



Artículo original

Determinantes sociales, síntomas y problemas mentales en población adulta víctima de desplazamiento forzado por conflicto armado interno. Soacha, Colombia, 2019



Sandra Elizabeth Piñeros-Ortiz*, Zulma Consuelo Urrego-Mendoza, Nathaly Garzón-Orjuela y Javier Eslava-Schmalbach

Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de mayo de 2022

Aceptado el 8 de agosto de 2022

On-line el 16 de septiembre de 2022

Palabras clave:

Migrantes

Conflictos armados

Salud mental

Trastornos mentales

Determinantes sociales de la salud

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar determinantes sociales en salud, problemas y síntomas mentales potencialmente problemáticos en adultos desplazados por conflicto armado interno en Colombia, asentados en Soacha.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal con tamaño muestral de 98 adultos desplazados por conflicto armado. Se aplicó el *Self Report Questionnaire* para detección de problemas y síntomas mentales potencialmente problemáticos y un cuestionario estructurado sobre determinantes sociales en salud.

Resultados: La mediana de edad fue 38 [intervalo intercuartílico, 28-46] años y predominaron las mujeres (69,39%). La mediana de tiempo desde que fueron desplazados fue 36 [16-48] meses y asentados en Soacha, 24 [5-48] meses. El 86,32% sobrevivía con menos de un salario mínimo mensual y el 93,87% no tenía contrato laboral. Un 42,86% y un 7,14% manifestaron ser propietarios de las viviendas que habitaban antes y después del desplazamiento respectivamente. Al llegar a Soacha, el 79,60% acudió a redes primarias y el 3%, a instituciones. El 16,33% carecían de aseguramiento en salud antes del desplazamiento y el 27,55%, después. Resultaron positivos en problemas mentales por posible trastorno depresivo o ansioso el 57,29%; en posible psicosis, el 36,73% y en síntomas potencialmente problemáticos, el 91,66%, más prevalentes y graves en mujeres ($p = 0,0025$).

Conclusiones: Se identificaron en la población adulta desplazada y asentada en Soacha deterioro en condiciones de vida y una prevalencia de problemas y síntomas mentales potencialmente problemáticos mayor que la reportada en desplazados ubicados en otras regiones del país. Se requiere análisis con perspectivas complementarias para evaluar estas diferencias.

© 2022 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: seortiz@unal.edu.co (S.E. Piñeros-Ortiz).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.08.001>

0034-7450/© 2022 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Social Determinants, Symptoms and Mental Problems in Adults Internally Displaced by Armed Conflict. Soacha, Colombia, 2019

A B S T R A C T

Keywords:

Human migrations
Armed conflicts
Mental health
Mental disorders
Social determinants of health

Objective: To characterise social determinants of health, mental health problems and potentially problematic symptoms in the adult population displaced by internal armed conflict in Colombia.

Methods: Cross-sectional descriptive study with a random sample of 98 adults forcefully displaced to Soacha, Colombia, due to internal armed conflict. The Self Report Questionnaire to detect potentially problematic mental health problems and symptoms, and a structured questionnaire on social determinants of health were applied.

Results: The median age was 38 [interquartile range, 28-46] years, and women predominated (69.39%). The median time since displacement was 36 [16-48] months, and time since settlement in Soacha, 48 [5-48] months. 86.32% survived on less than the minimum wage per month and 93.87% did not have an employment contract. 42.86% and 7.14% reported being owners of their homes before and after displacement, respectively. Upon arriving in Soacha, 79.60% went to primary support networks and 3% to institutions. Before displacement, 16.33% lacked health insurance and 27.55% afterwards. Regarding mental health problems; there were possible depressive or anxious disorders in 57.29%; possible psychosis in 36.73%; and potentially problematic symptoms in 91.66%, being more prevalent and serious in women ($P=0.0025$).

Conclusions: A deterioration in living conditions and a higher prevalence of potentially problematic mental health problems and symptoms was reported in displaced adult populations settled in Soacha compared to other regions of the country. Analyses with complementary perspectives are required to evaluate these differences.

© 2022 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El desplazamiento forzado por persecuciones y violaciones de derechos humanos amenaza el desarrollo individual y colectivo. Para 2020 hubo mundialmente 26,40 millones de refugiados y 45,90 millones de desplazados internos; Colombia tuvo la mayor cantidad de desplazados¹. El Centro Nacional de Memoria Histórica informó de 7.035.936 personas desplazadas entre 1970 y 2018; el Registro Único de Víctimas de 2017 indicó un predominio de víctimas étnicas del desplazamiento forzado (88%)².

En Cundinamarca, departamento con alta población desplazada, Soacha es uno de los principales municipios de tránsito y establecimiento definitivo³. Su casco urbano, cercano a Bogotá, alcanza esta ciudad por el sudoeste en Bosa y Ciudad Bolívar, convirtiéndose en corredor vial de personas precarizadas, con inseguridad y delincuencia asociadas^{4,5}. Ha acogido población desplazada por conflicto armado interno (CAI) con dinámicas temporales cambiantes⁶.

