salud Física (ISF)	48,7	52,3	8,6	33	66	
Índice Salud Mental (ISM)	49,5	54,0	12,4	27	65	

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 3 se observa que las personas de este estudio pueden contar en promedio con 9 personas de su red de apoyo social, y tanto en la escala total ( $X=74,7$ ) como en las diferentes dimensiones que comprende el MOS AS hubo puntuaciones medio altas. Indicando que las personas de este estudio muchas veces pueden contar con soporte emocional, afectivo y pueden recibir información y tener una interacción positiva con sus seres queridos, y además cuentan con información profesional cuando lo requieren. En cuanto a la escala de Resiliencia (BRCS) hubo una puntuación medio ( $X=16$ ), indicando que las personas de este estudio tienen niveles altos de resiliencia según los criterios de los autores de la escala (Sinclair y Wallston 2004).

De acuerdo con la escala Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático (PCL), hubo una puntuación media baja ( $X=13$ ), indicando que perciben muy pocos síntomas de estrés relacionados con el evento traumático vivido según los criterios.

En relación con la escala de Estrés Percibido (EEP-14) hubo una puntuación media baja ( $X=20$ ), indicando que en el último mes casi nunca percibieron síntomas de estrés.

En lo que respecta a la escala HADS que mide ansiedad y depresión, hubo una puntuación media baja tanto en ansiedad ( $X=6$ ) como en depresión ( $X=5$ ), indicando niveles normales en ambas variables.

Por último, en cuanto a la CVRS (SF-36) se evidencia en orden de los resultados encontrados puntuaciones medias muy altas en Función Física ( $X=85,5$ ) y Función Social ( $X=82,3$ ), y bastante altas en Vitalidad ( $X=76,4$ ), Rol Emocional ( $X=76,1$ ), Salud Mental ( $X=75,3$ ), Rol Físico ( $X=73,2$ ) y Salud General ( $X=72,2$ ), y alta en Dolor Corporal ( $X=64,5$ ). En relación al Índice sumario físico ( $X=49$ ) y mental ( $X=49$ ) hubo puntuaciones promedio. Indicando a nivel general que los participantes de este estudio tienen una CVRS normal.

Respecto a la “Evaluación declarada de la salud”—ítems 2, SF-36— (Tabla 4) la mayoría de los participantes consideraron que su salud estaba entre mucho mejor (35,7%) a más o menos igual que hace un año (25,0%).

**Tabla 4.** Evaluación declarada de la salud del SF-36 (n=28).

<b>Evaluación declarada de la salud</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mucho mejor ahora que hace un año	10	35,7
Algo mejor ahora que hace un año	6	21,4
Más o menos igual que hace un año	7	25,0
Algo peor ahora que hace un año	4	14,3
Mucho peor ahora que hace un año	1	3,6

Fuente: elaboración propia.

## Análisis de correlación

Se presentan los resultados del análisis de correlación de Rho de Spearman donde hubo la existencia de relación estadísticamente significativa al nivel de 0,01 y 0,05 y donde hubo correlaciones entre bajas y moderadas entre las diferentes variables que comprendió el estudio (Tabla 5).

Al respecto, la dimensión Vitalidad (VT) del SF 36 tuvo correlaciones positivas con la mayoría de las dimensiones del MOS AS como: Apoyo emocional/informacional (.526\*\*), Apoyo instrumental (.473\*), Interacción social positiva (.551\*\*) y Escala total MOSAS (.521\*\*) menos en la dimensión de Apoyo afectivo. De igual manera, hubo correlaciones positivas entre la dimensión Función Social (FS) del SF 36 con la mayoría de las dimensiones del MOS AS como: Apoyo emocional/informacional (.395\*), Interacción social positiva (.395\*) y Escala total MOSAS (.402\*) menos en las dimensiones Apoyo instrumental y Apoyo afectivo. También, hubo correlaciones positivas entre la dimensión Salud Mental (SM) del SF 36 con las dimensiones Apoyo instrumental (.390\*) y la Escala total (.375\*) del MOSAS. Además, hubo una correlación positiva entre el Índice sumario de Salud Mental (ISM) del SF 36 con la dimensión Apoyo instrumental (.443\*) del MOSAS. Por otro lado, hubo correlaciones positivas entre resiliencia (BRCS) con las dimensiones Rol Físico —RF— (.403\*), Función Social —FS— (.420\*) y Salud Mental —SM— (.429\*) del SF 36.

