

**SALUD MENTAL EN NIÑOS EN CONDICIÓN DE  
DESPLAZAMIENTO EN COLOMBIA Y SU INCIDENCIA EN  
POLÍTICAS PÚBLICAS**

**MENTAL HEALTH IN COLOMBIAN DISPLACED CHILDREN AND  
ITS IMPACT IN PUBLIC POLICIES**

AURA B. HERNÁNDEZ-BARRERA<sup>1</sup>  
MARÍA HELENA RESTREPO-ESPINOSA<sup>2</sup>

Universidad del Rosario, Colombia

**Resumen**

El conflicto armado en Colombia se presenta en zonas rurales y urbanas; sin embargo, en municipios y territorios distantes, el fenómeno del desplazamiento forzado incide en la vida de la población civil, planteando nuevos escenarios a nivel social. Por esta razón, hay impactos a nivel humanitario, social, económico, político, cultural y psicológico en las poblaciones más vulnerables, como lo son los niños desplazados; con importantes incidencias en salud pública, específicamente en salud mental. El propósito de este artículo de revisión es describir la situación actual de las condiciones de salud mental, desarrollar el concepto de resiliencia y describir la interacción que existe entre el trastorno de estrés postraumático de la primera infancia en condiciones de desplazamiento y la atención psicosocial en las políticas públicas para éste grupo poblacional. Teniendo en cuenta que en éste hecho social han intervenido organizaciones civiles, religiosas, no gubernamentales y estatales, se resalta la importancia de desarrollar un trabajo vinculante y cohesionado entre estas organizaciones.

**Palabras clave:** desplazamiento, primera infancia, estrés postraumático, resiliencia, atención psicosocial.

---

1. Estudiante de décimo semestre del programa de Psicología de la Universidad del Rosario. Participante de la línea de investigación en Salud Pública.

2. Profesora de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia. Directora de Tesis.

## **Abstract**

The armed conflict in Colombia takes place in both urban and rural zones; however, in small towns and distant territories, the forced displacement phenomenon affects civil population life, which settles new scenarios in social level. For this reason there are impacts in humanitarian, social, economic, political, cultural and psychological levels for the vulnerable groups like displaced children; with important consequences in public health, specifically mental health. The propose of this review article is to describe the actual situation of the mental health conditions, it also develops the concept of resilience and describes the interaction between the post traumatic stress disorder in displaced children and the psychosocial attention in public policies for this population. Considering that in this social fact numerous social, religious, not governmental and state organizations, it is underlined the importance to develop boundaries, links and cohesive work between these organizations.

**Key words:** Displacement, Early childhood, post traumatic stress, resilience, psychosocial care

## **Introducción**

Quienes hacen parte del conflicto armado en Colombia pasan por alto todas las consecuencias de los actos bélicos que causan. Ya son más de 50 años de violencia política a raíz de la tenencia de las tierras y el narcotráfico haciendo de Colombia un lugar lleno de desesperanza, dolor y tristeza para quienes no son causantes sino víctimas de esta situación. Se ve tanto en zonas rurales y urbanas, sin embargo su sentir más fuerte se da en las selvas y en los pueblos a través del desplazamiento forzado planteando nuevos escenarios para quienes se ven afectados. De ahí que implique impactos importantes a nivel humanitario, social, económico, político, cultural y psicológico; con importantes incidencias en salud pública, más específicamente en salud mental.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos del estado canalizados a través de Acción Social de la Presidencia, de organizaciones no gubernamentales como la Consultoría para el Desplazamiento Forzado y los Derechos Humanos (CODHES) y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), no se ha

logrado tener control e incidencia suficiente en el tema dado que el crecimiento de éste fenómeno aumenta más que los esfuerzos que se hacen para contrarrestarlo. De ésta manera existen grandes dificultades e impedimentos para llegar a la atención integral, desde el marco de las políticas públicas y la atención psicosocial, de quienes han dejado sus tierras a causa de la violencia, aumentando el impacto negativo acumulado de la violencia, la migración y el desarraigo.

Las investigaciones (Castillo, 2005) dirigidas a conocer la cantidad de personas desplazadas en Colombia en su gran mayoría indican que el número no puede ser exacto por la constante movilidad de los migrantes. Sin embargo, tanto el estado como las ONG's interesadas en los desplazados presentan un estimado que se analizará a continuación.

La Sección de Movilidad Humana del Secretariado Nacional de Pastoral Social (SNPS) se ha encargado de elaborar el “Sistema de Información sobre el Desplazamiento Forzado por la Violencia” denominado RUT (llamado así “Por la mujer viuda que hace parte de los personajes bíblicos del Antiguo Testamento”) (Castillo, 2005. Pág. 32). Desde el año 1998 se viene realizando este seguimiento con el objetivo de situar el contexto y plantear las importantes dimensiones que está tomando el desplazamiento forzado en Colombia, entre ellas las características personales, laborales, educativas y familiares de la población desplazada. El SNPS arroja como resultados que para el año 2005 el asentamiento de grupos desplazados se extiende a 32 departamentos del país de 33, a 211 municipios (el 14% de un total de 1.514); y a 203 comunidades, entre las que se cuentan tanto barrios urbanos como veredas rurales (Castillo, 2005).

Según Acción Social de la Presidencia de la República, para el año 2010 se estima que 3.486.305 personas están en condición de desplazamiento, lo que indica una creciente tasa a pesar de los esfuerzos realizados por entidades gubernamentales como por organizaciones no gubernamentales y otras sin ánimo de lucro, como lo son las fundaciones que apoyan a las personas en condición de desplazamiento

(Fundescol, Fundación Pies Descalzos, Servicio Jesuita de Refugiados, Fundación Colombia Nuevos Horizontes, entre otras).