Los desenlaces en salud mental (SM) en víctimas de desplazamiento están moduladas por características sociodemográficas, experiencia de pérdidas materiales e inmateriales, politrauma adicional previo o posterior al desplazamiento, acceso a servicios básicos, oportunidades económicas y laborales en los nuevos lugares de asentamiento y actitudes de acogida o discriminación en la comunidad receptora^{7,8}.

Hay evidencia sobre afectaciones en SM de migrantes por conflictos armados, con mayor psicopatología en todos los subgrupos de refugiados respecto a población general, y peores resultados en desplazados internos y repatriados a países de los que han huido, donde persiste el CAI⁷. Hay amplios intervalos de prevalencia, lo que se atribuye a heterogeneidad de las muestras estudiadas y la diversidad de instrumentos utilizados⁹. Una revisión sistemática colombiana en víctimas adultas de desplazamiento por CAI encontró prevalencias de síntomas mentales entre el 9,9 y el 63%, posibles casos del 21 al 97,3% y trastornos mentales en un 1,5-33,9%¹⁰.

En Colombia, la reparación integral es un derecho legalmente establecido que incluye atención en salud física, mental y psicosocial, mediante el "Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas" (PAPSIVI) del Ministerio de Salud y Protección Social. Las víctimas no siempre acceden a los servicios, por desconfianza y temor a ser identificados y ante la persistencia del conflicto, entre otras barreras¹¹⁻¹³.

Para este estudio se empleó una comprensión biomédica de la SM¹⁴ y se constató presencia o ausencia de síntomas psiquiátricos que indicaran posibles problemas mentales enmarcados en determinantes sociales, constituidos por aspectos sociales, culturales, biológicos, conductuales, políticos, económicos y del medio capaces de intervenir en las expresiones de salud¹⁵. El capital social, representado por redes primarias (familiares y allegados) y por las secundarias o institucionales accesibles, actúa como determinante social de la salud de las víctimas de violencia¹⁶. El objetivo del estudio es

Tabla 1 – Categorías de evaluación de posibles problemas o síntomas mentales potencialmente problemáticos

Categoría	Constructo
SRQ posible trastorno mental ansioso o depresivo: Problema mental ansioso o depresivo	Ocho o más respuestas positivas de las 20 primeras preguntas indican alta probabilidad de trastorno mental (depresión, ansiedad o ambas), lo cual es compatible con tener al menos un problema ¹⁸
SRQ posible ansiedad (SPP ansiedad)	Categorizado en ninguno, escasos, moderados y abundantes síntomas ansiosos, según número de respuestas positivas a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 19 y 20 ¹⁸
SRQ posible depresión (SPP depresión)	Categorizado en ninguno, escasos, moderados y abundantes síntomas depresivos, según número de síntomas positivos (respuestas afirmativas) a las preguntas 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 20 ¹⁸
SRQ posible trastorno psicótico (PM psicosis) SRQ posible epilepsia (PM convulsivo) ¹⁸	Uno de dos síntomas indicadores de psicosis positivo con las preguntas 23 y 24 ¹⁸ Un síntoma indicador de convulsiones positivo (pregunta 25) ¹⁸

Fuente: Modificado a partir de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 y el Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria de 1983.

caracterizar los determinantes sociales en salud (DSS), problemas mentales (PM) y síntomas potencialmente problemáticos (SPP) en población adulta del municipio de Soacha víctima del desplazamiento forzado por el CAI, con el fin de guiar futuras intervenciones clínicas y de salud pública en el tema.

Métodos

Estudio descriptivo de corte transversal con adultos, desplazados forzosamente y ubicados en Soacha, Colombia, en el periodo de 2013 a 2017. El tamaño de muestra fue estimado sobre un universo de población desplazada en Soacha de 58.471 personas, de las que el 64% tenía 18-45 años de edad¹⁷. Partiendo de una prevalencia esperada del 9,6% de síntomas depresivos o ansiosos en población adulta con pobreza según la Encuesta de Salud Mental colombiana de 2015, con el instrumento *Self Report Questionnaire* (SRQ)¹⁸

se estimó un tamaño muestral de 98 adultos ($\alpha=0,05$; potencia de 0,9) y un 20% de previsión de pérdidas. Se excluyó a quienes se desplazaron sin relación con el CAI.

Se logró acceder a la población a través de la Unidad de Atención y Reparación Integral para la Víctimas (UARIV) del municipio de Soacha. Los investigadores de campo (profesionales de salud debidamente estandarizados) aplicaron diariamente los criterios de elegibilidad (adultos que llegaron a Soacha por desplazamiento asociado al CAI ocurrido en los últimos 5 años previos al inicio del proyecto) a todos los asistentes a la UARIV durante los 3 meses que duró el trabajo de recolección de información. Se seleccionó a quienes cumplieran esos criterios y aceptaran participar dando su consentimiento informado. Los instrumentos se aplicaron mediante encuesta directa personal en las instalaciones de la UARIV con privacidad. Estos fueron el SRQ para detección de PM y SPP y un cuestionario estructurado para el proyecto que recogió la información sobre los DSS. La información fue recolectada desde febrero a abril de 2019.