De otro lado, hubo correlaciones negativas entre la escala PCL-6 de estrés postraumático con las dimensiones Función Física —FF— (-.390\*) y Función Social —FS— (-.389\*) del SF 36. Respecto a la escala de estrés percibido (EEP-14), tuvo correlaciones negativas con todas las ocho dimensiones del SF 36 y sus respectivos índices sumarios (ISF, ISM). Y en cuanto a la escala HADS de ansiedad y depresión, hubo correlaciones entre la Ansiedad con las dimensiones Función Física —FF— (-.559\*\*), Vitalidad —VT— (-.510\*\*), Función Social —FS— (-.395\*), Rol Emocional —RE— (-.452\*), Salud Mental —SM— (-.572\*\*) y el Índice sumario de Salud Mental —ISM— (-.478\*) del SF 36. Y, por último, la Depresión (HADS) tuvo correlaciones negativas con Rol Físico —RF— (-.556\*\*),

**Tabla 5.** Análisis de correlación entre las diferentes variables psicológicas del estudio

Dolor Corporal —DC— (-.591\*\*), Salud General —SG— (-.438\*), Rol Emocional —RE— (-.405\*), Salud Mental —SM— (-.472\*) y el Índice sumario de Salud Física —ISF— (-.493\*\*) del SF 36.

	FF	RF	DC	SG	VT	FS	RE	SM	ISF	ISM
MOS AS:										
Apoyo emocional/informacional	0,069	0,299	0,080	0,157	.526**	.395*	0,151	0,338	0,103	0,355

MOS AS:										
Apoyo instrumental	0,161	0,051	0,056	0,020	.473*	0,364	0,108	.390*	0,021	.443*
MOS AS:										
Interacción social positiva	0,288	0,293	0,276	0,233	.551**	.395*	0,123	0,367	0,291	0,307
MOS AS:										
Apoyo afectivo	0,088	0,234	0,158	0,277	0,331	0,297	-0,006	0,311	0,229	0,219
MOS AS:										
Escala total	0,152	0,265	0,168	0,207	.521**	.402*	0,116	.375*	0,193	0,349
BRCS:										
Resiliencia	0,240	.403*	0,208	0,303	0,352	.420*	0,218	.429*	0,154	0,334
PCL-6: Estrés postraumático	-.390*	-0,238	-0,189	-0,281	-0,277	-.389*	-0,364	-0,283	-0,152	-0,281
EEP-14:										
Escala de Estrés Percibido	-.442*	-.473*	-.641**	-.515**	-.511**	-.486**	-.500**	-.708**	-.450*	-.536**

**Nota:** \*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). \* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).  
Fuente: elaboración propia.

HADS:										
Ansiedad	-.559**	-0,339	-0,361	-0,307	-.510**	-.395*	-.452*	-.572**	-0,226	-.478*
HADS:										
Depresión	-0,370	-.556**	-.591**	-.438*	-0,317	-0,344	-.405*	-.472*	-.493**	-0,315

Con relación a los modelos finales de regresión lineal múltiple, se encontró que el Índice sumario de Salud Física (ISF) del SF-36 presentó un coeficiente de determinación  $R^2c=19\%$ , explicado negativamente por la variable Depresión —HADS— ( $\beta = -0,472$ ;  $t = -2,731$ ;  $p = .011$ ). De otro lado, se encontró que el Índice sumario de Salud Mental (ISM) del SF-36 presentó un coeficiente de determinación  $R^2c=56\%$ , explicado negativamente por la variable Estrés Percibido —EEP-14— ( $\beta = -.483$ ;  $t = -3,338$ ;  $p = .003$ ) y Ansiedad —HADS— ( $\beta = -.414$ ;  $t = -2,856$ ;  $p = .009$ ).