No obstante, de acuerdo con los cálculos del CODHES, desde 1985 hasta 2006 se estima que el desplazamiento forzado ha alcanzado una cifra de 3.832.000 personas. Es de resaltar que en el periodo comprendido entre el año 2002 al año 2006, la cifra aumentó significativamente en cerca de un millón y medio de personas en condiciones de desplazamiento tal y como lo muestra la Tabla 1 (Cuchumbé & Vargas-Bejarano, 2008).

**Tabla 1**

*Número de personas desplazadas por el conflicto según años 2002-2006. Tomado de (Cuchumbé & Vargas-Bejarano, 2008).*

<b>Año</b>	<b>Total de personas</b>
2002	412.553
2003	207.607
2004	287.581
2005	310.237
2006	219.886
Total	1.437.864

Fuente: CODHES-SISDHES

La magnitud del fenómeno de forma agravante da pie para mantener y justificar el interés de indagar acerca de los efectos, las consecuencias y las necesidades que de estos se derivan a nivel de la salud mental, particularmente en la primera infancia (0 a 6 años) dada su reconocida condición de vulnerabilidad (Andrade, 2010). Según el Boletín n° 2 del año 2009 sobre niñez y desplazamiento de CODHES, refiere que la II Encuesta nacional de verificación tiene como resultado que 54,3% de la población desplazada oscila entre 0 y 19 años. Cifra que se ve confirmada en las últimas estadísticas de Acción social de la Presidencia (2010), donde indica que Bogotá recibió en el último año 39.606 niños entre los 0 y 7 años de

edad en condición de desplazamiento, de los cuales 20.513 eran hombres y 19.093 eran mujeres (Tabla 2). De ellos, 2686 son de raza afrocolombianos, 888 son de etnias indígenas y 280 sufren la vulnerabilidad por discapacidades físicas o mentales. Estos datos corroboran las dimensiones que día a día toma el fenómeno en el país.

**Tabla 2.**

*Población infantil desplazada para el año 2010.*

	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Total</b>
N° de niños entre 0 y 7 años.	19.093	20.513	39.606
Porcentaje	48.2%	51.7%	100%

Fuente: Acción social 2010 y elaboración propia.

**Tabla 3.**

*Población infantil desplazada para el año 2010 según edad.*

<b>Edades</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>Total</b>
<b>Bogotá</b>	1.705	3.470	4.864	5.062	5.435	6.138	6.274	6.658	39.606
<b>D.C.</b>									

Fuente: Acción Social 2010 y elaboración propia.

Este grupo etario es particularmente caracterizado como vulnerable, entendiéndose como un conjunto de condiciones con miras a generar protección en el individuo aún no desarrolladas suficientemente para el afrontamiento de la adversidad, y que por lo tanto se requiere de mayor cuidado y de protección por parte de agentes externos como los padres, los cuidadores y la red social (Papalia, Wendkos, Duskin, Gross, 2005), (Rodríguez, 2006)

A pesar de las imperantes necesidades de cuidado y protección a la niñez, cabe resaltar que solo hasta finalizada de la segunda guerra mundial, la percepción de los adultos hacia los niños cambia, reflejándose en una relación de guía, comprensión y de derechos individuales, que con el tiempo profundiza más en los derechos y deberes de los niños con el fin de propender por su cuidado de forma integral (Jenkins, 1998) citado por Timimi, 2006).

Por tal motivo ésta revisión de la literatura se centra en la salud mental de los niños en condición de desplazamiento con el fin de desarrollar la relación que existe entre el trastorno de estrés postraumático de la primera infancia en condiciones de desplazamiento y la atención psicosocial en las políticas públicas de atención a esta población.

### **Conflicto social e infancia**

En Colombia la violencia política incide en múltiples problemáticas sociales y definida por Noche y Niebla (1998, citado por Lozano & Gómez, 2004) “como aquella que se ejerce como medio de una lucha político-social, bien sea con el fin de mantener, modificar, sustituir, destruir o reprimir a un grupo humano con identidad dentro de la sociedad por su afinidad social, política, gremial étnica, racial, religiosa, cultural o ideológica esté o no organizada”. En particular, el fenómeno del desplazamiento en Colombia, a pesar de que es reconocido como tal, desde los años cincuenta, en los últimos diez años ha tomado cada vez dimensiones mucho más complejas.

Para las personas en situación de desplazamiento forzado, la violencia implica el acto de injusticia mayor que puede causarse en contra de una persona, sobre todo si la agresión es causada por sus congéneres o su mismo país; y con frecuencia se percibe que ni el gobierno central ni los grupos armados representan sus intereses, limitan su libertad y se manifiestan en contra de ellos, de sus

necesidades, o no les reconocen un lugar de respeto y legitimación, mientras que por otra parte lo hacen frente a las instituciones gubernamentales o frente a quienes representan otros intereses políticos y económicos de los que ostentan el poder (Cuchumbé & Vargas-Bejarano, 2008).

El conflicto armado genera en la población un estado constante de alerta frente a cualquier manifestación por parte de grupos en conflicto y se suma a ello, la inminencia de la amenaza, incluyendo las reacciones inesperadas e inexplicables como por ejemplo de evacuación instantánea, aquellas en las que no se realiza planeación alguna y por lo tanto son abruptas, no permiten proteger ni los bienes ni anticipar el cuidado de las vidas. Por esto lo que se desplaza es la vida propia y la de los familiares más cercanos que sobreviven, que se convergen en una población errante. Particularmente en la primera infancia y niñez, el conflicto genera nuevas dinámicas en esta población reconocida como una de las más vulnerables, que se concreta en los actos, los comportamientos, en sus actitudes, en su cuerpo y en las formas de lenguaje que representan su sentir y que claramente muestran cómo las condiciones sociales no elegidas implican un franco deterioro de su salud mental. En este sentido, esta población es considerada de especial atención dado que las consecuencias de estas situaciones adversas en las etapas del ciclo vital de la primera infancia y niñez afectan no solo la calidad de vida sino el posterior desarrollo en las estructuras mentales, psicológicas, físicas, sociales y culturales de todas las dimensiones de su ser (Maldonado, 2002).