Los problemas y síntomas mentales se analizaron mediante los puntajes obtenidos del SRQ de 25 preguntas^{18,19}. El SRQ fue construido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Atención Primaria en Salud (APS), permite identificar a personas adultas con síntomas compatibles con posibles trastornos mentales¹⁹, aunque no es un instrumento diagnóstico sino de cribado, pues solo indica la presencia de una

posible psicopatología en quienes dan positivo, y siempre debe ser verificada mediante valoración clínica experta. Introducido a Colombia en 1980^{20,21}, se han reportado sensibilidades de este instrumento entre el 62,9 y el 90% y especificidades del 44 al 95,2%²¹; cuenta con validación nacional en diversas poblaciones, inclusive víctimas, para utilizarlo autoaplicado o por encuesta^{18,22}.

En la tabla 1 se detallan las categorías de SRQ de 25 preguntas, teniendo como base el constructo reportado en la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 colombiana.

Se consideraron SPP las encuestas con síntomas positivos ansiosos o depresivos de cualquier magnitud, pues alertan sobre potenciales necesidades insatisfechas en SM²³. Cualquier caso de PM o SPP requiere una entrevista clínica posterior para establecer diagnósticos de certeza.

El cuestionario sobre DSS consta de 24 preguntas para describir: información demográfica, socioeconómica, nivel educativo, acceso a instalaciones mejoradas de agua y saneamiento, situación de las necesidades básicas y redes de apoyo social; como redes sociales secundarias se indagó por filiación religiosa, instituciones de ayuda al desplazado y afiliación al sistema de seguridad social que media el acceso a servicios de salud, dado que otorgan potencial apoyo en momentos de necesidad.

La información se analizó de forma descriptiva con medidas de frecuencia en el caso de las variables categóricas, utilizando la prueba exacta de Fisher para evaluar las diferencias entre varones y mujeres. Para variables continuas se resumió la información con medianas [intervalo intercuartilo], dado que los datos no tenían distribución normal, y con la prueba de Shapiro-Wilks. Además, se usó la prueba de la U de Mann-Whitney (*Wilcoxon rank sum test*) para evaluar diferencias de medianas entre dos grupos. Los datos fueron procesados en el *software* estadístico R.v3.4.

Este proyecto fue aprobado inicialmente y renovada su aprobación por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Actas 007-054-17 del 11-5-2017 y 008-109-19 del 10-5-2019, incluyendo su consentimiento informado. La información fue recolectada en papel y transcripta en RedCap garantizando la confidencialidad. Se realizó la provisión de primeros auxilios psicológicos y remisión a servicios asistenciales cuando se identificaron PM y SPP que lo ameritaran.

Resultados

Determinantes sociales en salud

Las características de las 98 personas incluidas, con sus rasgos más sobresalientes en DSS, se presentan en la tabla 2. La mediana de edad de los encuestados fue 38 [28-46] años; 38,5 [27-48] años las mujeres y 37,5 [29,5-43,5] los varones.

Según exposición a violencia, todos eran supervivientes de desplazamiento forzado por CAI, con posibles victimizaciones concomitantes. Geográficamente, venían desplazados desde 23 de los 32 departamentos que tiene Colombia, con frecuencias más altas en Tolima (19,4%), Cauca (8,2%) y Chocó (7,1%). Los otros 20 departamentos fueron, en orden decreciente de frecuencia: Huila, Cundinamarca, Arauca, Caquetá, Nariño, Meta, Boyacá, Antioquia, Bolívar, Casanare, Norte de Santander, Santander, Putumayo, Cesar, Atlántico, Caldas, Córdoba, Guajira, Guaviare y Magdalena. La mediana de tiempo transcurrido desde que fueron desplazados fue de 36 [16-48] meses, con 24 [5-48] meses asentados en Soacha.

Según el DSS por sexo, las mujeres estuvieron más representadas (69,39%) (tabla 2). La posición socioeconómica, indicada mediante nivel de ingresos, ocupación y escolaridad, mostró que el 86,32% sobrevivía con menos de 1 salario mínimo mensual, el 66,33% refirió no contar con una actividad generadora de ingresos, y solo 6 de 98 entrevistados tenían algún tipo de contrato laboral activo; ello se relacionó con la baja escolaridad evidenciada, pues solo 7 personas estaban tituladas como técnico o profesional (tabla 2).

La vulnerabilidad económica se reflejó además en el 62,24% (n=61) de los encuestados que habían pasado al menos 1 día sin comer por falta de dinero desde su llegada a Soacha y un 63,3% (n=62) que no recibían apoyo o subsidio alguno de las instituciones, y ello en hogares con alta dependencia económica, denotada por su conformación en una mediana de 4 personas, con un intervalo intercuartílico de 0 a 3 hijos menores de edad; además, un 19,39% reportó tener en sus hogares a personas con limitación física o mental que les impedían actividades autónomas (tabla 2).