## Discusión

El objetivo del presente artículo fue determinar las relaciones entre el apoyo social, la resiliencia, el estrés percibido, el estrés postraumático, la ansiedad y depresión sobre la calidad de vida relacionada con la salud en una pequeña muestra de 28 habitantes y líderes comunitarios adultos de los Montes de María que habían retornado a sus tierras después de haber sufrido violencia durante las últimas dos décadas.

Con respecto a los hechos victimizantes, el *desplazamiento forzado* (42,9%), el *homicidio* —asesinato— (25,0%) y el *despojo de bienes y tierras* (14,3%) fueron los hechos más sufridos. Toda la muestra reportó que se vio afectada por los hechos victimizantes a personas conocidas de su círculo afectivo cercano. La categoría de mayor agrupamiento estuvo en el *padre, madre, hermano o hijos* (60,7%) y amigos (28,6%); además, se reporta que el 71,4% de la muestra estuvo presente en el momento de los hechos de afectación a personas conocidas. El tiempo en que se presentaron los hechos victimizantes fue de tres años (32,1%) en su gran mayoría, y 24 personas (85,7%) informaron que quienes los ocasionaron fueron personas desconocidas. Esta información tiene una fuerte similitud con información transcrita del CNMH (2012, 2017, 2018).

Con relación a los resultados de las variables psicológicas, es importante tener en cuenta que los participantes de la investigación estuvieron expuestos a eventos traumáticos producto del desplazamiento y el conflicto armado hace aproximadamente unos 15 años; además, nunca tuvieron intervenciones psicológicas que facilitaran el manejo de situaciones traumáticas vividas, y finalmente que la información fue recolectada en el mismo lugar donde se desarrollaron los hechos, después de su regreso a las tierras que habían sido previamente despojadas.

Respecto a la primera dimensión del MOS, Apoyo social emocional/informacional (definida como el soporte emocional, orientación y consejos), los participantes de la investigación tienen medias ligeramente inferiores al estudio de Londoño-Arredondo et al. (2012) en la validación del instrumento en la población general colombiana (media = 30,7 vs. 32,8).

Respecto a la segunda dimensión del MOS, Apoyo instrumental (caracterizado por la conducta o material de apoyo), los participantes de la investigación tienen medias un poco inferiores al estudio de Londoño-Arredondo et al. (2012) en la validación del instrumento en la población general colombiana (media = 15,3 vs. 16,6).

Frente a la tercera dimensión del MOS, Interacción social positiva (caracterizada por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas), los participantes de esta investigación tienen medias ligeramente inferiores al estudio de Londoño-Arredondo et al. (2012) en la validación del instrumento en la población general colombiana (media = 15,9 vs. 16,5).

Respecto a la cuarta dimensión del MOS, Apoyo afectivo (caracterizado por las expresiones de amor y afecto), los participantes de esta investigación tienen medias ligeramente superiores al estudio de Londoño-Arredondo et al. (2012) en la validación del instrumento con la población general colombiana (media = 12,8 vs. 12,7).

En resumen, el apoyo social encontrado en los participantes del estudio implica que esta muestra de habitantes de los Montes de María tiene lazos fuertes entre sí que les permiten

tener niveles de apoyo social, y que con el tiempo les han permitido generar sentimientos de seguridad, apoyo, lealtad, empatía y confianza y bienestar (Martínez-Chaparro et al., 2020).

Con respecto a la variable resiliencia, los resultados de los niveles de resiliencia en esta población arrojan niveles altos lo que indica que, aunque este grupo en particular ha estado expuesto a hechos victimizantes traumáticos, los niveles de resiliencia que los caracterizan les han permitido tener un grado relativamente estable de funcionamiento físico y psicológico, ya que la resiliencia es comprendida como el dominio de recursos personales y factores contextuales que permiten un afrontamiento exitoso y un logro de adaptación positiva ante diversos estresores, fundamentalmente eventos vitales (Bonanno, 2004; Sinclair y Wallston, 2004).