Precisamente, algunas investigaciones (Betancourt, 2009); (Thabet, Karim, y Vostanis, 2006) se han centrado en el estudio del efecto que tiene la guerra en el comportamiento y bienestar emocional de niños preescolares, investigando la relación entre el trauma de la guerra y los problemas comportamentales y emocionales que se derivan de la situación traumática. Según esto, la exposición directa y no directa a la guerra, la clase de eventos traumáticos y la presencia de factores especiales y

culturales aumentan el riesgo de problemas emocionales y comportamentales en niños.

Betancourt (2009) desarrolló un estudio en Uganda sobre la percepción de la salud mental en niños y jóvenes que han sido expuestos a condiciones de bélicas y de migración forzada. Los estudios en general determinan que niños de distintas culturas víctimas de la guerra son más propensos a estar en algún grado de riesgo de problemas psicosociales. En éste, identificó que la diferencia cultural de la percepción de la población en salud mental no difiere significativamente de las características consideradas en Occidente, como lo son la ansiedad generalizada y desordenes del comportamiento, aunque se encuentran leves características propias de la cultura. Estos resultados implican que bajo condiciones guerra y desplazamiento forzado, los menores tienen una afectación psicológica y comportamental comprobada, independientemente de los rasgos culturales.

Finalmente, la amenaza vista por los menores no deja de pasar desapercibida y se ve reflejada incluso en el contenido de los sueños de niños bajo ésta condición. Así lo muestra el estudio hecho por Valli, Revonsuo, Pa`lka`s, y Punama`ki (2006) donde demuestran, que si bien existe una amplia evidencia de sueños desagradables y pesadillas, el sistema de amenaza psicológico, se activa con señales del medio ambiente en el que se encuentra el niño luego de eventos traumáticos, donde según la frecuencia y propiedad de la amenaza existe un fuerte estímulo en el contenido de los sueños.

### **Desplazamiento forzado**

Según el recorrido que hace Arango (2007) en su estudio, el concepto del desplazamiento tiene varias acepciones según los contextos en que se estudia. Una de ellas, es el desplazamiento que hace referencia a la migración interna dentro de un territorio delimitado. Se entiende como migrante aquella persona que se moviliza de un lugar a otro de forma temporal o permanente, voluntaria o involuntaria, en busca de mejores condiciones de vida. Las migraciones involuntarias, permanentes o

temporales, son conflictivas, causadas por violaciones a los derechos humanos y, por ello, son de resorte público y hacen referencia más al fenómeno del desplazamiento forzado. En este se considera que la relación que existe entre el conflicto interno y el territorio, generan desplazamientos forzosos. Como táctica de guerra, los grupos en contienda buscan, de una parte aliarse con las poblaciones cercanas o desplazar a sus habitantes, y de otra, apoderarse de los recursos generadores de riqueza (tierras, recursos naturales, corredores viales, entre otros), creando con ello condiciones sociales desfavorables que, en último término, también causan otros desplazamientos estructurales como lo son la exclusión y pobreza

El fenómeno del desplazamiento como consecuencia de la violencia política del país ha sido no sólo constante sino también creciente, para finales del siglo XX y XXI en Colombia. Reconocido es su impacto en la calidad de vida de la población, en su gran mayoría proveniente de áreas rurales pobres y en mayor condición de vulnerabilidad. La presión de los grupos de derechos humanos y la magnitud de éste fenómeno ha sido tal que su incidencia en el estado colombiano le ha impuesto una orden de la Corte Constitucional. Lo que ha obligado al gobierno a tomar acciones legislativas frente al tema en cuestión. De esta manera se expidió la ley 387 de 1997 y la sentencia T- 025 del año 2004 (Cuchumbé & Vargas-Bejarano, 2008).

En el Art. 1º de la Ley 387/97 se establece que “Es desplazado toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: Conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público” (Lozano & Gómez, 2004).

No obstante, pocas veces se toma en cuenta la definición de desplazamiento por parte de quienes padecen ésta situación. Para las víctimas el desplazamiento forzado es una condición de vida, no elegida, porque para ellas no es un estado transitorio sino que tiene un efecto de desestabilización, puesto que irrumpe negativamente en la historia personal, desestructura las redes y las relaciones familiares, comunitarias y sociales en las que están inmersas las personas y los grupos y sus modos y prácticas que le dan sentido a su vida (Cuchumbé & Vargas-Bejarano, 2008). Incluso para entender las dimensiones psicológicas del asunto, en Colombia la relación del campesino con la tierra va más allá de ser un medio de subsistencia, conforma su identidad y le ha dado sentido a su existencia. El efecto de esto que remite a la identidad y a los vínculos generan en la historia de vida de las personas en estos contextos unas condiciones particulares que merecen ser reconocidas en toda su dimensión humana (Cuchumbé & Vargas-Bejarano, 2008).

Cabe resaltar que a diferencia de los migrantes no forzados, quienes son desplazados forzosamente dentro de su país, se caracterizan por que el desarraigo, su constante movilidad es resultado de las amenazas por violaciones a sus derechos humanos y a su dignidad (Human Rights Watch, 1998 citado por Mogollón, 2004). Sin embargo, solo hasta hace poco tiempo se les reconoció su condición política y social como población en condición de vulneración de derechos en la comunidad internacional, por lo que en el marco del acogimiento no recibían ningún tipo de refugio (Merteens, 1999 citado por Mogollón, 2004). En Colombia, la Sentencia T-025, efectuada por la Corte Constitucional el 22 de enero de 2004, comprende un amplio catálogo de derechos que el juez constitucional afirma están siendo vulnerados al interior del país, por un evidente “estado de cosas inconstitucional”. Afirma la Corte que el respeto y garantía de los derechos y su desarrollo progresivo no son facultad del Estado, sino una obligación que se materializa en el deber de acatar las normas establecidas, para garantizar la igualdad material y la protección efectiva de los derechos. El no acatamiento de la ley por parte del Estado constituye

una falla en la realización de aquellas funciones que le son propias, por lo cual debe adoptar medidas efectivas que se traduzcan en acciones afirmativas, dirigidas a la atención y protección de los derechos de la población desplazada, prevaleciendo siempre la efectividad sobre el formalismo en la formulación y realización de las políticas públicas.