Las condiciones de vida, indicadas por la tenencia y tipificación de la vivienda habitada, cambiaron a raíz del desplazamiento respecto a las previas en el lugar de origen; llamó la atención que en la vivienda receptora urbana de Soacha, el 13,27% carecía de agua potable domiciliar y el 16,33%, de alcantarillado (tabla 2).

Respecto a las redes primarias, resalta que al llegar a Soacha las personas desplazadas acudieron mayoritariamente a la ayuda de familiares o amigos (79,6%; n=78). Una vez asentados, vivía en hogares nucleares el 42,9% (n=42) y extensos o compuestos el 20,4% (n=20); los restantes carecían de este apoyo primario.

En cuanto a redes secundarias, solamente el 1% acudió por ayuda a la Unidad de Víctimas en Soacha. Después del desplazamiento solo un 72,45% (n=71) contaba con afiliación a una EAPB (Entidad Administradora del Plan de Beneficios, Tercer Pagador), mientras el 27,55% (n=27) carecía de esta; ello representó un cambio negativo respecto a condiciones previas al desplazamiento (tabla 2). En relación con la filiación religiosa, un 41,9% (n=41) se declaró católico, el 9,2% (n=9) expresó

ser evangélico o pentecostal y el 6,1%, protestante (tradicional o no evangélico; n=6); el 10,2% (n=10) refirió ausencia de pertenencia religiosa, mientras que el 32,7% (n=32) manifestó desconocer su filiación religiosa o no informó.

Problemas mentales y síntomas potencialmente problemáticos

Respecto a los PM, se identificó como un posible trastorno ansioso, depresivo o mixto a más de la mitad de los encuestados (tabla 3). El 36,73% puntuó para posible trastorno psicótico, y tan solo el 5,1% mostró síntomas que indicaran posible trastorno convulsivo. En todos los PM explorados, predominaron las mujeres positivas (tabla 3). Respecto a los SPP, se tomaron en cuenta los relacionados con el espectro de ansiedad y depresión presentes en las personas, independientemente de que cumplieran los umbrales de PM, ya que existen situaciones vitales que no comportan el carácter de posibles trastornos, pero pueden requerir apoyo por SM para su afrontamiento apropiado (tabla 3).

Por orden decreciente de frecuencia, predominaron los SPP ansiosos abundantes (58,33%; n=56), seguidos por los depresivos abundantes (35,71%; n=35) o moderados (32,65%; n=32). Las mujeres estuvieron consistentemente más representadas entre las personas con síntomas depresivos escasos, moderados o abundantes, así como entre quienes tenían abundantes síntomas ansiosos; los varones solo las superaron porcentualmente en síntomas ansiosos leves o moderados. El 8,33% de las personas estuvieron libres de síntomas ansiosos y el 7,14%, de síntomas depresivos, con predominio constante de los varones en ambos casos.

Discusión

Tres años después de la firma de los acuerdos de paz en Colombia²⁴, se encontró vulnerabilidad socioeconómica, deficiencias en las condiciones de vida y elevada frecuencia de PM y SPP en una muestra representativa de la población adulta asentada en el municipio de Soacha luego de haber sido desplazada por CAI en el periodo 2013-2017.

Los ingresos económicos mensuales, mayoritariamente inferiores a un salario mínimo, y el predominio de trabajo informal y desempleo en los encuestados mostraron su desventaja respecto a lo descrito en población general colombiana por la ENSM de 2015¹⁸. Las personas desempleadas y trabajadores informales envueltos por el CAI tienen mayor probabilidad de sufrir trastornos mentales²⁵. La baja escolaridad y los bajos ingresos encontrados concuerdan con otros estudios realizados sobre población desplazada residente en Soacha²⁶. Se constató menoscabo en condiciones de vida por variaciones en características de vivienda, acceso a servicios públicos y aseguramiento en salud, antes y después del desplazamiento.

Respecto a los PM y SPP, hay que reconocer que la comparación con otras muestras se dificulta por diferencias en diseño e instrumentos utilizados entre estudios. No obstante, la prevalencia total de PM ansioso-depresivos en nuestra muestra (57,29%) es 3,8 veces superior a la hallada en la ENSM 2015 en población colombiana desplazada por CAI alguna vez