Diversas investigaciones en Colombia han encontrado que, frente al sufrimiento generado por la experiencia del conflicto armado, los miembros de las comunidades rurales muestran un repertorio de múltiples y diversas estrategias resilientes vistas como una respuesta activa y una forma de retejer el tejido desgarrado por la experiencia (Campo-Arias et al., 2014).

Con relación al estrés postraumático, la muestra presenta niveles bajos igual que las emociones negativas medidas en el estudio (estrés, ansiedad y depresión); está en discrepancia con la Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) que muestra que el 40% de la población activa, es decir entre 18 y 65 años, ha sufrido estos trastornos psiquiátricos asociados al estrés que afecta el bienestar de las personas.

Con relación a la calidad de vida medida con el cuestionario de salud MOS-SF36, los sujetos de la muestra presentaron una excelente calidad de vida con puntajes que van de un máximo de 85,5 en función física a un mínimo de 64,5, en dolor físico presentan diferencias al estudio de Castañeda-Polanco et al. (2019), que midieron con el mismo instrumento MOS-SF 36 a 265 víctimas directas del conflicto interno colombiano de la Unidad de Atención y Orientación (UAO) del municipio de Soacha, Cundinamarca, con puntajes de CVRS mucho más bajos sobre todo en las dimensiones como salud general (53,45), vitalidad (55,34) y rol emocional (52,25), es decir, en dimensiones asociadas a la valoración de salud actual y perspectivas futuras, sentimientos de energía y vitalidad y grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.

Finalmente, el análisis de regresión múltiple indicó que la depresión tiene un peso negativo sobre la CVRS física y la ansiedad y el estrés percibido lo tienen sobre la CVRS mental. Resultados que se relacionan con el estudio de Arias (2013) que, con una muestra representativa de 208 víctimas de los Montes de María, halló que el 90% presenta síntomas de depresión y el 60% ansiedad, depresión y propensión a desarrollar síntomas de estrés postraumático.

Como limitación y contemporáneamente logro de esta investigación está, por un lado, el pequeño tamaño de la muestra encuestada, hecho que imposibilita generalizar estos resultados a la totalidad de los pobladores de la vereda San Francisco del municipio de Ovejas y, por otro lado, que la evaluación psicológica se desarrolló en “caliente” en su propio territorio donde habían sucedido todos los hechos.

## Conclusiones

Es importante destacar que la comunidad de la vereda San Francisco ha estado liderada por personas que tuvieron una formación previa en organización comunitaria, heredada del movimiento campesino ANUC (Asociación Nacional de Usuarios Campesinos) que describe Ortegón (2018), y que les permitió orientar sus procesos de retorno por ejemplo, los cuales aunque sin el acompañamiento del Estado contaron con liderazgos que podrían ser de incidencia en el apoyo social identificado y los niveles de resiliencia y bajo estrés postraumático. Ese “valor agregado” posibilitó en medio del conflicto, de la ausencia del Estado y de la indiferencia de la sociedad urbana en su conjunto, amortiguar los traumas e ir recomponiendo su tejido social, el cual es base para la contención y protección de su salud mental comunitaria. Todo esto podría incidir en los resultados de escala media baja y correlaciones negativas de estrés postraumático, por ejemplo, y puede ser un referente importante para comprender las dimensiones medias altas encontradas en el MOS de calidad de vida.

## Referencias

- Alejo, E. G. (2005). Aplicación del modelo de estrés postraumático en el estudio del impacto de la violencia sobre la salud mental en población desplazada. *MedUnab*, 8(1), 23-28. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/207/190>
- Alejo, E. G., Rueda, G., Ortega, M. y Orozco, L. C. (2007). Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Universitas Psychologica*, 6(3), 623-635. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_artext&pid=S1657-92672007000300014](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1657-92672007000300014)
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida. *Med Clin (Barc)*, 104(20). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7783470/>
- Andrade, O. D., Castaño, A., Díaz, L., Duarte, C., Giraldo, I., Lacoste, B., Montenegro, H. C. Tangarife, M. y Trujillo, D. (2019). *Entre paramilitares y guerrillas: la desposesión territorial en los Montes de María. Dinámicas históricas y territoriales del conflicto político, social y armado 1958-2016*. Pontificia Universidad Javeriana. <https://www2.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/>