### **Salud mental**

La salud mental ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Paltiel, 1993) como el “bienestar emocional y psicológico en el cual el ser humano puede utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, desenvolverse en la sociedad y resolver las demandas cotidianas de la vida”. Se incluye en ella los aspectos preventivos de las enfermedades y alteraciones mentales (Haquin, Larraguibel y Cabezas, 2004). En efecto, la salud mental se ve impactada en tanto que un evento traumático se presenta mediante acontecimientos disruptivos que amenazan con la integridad física y/o psicológica de la persona, que se asocia con el caos y la confusión. La persona siente que es difícil de comprender para los demás, y amenaza creencias básicas, referentes de seguridad como la creencia en el control sobre nuestra vida o la invulnerabilidad, la confianza en los otros, la relación de ayuda entre humanos o la predictibilidad del mundo. El desplazarse de un lugar a otro de forma involuntaria y en contra de los propios deseos tiene implicaciones más allá del área judicial o político, dado que existen fuertes vínculos entre las consecuencias de la violencia y la salud mental. Así lo demuestran los resultados de los estudios de Sue, Sue y Sue (1996) y Dabas y Najmanovich (1995) citados por (Lozano & Gómez, 2004) hechos en personas que han debido dejar su lugar de residencia por motivos políticos. Aun así, se resalta el hecho de que las respuestas pueden variar de persona a persona frente a la violencia, según su estilo de afrontamiento, la percepción del evento traumático, los recursos psicológicos con los que cuenta, la calidad y el apoyo

que reciba de su red social, las características y severidad del acto traumático y la historia social y personal.

Por lo tanto es de esperarse que la condición de ser considerado *desplazado* puede tener efectos psicosociales secundarios a esta situación vital que traen como consecuencia, conductas de riesgo tales como el consumo de alcohol y de drogas, aislamiento social, depresión profunda, disfunción familiar, laboral y social (CODHES, 1995 citado por Lozano & Gómez, 2004). Un elemento común a las familias de desplazados es la desestructuración familiar que a su vez trae múltiples consecuencias para la integridad personal de sus miembros (Lozano & Gómez, 2004).

En este punto cabe mencionar entonces cómo la identidad del sujeto se ve comprometida y afectada por las dinámicas sociales de la recepción y de la llegada como por las interacciones que establece la persona desplazada con otros grupos humanos mediados por culturas y estilos de vida diferentes (Palacio, Correa, Díaz y Jiménez, 2003).

Para Palacio, Correa, Díaz y Jiménez (2003) La identidad facilita la permanencia y la dinámica de las prácticas sociales comunitarias (algunas de ellas son consideradas por el pensamiento moderno como irracionales). La identidad orienta y predispone a los actores académicos, particularmente a los del campo social, hacia nuevas construcciones teóricas o al menos a la revisión de las vigentes. Esto es, al conocimiento de los desencadenamientos que tienen ocurrencia con ocasión de las prácticas sociales, que a su vez se ligan a la afirmación social de la identidad. Ésta a su vez, permite reexplicar las prácticas socioculturales de la cotidianidad desde las más elementales, consumos y servicios prestados hasta las complejidades de sus relaciones con el entorno natural. De ahí que pueda hacerse explícito, el hecho de que los contextos en los cuales se encuentran los desplazados en los lugares de llegada generen crisis a nivel individual y grupal. Son Colombianos pero no hacen parte de de ningún lugar de su país, son rechazados e incluso segregados.

Como así lo indica la investigación desarrollada por Sánchez & Jaramillo (1999, citad por Lozano & Gómez, 2004), la mayoría de desplazados sufren de segregación, otros son sometidos a persecuciones y amenazas, algunos son asimilados por la cultura y muy pocos logran el proceso de integración completamente.

### **Estrés postraumático**

El trastorno de estrés post traumático (TEPT) como concepto se ha venido estudiando a partir del siglo XIX, como resultado de los eventos históricos que han tenido una fuerte incidencia en la salud mental de la población a nivel mundial. Es a partir de los eventos bélicos que ha tenido la humanidad en los últimos tiempos, que el incremento del estudio de casos de maltrato infantil, agresiones sexuales, incendios, accidentes de tráfico, desastres naturales, atentados terroristas, torturas ha tomado más importancia para la comunidad científica. En efecto la relación entre la ocurrencia de una situación traumática y el riesgo de contraer problemas psicológicos a nivel de Trastorno de estrés postraumático, se hace indiscutible gracias a los estudios hechos en población que ha estado bajo condiciones de guerra y situaciones traumáticas durante la infancia (Martin & Ochoterena 2004).

En la clasificación diagnóstica el concepto ha tenido variaciones en su denominación según los conocimientos teóricos y las investigaciones científicas que se han adelantado. Para 1952, la Asociación Americana de Psicología (APA), indica que es “una gran reacción al estrés” en el manual diagnóstico y estadístico, DSM-I. Ya para la tercera edición del manual, en 1980, es introducido como una categoría diagnóstica formal desde una perspectiva descriptiva más que teórica y etiológica. Para ésta misma edición, pero revisada, se filtraron los criterios diagnósticos, especificando que los síntomas han de mantenerse durante por lo menos un mes. Para el DSM-IV, se incluyó la medida de respuesta subjetiva del individuo al trauma, de la angustia emocional y de la percepción de desamparo. Es de resaltar que en el estudio del TEPT se ha encontrado que tiene características de comorbilidad con trastornos

del Eje I del DSM-IV, como la depresión y los trastornos por ansiedad (Martin & Ochoterena 2004).