Tabla 2 – Resultados de los DSS en varones y mujeres del estudio

	Total, n = 98	Mujeres, n = 68 (69,39%)	Varones, n = 30 (30,61%)	Valor p
Edad (años)	38 [28-46]	38,5 [27-48]	37,5 [29,5-43,5]	0,9692 ^a
Estado civil				0,0133 ^b
Casado/unión libre	46 (46,94)	26 (38,24)	20 (66,67)	
Soltero	42 (42,86)	33 (48,53)	9 (30,00)	
Separado/divorciado	8 (8,16)	8 (11,76)	0	
Viudo	2 (2,04)	1 (1,47)	1 (3,33)	
Pertenencia étnica autorreconocida				0,795 ^b
Indígena	9 (9,18)	5 (7,35)	4 (13,33)	
Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente	12 (12,24)	7 (10,29)	5 (16,67)	
Ninguna	46 (46,94)	30 (44,12)	16 (53,33)	
No responde	31 (31,63)	26 (38,24)	5 (16,67)	
Promedio de ingresos (Salario Mínimo Legal Vigente en 2019: \$828.116)				0,277 ^b
Menos de 1 SMLV	82 (86,32)	59 (89,39)	23 (79,31)	
1 SMLV	12 (12,63)	6 (9,09)	6 (20,69)	
2 SMLV	1 (1,05)	1 (1,52)	0	
Nivel educativo (último grado aprobado)				0,757 ^b
Ninguno	4 (4,08)	2 (2,94)	2 (6,67)	
Preescolar	0	-	-	
Básica Primaria (1.º a 5.º)	41 (41,84)	30 (44,12)	11 (36,67)	
Básica secundaria (6.º a 9.º)	22 (22,45)	15 (22,06)	7 (23,33)	
Media (10.º a 11.º)	21 (21,43)	15 (22,06)	6 (20,00)	
Técnico sin título	2 (2,04)	1 (1,47)	1 (3,33)	
Técnico con título	6 (6,12)	4 (5,88)	2 (6,67)	
Tecnológico sin título	0	-	-	
Tecnológico con título	1 (1,02)	0	1 (3,33)	
Universitario sin título	0	-	-	
Universitario con título	1 (1,02)	1 (1,47)	0	
Miembros del hogar dependientes por limitación física o mental				0,2766 ^b
Sí	19 (19,39)	14 (20,59)	5 (16,67)	
No	48 (48,98)	28 (41,18)	20 (66,67)	
No responde	31 (31,36)	26 (38,24)	5 (16,67)	
Lugar al que acudió cuando llegó a Soacha				0,2926 ^b
Casa de familiar o allegado	78 (79,59)	56 (82,35)	22 (73,33)	
Fundación	2 (2,04)	2 (2,94)	0	
Unidad de víctimas	1 (1,02)	1 (1,47)	0	
Otro	17 (17,35)	9 (13,24)	8 (26,67)	
Al menos un día sin comer por falta de dinero luego del desplazamiento				0,3681 ^f
Sí	61 (62,24)	40 (58,82)	21 (70,00)	
No	37 (37,76)	28 (41,18)	9 (30,00)	
Régimen de afiliación al sistema de seguridad social (sitio expulsor)				0,0048 ^b
Contributivo	14 (14,29)	6 (8,82)	8 (26,67)	
Subsidiado	68 (69,39)	54 (79,41)	14 (46,67)	
Ninguno	16 (16,33)	8 (11,76)	8 (26,67)	
Régimen de afiliación al sistema de seguridad social después del desplazamiento				0,5449 ^b
Contributivo	16 (16,33)	10 (14,71)	6 (20,00)	
Subsidiado	66 (67,35)	45 (66,18)	21 (70,00)	
Ninguno	16 (16,33)	13 (19,12)	3 (10,00)	
Afiliación a EPS después del desplazamiento				0,6283 ^b
Sí	71 (72,45)	48 (70,59)	23 (76,67)	
No	27 (27,55)	20 (29,41)	7 (23,33)	
Tipo de vivienda (sitio expulsor)				0,8089 ^b
Casa	72 (74,23)	51 (76,12)	21 (70,00)	
Apartamento	6 (6,19)	4 (5,97)	2 (6,67)	
Cuarto(s)	2 (2,06)	1 (1,49)	1 (3,33)	
Otro	17 (17,53)	11 (16,42)	6 (20,00)	

- Tabla 2 (continuación)

	Total, n = 98	Mujeres, n = 68 (69,39%)	Varones, n = 30 (30,61%)	Valor p
<i>Propiedad de la vivienda (sitio expulsor)</i>				
Propia	42 (42,86)	29 (42,65)	13 (43,33)	0,0612 ^b
Arriendo	30 (30,61)	25 (36,76)	5 (16,67)	
Otra	26 (26,53)	14 (20,59)	12 (40,00)	
<i>Tipo de vivienda (actual)</i>				
Casa	42 (42,86)	30 (44,12)	12 (40,00)	0,6749 ^b
Apartamento	38 (38,78)	14 (35,29)	14 (46,67)	
Cuarto(s)	15 (15,31)	12 (17,65)	3 (10,00)	
Otro	3 (3,06)	2 (2,94)	1 (3,33)	
<i>Propiedad de la vivienda (actual)</i>				
Propia	7 (7,14)	3 (4,41)	4 (13,33)	0,269 ^b
Arriendo	82 (83,67)	59 (86,76)	23 (76,67)	
Otra	9 (9,18)	6 (8,82)	3 (10,00)	
<i>Servicios públicos (actuales)</i>				
Alcantarillado	82 (83,67)	57 (83,82)	25 (83,33)	1 ^b
Luz eléctrica	94 (95,92)	66 (97,06)	28 (93,33)	0,5838 ^b
Agua potable	85 (86,73)	58 (85,29)	27 (90,00)	0,7487 ^b
Gas	74 (75,51)	53 (77,94)	21 (70,00)	0,4489 ^b
Recolección de basuras	85 (86,73)	58 (85,29)	27 (90,00)	0,7487 ^b
Internet	13 (13,27)	6 (8,82)	7 (23,33)	0,1018 ^b
Televisión por cable	42 (42,86)	26 (38,24)	16 (53,33)	0,1886 ^b
<i>Caracterización hogares</i>				
Personas del hogar	4 [3-6]	4 [3-6]	4 [3-6]	0,823 ^a
Personas dependientes del encuestado	3 [2-4]	3 [2-4]	3 [2-4]	0,727 ^a
Hijos menores de edad	1 [0-3]	1 [1-3]	1 [0-3]	0,364 ^a
<i>Tiene actividad que genere ingresos económicos</i>				
Sí	33 (33,67)	23 (33,82)	10 (33,33)	1 ^b
No	65 (66,33)	45 (66,18)	20 (66,67)	
<i>Tipo de contrato laboral (si tiene actividad productiva activa)</i>				
Término fijo	3 (10,00)	2 (10,00)	1 (10,00)	0,0892 ^b
Término indefinido	1 (3,33)	0	1 (10,00)	
Obra o labor	1 (3,33)	0	1 (10,00)	
Prestación de servicios	1 (3,33)	0	1 (10,00)	
Otro	4 (13,33)	4 (20,00)	0	
Ninguno	20 (66,67)	14 (70,00)	6 (60,00)	