field-documents/field\_document\_file/montes\_de\_maria\_1.pdf

- Arias, J. (2013). *Guerras internas y emociones: Esbozo de una teoría de las emociones y la producción de la violencia contra civiles* (tesis doctoral no publicada). Universidad de los Andes, Bogotá.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C. y Herazo, E. (2014). Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Rev Fac Med*, 62(3), 407-13. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43735>
- Castañeda-Polanco, J. G., Camargo-Barrero, J. A. y López-López, W. (2019). Calidad de vida relacionada con la salud en población víctima del conflicto armado en Colombia. *Psicología desde el Caribe*, 36(2), 132-148. <https://doi.org/10.14482/psdc.36.2.303.6>
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2010). La tierra en disputa. Memorias del despojo y resistencias campesinas en la costa Caribe 1960-2010. Informe del Centro Nacional de Memoria Histórica. Bogotá. <https://centrodememoriahistorica.gov.co/la-tierra-en-disputa-memorias-del-despojo-y-resistencias-campesinas-en-la-costa-caribe-1960-2010/>
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2012). *Masacre*. <https://bit.ly/2VI7KKo>
- CentroNacionaldeMemoriaHistórica.(2017).*Asesinatocolectivo*.<http://centrodememoriahistorica.gov.co/observatorio/metodologia/categorias/>
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2018). *Montes de María*. <https://bit.ly/33OXzrI>
- Cerquera-Córdoba, A. M., Matajira-Camacho, Y. J. y Peña-Peña, A. J. (2020). Estrategias de afrontamiento y nivel de resiliencia presentes en adultos jóvenes víctimas del conflicto armado colombiano: un estudio correlacional. *Psyke*, 29(2), 1-14. <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.29.2.1513>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Colón-Arroyo, C. M. y López-Fernández, L. (2020). *El fenómeno del paramilitarismo en Montes de María: Radiografía de la violencia*. Centro de Pensamiento UNCaribe - Universidad del Norte. <https://www.uninorte.edu.co/documents/12067923/14752905/Documento+de+Trabajo+42.pdf/002313e3-b2fd-4a48-b7bb-a6071ff412a5>
- Durón-Figueroa, R., Cárdenas-López, G., Castro-Calvo, J. y De la Rosa-Gómez, A. (2019). Adaptación de la lista checable de trastorno por estrés postraumático para DSM-5 en población mexicana. *Acta de investigación psicológica*, 9(1), 26-36. <https://doi.org/10.22201/psi.20074719e.2019.1.03>