El TEPT se define como un trastorno psiquiátrico que se presenta como consecuencia de la vivencia de una situación crítica o exposición a circunstancias traumáticas en la vida de una persona o de un grupo, donde se ve amenazada la integridad personal y que desborda las capacidades de afrontamiento del sujeto. El trauma se relaciona con acontecimientos son disruptivos para cualquier persona, impactan la vida en numerosas formas, y no constituyen experiencias universales como las crisis vitales, sino hechos catastróficos extraordinarios compartidos por determinadas personas, aunque a veces la magnitud es tal que afecta e interrumpe la vida de toda la comunidad (Peratallada, Huertas, Rodríguez, 2007). Su inicio se ve determinado por la exposición a una o más experiencias traumáticas relacionadas acompañado de un importante deterioro en el funcionamiento social, ocupacional y/o personal (Palacios & Heinze, 2002). En cuanto a las bases biológicas, estas son la representación de las consecuencias a largo plazo de una falla del organismo para recuperarse de una situación traumática o las consecuencias biológicas que se producen como una respuesta a los recuerdos de los eventos que no ocurren en tiempo real (Palacios & Heinze, 2002).

El trastorno se describe en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) según los siguientes criterios diagnósticos:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha existido (1) y (2):

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o de los demás

2. La persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos

B. Durante o después del acontecimiento traumático el individuo presenta tres o más de los siguientes síntomas disociativos:

1. Sensación subjetiva del embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
2. Reducción del conocimiento de su entorno (por ejemplo estar "aturdido")
3. Desrealización
4. Despersonalización
5. Amnesia disociativa (por ejemplo incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios o flashbacks recurrentes o sensaciones de estar reviviendo la experiencia y molestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerden el acontecimiento traumático

D. Evitación marcada de estímulos que recuerdan el trauma (por ejemplo pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas)

E. Síntomas marcados de ansiedad o aumento del alerta (*arousal*) (por ejemplo dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora)

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican por la presencia de un trastorno psicótico breve ni constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente en los Ejes I o II (DSM IV-TR, 2008).

En el marco de la investigación, los incrementos en los índices de violencia, son una de las razones por las cuales los estudios en el TEPT se han desarrollado. Así lo confirman los estudios de Breslau, Davis y Peterson (1997) citado por (Palacios & Heinze, 2002), donde 20,9 de los casos reportaron un ataque violento asociado inmediatamente a un alto riesgo para desarrollar TEPT. Particularmente el estudio en población infantil afectada por el conflicto armado y desplazamiento demuestra un considerable aumento en el riesgo de contraer problemas a nivel mental, derivados en psicopatologías y distrés en jóvenes y niños (Betancourt, Speelman, Onyango and Bolton, 2009).

No obstante, según Alejo (2007) en Colombia a pesar de las cifras abrumadoras en el tema, las investigaciones acerca de la prevalencia de trastornos en salud mental no son suficientes en el país, lo que impide establecer una caracterización diferencial en relación con otros estudios sobre poblaciones en condición de desplazamiento. Establecer ésta caracterización de la experiencia traumática y la clara identificación de los factores de riesgo de TEPT, como bien lo aclara este autor, serán las pautas para definir acciones encaminadas tanto a la mejor definición y fortalecimiento de políticas públicas y programas de atención.

Según Mogollón (2004), hay un fuerte compromiso de la salud mental específicamente en la población en condiciones de desplazamiento forzado, dado que se encuentran síntomas comunes a las experiencias de guerra como el síndrome de estrés postraumático y manifestaciones somáticas como dolores de cabeza, dolores o malestar no específico en torso y miembros, vértigo, debilidad y fatiga. En efecto,

40% aproximadamente de las personas que han sido víctimas de la violencia han presentado algún tipo de sintomatología psiquiátrica. Allí entran a jugar múltiples factores como el lugar de vivienda, las condiciones de vida, las condiciones socio demográficas, la cultura, las redes de apoyo social y los estilos de afrontamiento. El no tratamiento de esta condición desde la psicología puede tener serias implicaciones en la calidad de vida de la personas además de afectar de forma importante los procesos de desarrollo en el caso de los niños (Pérez-Olmos, Fernández-Piñeres, Rodado- Fuentes, 2005).

Las investigaciones aplicadas en el tema de violencia sociopolítica en relación con población desplazada en Colombia, indican que en su gran mayoría las experiencias traumáticas reportadas hacen referencia a aislamiento, daño o lesión física, tortura o abuso sexual, encarcelamiento o secuestro, separación forzada de seres queridos, vivencia de muertes o de hechos de guerra. Por lo tanto la población desplazada presenta altos niveles de morbilidad junto con una disminución en las expectativas de vida y una alta vulnerabilidad en el desarrollo de desordenes mentales y hábitos de salud insuficientes (Schnurr, 1996) citado por (Alejo, 2007).

Según distintas investigaciones (Echenique, Medina, Medina y Ramírez, 2008); (Pérez y cols., 2005) la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en población en condición de desplazamiento es alta frente a la población que ha sido testigo de un evento traumático, indicando un alto impacto negativo en ésta población, sobre todo llama la atención en el grupo de primera infancia, niños y jóvenes.

Se suma a esto que la Organización Internacional para las Migraciones (2001) (citado por Mogollón, 2004) indica que 41% de los hogares desplazados con niños menores de 12 años reportan pérdida de peso. No siendo el único caso, se encuentra los hallazgos realizados la encuesta aplicada en Altos de Cazucá para diagnosticar la situación nutricional en niños entre los 6 a 59 meses de edad. El 31,9% de estos niños presentaba desnutrición crónica global en la población que implicaba ser desplazada.