^a Prueba de la U de Mann-Whitney.
^b Prueba exacta de Fisher.
Fuente: elaboración propia. Los valores expresan n (%) o mediana [intervalo intercuartílico].

en la vida (15%), empleando la misma versión y el mismo punto de corte del SRQ²⁵. La mayor afectación por problemas ansioso-depresivos en las mujeres encuestadas coincide con la evidencia científica mundial sobre su mayor vulnerabilidad en salud dentro de los CAI^{27,28}.

Los posibles trastornos psicóticos en la población desplazada abordada mostraron una cifra muy superior (36,73%) a la encontrada en población total nacional de adultos evaluada con igual metodología en la ENSM 2015 (14,8%)¹⁸, es decir, empleando las preguntas 23 (¿ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?) y 24 (¿oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?) del instrumento. Hay pocos estudios sobre síntomas psicóticos en población colombiana desplazada; entre los existentes empleando SRQ, se ha informado un 85% de posible psicoticismo, tomando en cuenta cuatro preguntas, 21 a 24, del instrumento SRQ²⁹. Desde el ENSM Colombia 1993 se ha argumentado que las

preguntas 21 (¿siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?) y 22 (¿es Ud. una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?) podrían traslaparse con experiencias distintas del psicoticismo, como vivencias extremas normales dentro de CAI o rasgos narcisistas, por lo cual no fueron incluidas en la ENSM 2015 ni en este estudio, lo que podría explicar los resultados inferiores obtenidos¹⁸.

En la literatura internacional también es escasa la información sobre la presencia de trastornos psicóticos en población desplazada. En una revisión sistemática que incluyó estudios de personas desplazadas internas (PDI) y refugiados en países de medianos y bajos ingresos con índices importantes de inestabilidad política, se encontró una prevalencia de trastornos psicóticos, evaluados en dos muestras diferentes de PDI y refugiados de África, de un 1-12% y de síntomas psicóticos como alucinaciones visuales y auditivas de un 13-21%; la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático son los PM

Tabla 3 – Resultados del SRQ en varones y mujeres desplazados de Soacha

	Total (n = 96 ^a), n (%)	Mujeres (n = 67), n (%)	Varones (n = 29), n (%)	p ^b
SRQ: algún PM ansioso-depresivo	55 (57,29)	44 (65,67)	11 (37,93)	0,01432
SRQ síntomas (SPP), depresión				0,0914
Ninguno	7 (7,14)	3 (4,41)	4 (13,33)	0,1959
Escasos	24 (24,49)	15 (22,06)	9 (30,00)	0,4489
Moderados	32 (32,65)	21 (30,88)	11 (36,67)	0,6426
Abundantes	35 (35,71)	29 (42,65)	6 (20,00)	0,0398
SRQ síntomas (SPP), ansiedad				0,0025
Ninguno	8 (8,33)	2 (2,99)	6 (20,69)	0,0087
Escasos	12 (12,50)	6 (8,96)	6 (20,69)	0,1754
Moderados	20 (20,83)	13 (19,40)	7 (24,14)	0,595
Abundantes	56 (58,33)	46 (68,66)	10 (34,48)	0,003
SRQ: algún PM psicótico	36 (36,73)	24 (35,29)	12 (40,00)	0,0025
SRQ: algún PM convulsivo	5 (5,10)	4 (5,88)	1 (3,33)	0,0025

PM: problema mental; SPP: síntomas potencialmente problemáticos; SRQ: Self Report Questionnaire.

^a De los 98, solo 96 individuos respondieron todas las 25 preguntas.

^b Prueba exacta de Fisher.