- Gaviria-Mejía, K. Y., Jurado-Giraldo, J. C. y Bajonero-Bedoya, C. (2020). Montes de María, un territorio en disputa: la guerra entre la palma y el agua. *Revista Kavilando*, 12(1), 28-52. <https://www.kavilando.org/revista/index.php/kavilando/article/view/378>
- Gómez-Restrepo, C., Tamayo-Martínez, N., Buitrago, G., Guarnizo-Herreño, C. C., Garzón-Orjuela, N., Eslava-Schmalbach, J., De Vries, E., Rengifo, H., Rodríguez, A. y Rincón, C. J. (2016). Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(S1), 147-153. 10.1016/j.rcp.2016.11.001
- Hewitt-Ramírez, N., Juárez, F., Parada-Baños, A. J., Guerrero-Luzardo, J., Romero-Chávez, Y. M., Salgado-Castilla, A. M. y Vargas-Amaya, M. V. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125-140. 10.15446/rcp.v25n1.49966
- Londoño-Arredondo, N. H., Rogers, H. L., Castilla-Tang, J. F., Posada-Gómez, S. L., Ochoa-Arízal, N. L., Jaramillo-Pérez, M. A., Oliveros-Torres, M., Palacio-Sañudo, J. E. y Aguirre-Acedo, D. C. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150. <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539016.pdf>
- Lugo, L. H., García, H. I. y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 37-50.
- Martínez-Chaparro, A. M., Castro-Yepes, L. M. y Antivar-Londoño, D. F. (2020). Apoyo social en mujeres sobrevivientes de desplazamiento intraurbano en Medellín-Colombia. *Revista Paz y Conflictos*, 13(1), 275-291. <https://doi.org/10.30827/revpaz.v13i1.9591>
- Medina-Gallego, C. (2017). *Mafia, narcotráfico y bandas criminales en Colombia. Elementos para un estudio comparado con el caso de México*. Universidad Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud\\_mental\\_tomoI.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf)
- Observatorio de Desplazamiento Interno. (2019). Informe mundial sobre desplazamiento interno 2019. <https://www.internal-displacement.org/sites/default/files/inline-files/2019-IDMC-GRID-sp.pdf>
- Ortégón, T. M. (2018). Etnografía en los Montes de María sucreños. En T. M. Ortégón (Ed.), *Mujeres de los Montes de María. Huellas de un conflicto* (pp. 29-49). Ediciones Científicas Universidad Metropolitana.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2010). *Los Montes de María: Análisis de conflictividad*. Impresol. [https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/COL/00058220\\_Analisis%20conflictividad%20Montes%20de%20Maria%20PDF.pdf](https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/COL/00058220_Analisis%20conflictividad%20Montes%20de%20Maria%20PDF.pdf)
- Quintero-González, S. M., Madariaga-Orozco, C. A., Millán-de Lange, A. C., Castellar-Jiménez, D. M., & Palacio-Sañudo, J. E. (2020). Moderating Effect of the Situation of Return or Relocation

- on the Well-Being and Psychosocial Trauma of Young Victims of the Armed Conflict in Colombia. *Frontiers in psychology*, 11, 603964. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.603964>
- Rico, J. L., Restrepo-Forero, M. y Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en medición*, 3, 73-86. [https://www.researchgate.net/publication/281334144\\_Adaptacion\\_y\\_validacion\\_de\\_la\\_escala\\_hospitalaria\\_de\\_ansiedad\\_y\\_depresion\\_HAD\\_en\\_una\\_muestra\\_de\\_pacientes\\_con\\_cancer\\_del\\_Instituto\\_Nacional\\_de\\_Cancerologia\\_de\\_Colombia](https://www.researchgate.net/publication/281334144_Adaptacion_y_validacion_de_la_escala_hospitalaria_de_ansiedad_y_depresion_HAD_en_una_muestra_de_pacientes_con_cancer_del_Instituto_Nacional_de_Cancerologia_de_Colombia)
- Ríos-Sierra, J. (2016). *Breve historia del conflicto armado en Colombia*. EAN.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(01), 94-101. <http://dx.doi.org/10.1177/1073191103258144>
- Torres-Salazar, Y. M., Mejía-Jaimes, L., Conde-Cotes, C. A. y Botelho de Oliveira, S. (2021). Víctimas del desplazamiento forzado: comorbilidad entre trastorno por estrés postraumático (TEPT) y depresivo mayor (TDM). *Informes Psicológicos*, 21(1), 133-149. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v21n1a09>
- Trejos-Herrera, A. M., Vinaccia, S., Bahamón, M., Alarcón, Y., Rodríguez, M. y Gaviria, G. (En prensa). Validación de las propiedades psicométricas de la escala breve de estrategias resilientes BRCs en adultos colombianos. Interdisciplinaria.
- Vásquez-Campos, J. H., Echeverri-Londoño, M. C., Moreno-Correa, J. C., Carrasco-Tapias, N. E., Ferrel-Ortega, F. R. y Ferrel-Ballestas, L. F. (2018). El apoyo social percibido por las víctimas del conflicto armado en Colombia. *El Ágora USB*, 18(2), 362-373. <http://dx.doi.org/10.21500/16578031.3387>
- Ware, J. E. Jr., & Sherbourne, C. D. (1992) The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30(6), 473-83. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593914/>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp#:~:text=The%20PCL%2D5%20is%20a,Screening%20individuals%20for%20PTSD>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>