Estas cifras indican las consecuencias del desplazamiento en los niños y las implicaciones en el desarrollo integral de ellos.

Palacios y Heinze (2002), particularmente en el caso de la primera infancia indican que la edad resulta ser un factor altamente incidente en el desarrollo del TEPT, dado que las experiencias traumáticas en edad tempranas están asociadas a mayor riesgo y síntomas más severos. Según ésta situación, la probabilidad de que los niños presenten condiciones psiquiátricas luego de presenciar el evento traumático. Esto es resultado del desarrollo del individuo. En esta etapa el cerebro es más sensible a experiencias traumáticas, teniendo una incidencia importante en el desarrollo neurobiológico. Sumado a esto hay una carga importante en la calidad de vida y los costos sociales que ello implica. Hay un alto índice de falla escolar, bajos ingresos y problemas para establecer adecuadas relaciones interpersonales. En efecto entre más temprana sea la edad de inicio de trastorno mental, hay mayor posibilidad de predecir las consecuencias en los logros a nivel educativo, económico y social. Con el tiempo son más difíciles de identificar, en la medida que el individuo crece, ya que la reacción traumática se adapta frecuentemente y pasa a ser parte importante del estilo de afrontamiento de la persona.

Profundizando en el tema, las investigaciones de Palacio y cols (1999) citado por (Mogollón, 2004) encontraron que hay mayor tendencia en niños entre los 7 y 16 años a presentar comportamientos depresivos y ansiedad, correlacionados con los actos violentos que han debido presenciar. Los niños se enfrentan y entienden estos hechos depende del momento evolutivo que estén viviendo y por tanto de la maduración cognitiva que tengan. Generalmente en los niños también se podría hablar de respuestas inmediatas y posteriores a la situación traumática.

La comorbilidad del TEPT que tiende a presentarse en esta población refiere a trastornos del apego, habilidades sociales que pueden tener un grado de deterioro, conductas de agresivas, dificultad en el control de los impulsos, somatización, depresión y uso de sustancias.

Así en un primer momento los niños pueden presentar las siguientes reacciones (Peratallada, Huertas, Rodríguez, 2007):

- Shock e incredulidad: que se manifiesta cuando dicen cosas como “no es cierto, no me lo creo”.

- Desacuerdo y protesta: ponerse a llorar como si de una rabieta se tratara

- Continuar como si nada pasara: reflejado en preguntas del tipo “¿puedo ir a jugar?, ¿cuándo viene papá?”

- Cuando el mundo de alrededor se vuelve inseguro para los niños ellos se sienten seguros haciendo lo que les hace sentir bien (dibujar, jugar) a pesar del asombro de los adultos. Las reacciones más comunes en momentos posteriores cuando empiezan a intentar asimilar lo que está pasando son:

- Ansiedad reflejada como miedo a más muertes cercanas y a estar solo, estar más demandante con los padres; esto se va calmando a través de preguntas que ellos hacen y que hay que responder.

- Imágenes vivas en su imaginación de lo que han visto o de lo que imaginan que ha pasado

- Dificultades para dormir, tanto quedarse dormidos como en mantener el sueño

- Están tristes y extrañan

- Identificación con la muerte (sobre todo en niños más pequeños que pueden buscar la muerte como si fuera alguien o algo material)

- Se enfadan con facilidad

- Culpa, vergüenza y auto reproche

- Problemas en el colegio (atención, concentración)

- Comportamiento regresivo (volver a etapas evolutivas anteriores donde se sienten más seguros)

- Aislamiento social, por no sentirse comprendido por los compañeros y sentirse diferente.

- Fantasías sobre el futuro

- Cambios de personalidad

- Pesimismo hacia el futuro

- Preocupación por las causas y las consecuencias

- Maduración y crecimiento.

Por otra parte, la familia en la que está inserta el menor, dadas las circunstancias problemáticas, puede generar condiciones no adecuadas para él, propiciando maltratos físicos y/o psicológicos, negligencia. Particularmente López-Soler (2008) plantea que existen síntomas que dan una mirada más compleja referente al TEPT que pueden desarrollarse en niños, como lo son la regulación de los afectos e impulsos, estabilidad de la memoria y atención, cambios en la autopercepción, dificultad para establecer relaciones interpersonales adecuadas, somatizaciones y cambios en el sistema de significados. Se denomina el TEPT complejo y considera aspectos externos e internos del individuo.

El conocer las condiciones de la salud mental de la población infantil desplazada permite una mejor intervención desde la clínica psicológica. Allí entran a jugar múltiples factores como el lugar de vivienda, las condiciones de vida, las condiciones sociodemográficas, la cultura, las redes de apoyo social y los estilos de afrontamiento.

Por tal motivo se han desarrollado distintos instrumentos y terapias dirigidos a mejorar las condiciones de vida de esta población vulnerable.

## **Instrumentos**

La evaluación de la psicopatología infantil, en particular del estrés postraumático en la población infantil desplazada permite tener un mapa más concreto acerca de cómo opera ésta en población infantil y identificar las condiciones en que se presenta. Para tal efecto han sido desarrollados distintos instrumentos que permiten obtener esta información. He aquí una breve descripción de ellos.

La principal Escala infantil de síntomas del Trastorno de Estrés postraumático (PSD) fue desarrollada por Foa, Johnson, Feeny y Treadwell (2001) (citado por Bustos, Rincón y Aedo, 2009). Esta escala consta de 17 ítems derivados de los síntomas postraumático de los grandes grupos sintomáticos. Entiéndase reexperimentación, evitación y activación. Se caracteriza por ser oportuno y fácil de aplicar. Ha sido validado en Chile, lo que permite su aplicación en el contexto latinoamericano (Bustos et. al, 2009).