Fuente: elaboración propia.

más investigados, con variaciones del 5,1 al 81% en depresión y del 1 al 90% en trastornos de ansiedad⁹.

Ante estas variaciones, es conveniente contemplar las características propias de los lugares de asentamiento posteriores al desplazamiento, en términos de CAI activo u otros tipos de violencia, y ubicación rural o urbana. En el Departamento del Meta-Colombia, se encontró una prevalencia de PM evaluados con SRQ del 21,8%, cifra superior a la reportada por la ENSM 2015 y más aproximada a los hallazgos de Soacha, aunque estos fueron mayores³⁰; la influencia deletérea de fenómenos de urbanización sobre la SM puede actuar adicionalmente en contra de la población de Soacha³¹.

Otras diferencias en frecuencia de PM y SPP entre poblaciones pueden explicarse por el tiempo transcurrido desde el desplazamiento, la politraumatización o la psicopatología previa^{10,16}, así como arraigo, discriminación y aculturación³², o exposición continuada a violencia por CAI persistente³³. Junto a lo anterior, las malas condiciones de vida y la altas responsabilidades de cuidado de otros en medio de precariedad podrían estar incidiendo en las elevadas tasas de PM y SPP encontradas en Soacha.

Las diferencias regionales en los PM y SPP y sus posibles factores contribuyentes deben tenerse en cuenta en los programas de atención en SM para poblaciones desplazadas por CAI, quienes, igual que los migrantes externos, no constituyen una categoría homogénea. Asimismo, los modelos reduccionistas biomédicos resultan insuficientes para comprender el sufrimiento y atender la totalidad de necesidades en SM de estas poblaciones; aunque aportan para dimensionar la posible demanda insatisfecha de servicios asistenciales, es apropiado complementarlos con valoraciones e intervenciones psicosociales³⁴, pues son enfoques que no se sustituyen mutuamente.

La principal fortaleza del trabajo presentado radica en la utilización de un instrumento para valoración de posibles alteraciones en SM de fácil aplicación y amplia trayectoria de empleo en nuestro país en diversas poblaciones, lo cual facilita comparaciones, y en este caso fue aplicado a una muestra

aleatoria de adultos desplazados por CAI. Además, una de las limitaciones que se observa en este estudio y en otros sobre el tema es la baja participación de la población masculina, que podría influir en los resultados. La principal dificultad estuvo en el reclutamiento de participantes, por la resistencia de los supervivientes a ser identificados como víctimas, dada la persistencia del CAI colombiano.

La debilidad central del estudio se fundamenta en que no se emplearon concomitantemente evaluaciones de bienestar psicosocial para dimensionar integralmente las necesidades de las personas afectadas por CAI, lo cual hubiese resultado complementario con las variables que fueron consideradas.

Conclusiones

La caracterización de DSS en población adulta de Soacha desplazada por CAI delineó un colectivo precarizado, carente de condiciones mínimas adecuadas para vivir dignamente; se encontraron valores de PM y SPP evidenciados con SRQ muy por encima del promedio evidenciado en otras poblaciones colombianas desplazadas evaluadas del mismo modo de posibles ansiedad, depresión y psicosis. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en tales afecciones, en el marco de una baja participación de población masculina en el estudio. Nuevos estudios con metodologías analíticas y de bienestar psicosocial son necesarios para ahondar en la comprensión del problema abordado.

Financiación

Convocatoria Nacional Sesquicentenario 2018, Universidad Nacional de Colombia; proyecto “Red intersectorial basada en la comunidad para el manejo de problemas y trastornos mentales asociados con el desplazamiento forzado por conflicto armado en el municipio de Soacha – Cundinamarca (piloto)”.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A las personas víctimas participantes. Al equipo de investigación de campo: Laura Rodríguez, Daniel Samacá, Luisa Bautista, Angie Vargas, Ana Herrera, Teresa Vanegas, Jaime Moreno y Andrés Chala.