Es de uso importante para hacer un primer acercamiento con la población, el Cuestionario de síntomas desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud. Este instrumento permite valorar las problemáticas más frecuentes de la población en situación de riesgo tales como la ansiedad, depresión, psicosis y problemas psicosomáticos (Rodríguez, 2006).

Un tercer instrumento es la Escala para el trastorno de estrés postraumático administrada por el Clínico (Clinician Administred PTSD Scale (CAPS)). Ésta se basa en el DSM-IV, evaluando los criterios diagnósticos de TEPT (Pérez-Olmos, Fernández-Piñeres, Rodado- Fuentes, 2005).

Finalmente, el Child Behaviour Check List es un instrumento de tamizaje que ha sido diseñado con el fin de obtener información y estudiar acerca de problemas de competencias, comportamentales y emocionales en niños. Por lo general, se utiliza esta información con miras a asesorar a docentes, pedagogos y padres en la salud mental de los pequeños (Rescorla, 2005). El instrumento incluye dos escalas de

análisis y es aplicable a población infantil entre los 4 y 16 años. La escala internalizante es aquella que se refiere a los reactivos emocionales, ansiedad, depresión, quejas somáticas y síndrome de retraimiento, en tanto que la externalizante considera las conductas agresivas y los problemas de atención. Existen versiones distintas del instrumento según la información que sea requerida, por lo que debe ser diligenciado por aquellas personas que hacen parte de la red cercana al niño, como padres, profesores o personas cargo. Incluso existe un formato para niños de 12 a 16 años (Rubio-Stipec, Bird, Canino y Gould, 1990).

Para efectos de estandarizar la aplicación en países de habla hispana para el beneficio de la investigación en salud pública, Rubio-Stipec et. Al. (1990), estudiaron la consistencia interna y la validez de la versión traducida al español. Los resultados arrojaron que el total de problemas comportamentales son buenas medidas de desajuste en niños en Puerto Rico, lugar donde se llevó a cabo el estudio.

### **Resiliencia: otra mirada**

La resiliencia está constituida por múltiples factores de tipo biológico, psicológico y social. Por ejemplo, Milgram y Palti (1993), citados por Munist, Santos, Kotliarenco, Suarez, Infante & Grotberg (1998), indican que es un “conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos” (p.167), Osborn (1996) citado por Munist et al., (1998), señalan que puede ser producto de una conjunción de entre los factores ambientales y temperamento y un tipo de habilidad cognoscitiva...”(p.9), Cyrulnik (2002) citado por Garrido y De Pedro (2005) explica que “es un proceso, un conjunto de fenómenos armonizados, en el cual el sujeto se cuele en un contexto afectivo, social y cultural” (p.113), Amar, Kotliarenco y Llanos (2003), que es “un proceso interactivo entre los sujetos resilientes y su medio” (p.167). De hecho, las investigaciones de estos últimos autores incluyen el medio familiar, el medio social y cultural y los atributos que posee el niño; principalmente, su temperamento. Sumado a esto, a la resiliencia subyacen procesos de afrontamiento de la adversidad: “...tener una vida sana en un medio insano (Rutter, 1992; p.6), citado por Kotliarenco et al.

(1998); “serie de elementos positivos como la amistad, el proyecto de vida, una espiritualidad que permitan la construcción o reconstrucción de la vida” (Vanistendael, 2005; p.4); “capacidad para forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias” (Vanistendael & Lecomte, 2002; p.4); “recursos que desarrolla una persona, grupo o comunidad por tolerar y superar los efectos de la adversidad” (Schiera, 2005; p.131); “impulso vital innato del ser humano, que lo lleva a negarse a renunciar y por otro lado, a unir su energía para salir adelante” (Torres, 2006; p.332); “capacidad que se desarrolla solo en presencia de la adversidad o bien de factores de riesgo que pueden detener el desarrollo humano” (Castro y Llanés, 2006; p.2).

Vera, Carbelo y Vecina (2006) a través de una nueva mirada del afrontamiento, donde las personas consiguen sobrellevar con fortaleza la adversidad, resaltan el estudio de Fredrickson (Fredrickson y Tugade, 2003) luego de los atentados a las torres gemelas de Nueva York el 11 de septiembre de 2001, encontró que el ajuste de la persona y la resiliencia están mediados por la experiencia emocional positiva. Es decir que estos dos componentes funcionan como factores protectores ante la depresión, motivando un ajuste emocional. Lo que la investigación en resiliencia demuestra es que las personas con un afrontamiento de estilo resiliente, imaginan y afrontan la vida de forma optimista, con mayor nivel de entusiasmo y energía, la curiosidad es una de sus características y su apertura a nuevas experiencias es resaltada, caracterizadas por altos niveles de emocionalidad positiva (Block y Kremen, 1996 citado por Vera et al. 2006).

Luego de analizar el concepto de resiliencia dentro del marco de la psicología positiva, se percibe que el comportamiento del individuo resiliente goza de aceptación social por permitir hacer frente a condiciones evaluadas y reconocidas como altamente estresantes y traumáticas, particularmente en población infantil.

Comprender el concepto permite desarrollar estrategias que lo incluyan en programas sociales, puesto que involucra el desarrollo de mecanismos que inciden en

la calidad de vida de las personas en condiciones de vulnerabilidad, en particular la población desplazada. Se ha de hacer énfasis particularmente en los factores que permiten a ésta población tener importantes índices de resiliencia. González (2004), explica como frente a frágiles condiciones del sitio de llegada y a las diferentes rupturas en el tejido familiar y social, las personas en condición de desplazamiento desarrollan habilidades en el ámbito de las reflexiones, actitudes y estrategias de comunicación y organización, que les permite sobre ponerse y emprender la reconstrucción de sus proyectos de vida. Gracias a ésta investigación se resalta que los factores que promueven comportamientos resilientes han de ser estudiados para que, puedan ser así mismo promovidos en ámbitos de atención clínica y social.