BIBLIOGRAFÍA

- United Nations High Commissioner for Refugees. Mid-Year Trends 2020 Copenhagen: UN Refugee Agency; 2020. 60 p. Disponible en: <https://www.unhcr.org/5fc504d44.pdf>.
- Observatorio Nacional de Salud. Consecuencias del Conflicto Armado en Salud en Colombia; Noveno Informe Técnico. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2017. Disponible en: <https://tinyurl.com/4sfxb64u>.
- Duque-Duque N, Trejos-Ballesteros J, Moreno-Obando J. Los impactos de Bogotá sobre Soacha y su importancia frente a la conformación del Área Metropolitana. *Cuad Latinoam Adm.* 2020;16:1-11.
- Juliao C. Los desplazados en Bogotá y Soacha: características y protección. *RevPaz.* 2011;4:102-20. Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/revpaz/article/view/457>.
- Cámara de Comercio de Bogotá. Encuesta de percepción y victimización en Soacha 2017. Bogotá: Cámara de Comercio; 2018. Disponible en: <https://bibliotecadigital.ccb.org.co/handle/11520/22547>.
- Duriez T. Les transpositions urbaines du déplacement forcé en Colombie: spatialisation, catégorisation et transformation d'une dynamique migratoire. *L'Espace géographique.* 2019;48:21-38. Disponible en: <https://www.cairn.info/revue-espace-geographique-2019-1-page-21.htm>.
- Porter M, Haslam N. Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons—A Meta-analysis. *JAMA.* 2005;294:602-12.
- Campo-Arias A, Herazo E. Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2014;43:212-7.
- Morina N, Akhtar A, Barth J, Schnyder U. Psychiatric disorders in refugees and internally displaced persons after forced displacement: A systematic review. *Front Psychiatry.* 2018;9.
- Campo-Arias A, Oviedo C, Herazo E. Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2014;43:177-85.
- Obando-Cabezas L, Salcedo-Serna M, Correo L. Psychosocial care for armed conflict victims in public health locations. *Psicogente.* 2017;20:382-97.
- Rodríguez J, Zaccarelli M, Pérez R. OPS/OMS. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Washington: OPS-OMS; 2009. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/2800>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado (Documento Marco). Bogotá: Oficina de Promoción Social; 2017. Disponible en: <https://tinyurl.com/3nvbr945>.
- Restrepo D, Jaramillo J. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2012;30:202-11. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/10764>.
- Mejía L. Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2013;31:28-36. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/13423>.
- Guerra C, Inostroza R, Villegas J, Villalobos L, Pinto-Cortez C. Polivictimización y sintomatología postraumática: el rol del apoyo social y la autoeficacia. *Rev Psicol.* 2017;26:66-75.
- Departamento Nacional de Población. Soacha, Cundinamarca. Bogotá: Terridata DNP; 2017. Disponible en: <https://terridata.dnp.gov.co>.
- Ministerio de Salud -Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Disponible en: https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf.
- Climent C, Arango M. Manual de Psiquiatría para Trabajadores de Atención Primaria. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1983. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3287/Manual%20de%20psiquiatria%20para%20trabajadores%20de%20atencion%20primaria%20I.pdf?sequence=1>.
- Harding T, De Arango V, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* 1980;10:231.
- World Health Organization. A User's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva: WHO; 1994. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61113>.
- Fischer J, Jansen B, Rivera A, Gómez LJ, Barbosa MC, Bilbao JL, et al. Validation of a cross-NTD toolkit for assessment of NTD-related morbidity and disability. A cross-cultural qualitative validation of study instruments in Colombia. *PLoS ONE.* 2019;14:e0223042. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0223042>.
- Gómez-Restrepo C, Rodríguez M, Eslava-Schmalbach J, Ruiz R, Gil F. Self-recognition of mental disorders and mental problems in the adult population from the Colombian National Mental Health Survey. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2021;50:92-100.
- Ríos J, González J. Colombia y el Acuerdo de Paz con las FARC-EP: entre la paz territorial que no llega y la violencia que no cesa. *Rev Esp Ciencia Política.* 2021;55:69-92.
- Cuarta-Ricaurte J, Karim L, Martínez-Botero M, Hessel P. The invisible wounds of five decades of armed conflict: inequalities in mental health and their determinants in Colombia. *Int J Public Health.* 2019;64:703-11.
- Castañeda-Polanco J, Camargo-Barrero J, López-López W. Calidad de vida relacionada con la salud en población víctima del conflicto armado en Colombia. *Psicol Caribe.* 2019;36:132-48.
- Bendavid E, Boerma T, Akseer N, Langer A, Malembaka E, Okiro E, et al. The effects of armed conflict on the health of women and children. *Lancet.* 2021;397(10273):522-32.
- Amodu O, Richter M, Salami B. A Scoping Review of the Health of Conflict-Induced Internally Displaced Women in Africa. *Int J Environ Res Public.* 2020;17:1280.
- Ramírez N, Juárez F, Baños A, Guerrero J, Romero Y, Salgado A, et al. Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Rev Colomb Psicol.* 2016;25:125-40.
- León-Giraldo S, Casas G, Cuervo-Sánchez J, González-Urbe C, Bernal O, Moreno-Serra R, et al. Health in Conflict Zones: Analyzing Inequalities in Mental Health in Colombian

- Conflict-Affected Territories. *Int J Public Health*. 2021;66:595311.
31. deVries E, Rincon C, Tamayo-Martínez N. Housing index, urbanisation level and lifetime prevalence of depressive and anxiety disorders: a cross-sectional analysis of the Colombian national mental health survey. *BMJ*. 2018;8:e019065.
 32. Pacheco-Coral A. Statelessness, exodus, and health: forced internal displacement and health services. *Cad Saúde Pública*. 2018;34:e00027518.
 33. León-Giraldo S, Casas G, Cuervo-Sánchez J, González-Uribe C, Olmos A, Kreif N, et al. A light of hope? Inequalities in mental health before and after the peace agreement in Colombia: a decomposition analysis. *Int J Equity Health*. 2021;20(39).
 34. Comité Permanente entre Organismos (IASC). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*. Ginebra: IASC; 2007. Disponible en: <https://www.acnur.org/5b50c7b82cd.pdf>.