El desarrollo infantil se ve íntimamente ligado tanto a las condiciones internas como externas al que se ve expuesto. La familia como institución protectora, tiene las características necesarias para brindar espacios de desarrollo de habilidades sociales y factores protectores a los menores. En ella los niños han de percibirse como sujetos con derechos, resultado de un trato adecuado. Para ello una de las estrategias en la intervención social preventiva son las prácticas adecuadas establecidas a partir de pautas de crianza de los padres, asegurando el bienestar y desarrollo de los menores, en programas que fortalezcan la familia. Por ello se sugiere el mejoramiento del acceso y fortalecimiento de los servicios sociales preventivos de atención a las familias, particularmente en lugares y tiempos de vulnerabilidad percibida (Trenado, Pons-Salvador, y Cerezo, 2009). En estudios empíricos con niños (Richters y Martínez, 1993; Masten et al., 1999; Masten, 2001; Manciaux et al., 2001 citado por Vera et al. 2006), uno de los factores del que más evidencia hay, en relación con la resiliencia es la presencia de padres o cuidadores competentes (Vera et al. 2006).

### **Atención psicosocial a menores víctimas**

El enfoque psicosocial guía los lineamientos de intervención psicosocial con víctimas de la violencia y el desplazamiento forzado entre el 2004 y el 2010 del

Ministerio de la Protección Social. Se define como la perspectiva que distingue los efectos psicosociales que comprometen la violación de derechos en el contexto de la violencia sociopolítica y el desplazamiento, en el caso de Colombia. Respalda así mismo el enfoque de derechos por lo que orienta toda política pública, acción y medida de reparación a víctimas (Moreno, López, y Tabima, 2009).

La atención psicosocial, basada en el enfoque psicosocial, como mecanismo de respuesta ante fenómenos sociales, se diferencia de la atención clínica psiquiátrica, en tanto que busca integrar las distintas dimensiones de la condición humana desde la ayuda humanitaria y la intervención social, de manera tal que las personas puedan construir nuevos mundos de significado, materializados en un proyecto de vida. Ella tiene por objetivo aplacar o controlar los efectos causados por eventos traumáticos, restableciendo el equilibrio y evitando la revictimización. Este proceso permite fortalecer los procesos normales de recuperación, al tiempo que se previene la persistencia o el agravamiento de los síntomas y el surgimiento de nuevas enfermedades. Esta es viable si es diseñada desde una perspectiva comunitaria, con base en la previa identificación y control de los riesgos propios de cada víctima. La intervención tiene distintos niveles y modalidades según la población y la acción terapéutica específica, por lo que puede ser psicológica o social, grupal, individual o familiar (De Taborda, 2006).

La atención oportuna a la población aquí descrita es sumamente indispensable, en tanto que puede verse traducido en el esfuerzo del mejoramiento de la identificación de los individuos con mayor riesgo, atenuando tanto el curso como la severidad de la enfermedad. Sobre todo, porque como ha sido demostrado, todas las acciones hechas a tiempo en la etapa de la primera infancia, a pesar de la severidad del daño, pueden generar condiciones deseables en la calidad de vida los individuos y a su vez disminuir la prevalencia de trastornos psiquiátricos de alta gravedad (Trenado, Pons-Salvador, y Cerezo, 2009).

La responsabilidad de brindar una atención adecuada además de depender del Estado, la asumen entidades como organizaciones no gubernamentales y sin ánimo de lucro que intervienen en esta problemática. Ahora bien, la Corte constitucional en la sentencia T-025 de 2004, luego de determinar que hasta el momento las autoridades competentes habían omitido de forma reiterativa la situación de la niñez desplazada, incurriendo en la vulneración de los derechos fundamentales, establece una serie de Autos para el seguimiento de la sentencia. Con base en esta en el año 2008, PLAN, una Fundación colombiana que tiene como objetivo el mejoramiento de las condiciones de vida de las niñas y los niños que viven en situación de extrema vulnerabilidad, en cooperación con la embajada británica, desarrollan la propuesta de un conjunto de indicadores que miden el goce efectivo de los derechos fundamentales de la niñez desplazada. Ésta está dirigida a organizaciones de la sociedad civil, entidades de cooperación internacional, del sector público y privado y que son actores importantes en el desarrollo de programas y políticas para la niñez en condiciones de desplazamiento. En ella, se exponen 52 indicadores de Goce efectivo de Derechos, basados en los derechos de supervivencia, desarrollo, protección participación a partir de la interdependencia e integralidad de los derechos humanos y los principios de interés superior del niño, la prevalencia de derechos y la participación activa de la familia. Su objetivo es evaluar las políticas públicas, sus alcances y limitaciones. Entre estos indicadores se encuentra el acceso al servicio de atención psicosocial para niños, niñas y adolescentes en condición de desplazamiento, que determina el porcentaje de esta población por parte de las entidades estatales (Marin, 2008).

**Tabla 3.**

*Indicador de accesibilidad al servicio de Atención Psicosocial del Goce efectivo de derechos de NNAD.*

<b>Dimensión del derecho</b>	<b>Categoría</b>	<b>Componente</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Fuente</b>
------------------------------	------------------	-------------------	------------------	----------------	---------------

Supervivencia	Atención psicosocial	Accesibilidad	Todos los niños, niñas y adolescentes en condición de desplazamiento han recibido atención psicosocial.	# (por ciclo vital, sexo y pertenencia étnica) que han recibido o reciben psicosocial por tipo de atención	NNAD	Acción Social, ICBF, Ministerio de Protección social, Gobernaciones y Alcaldías.
				/TOTAL NNAD incluidos en RUPD.		

Nota: NNAD: niños, niñas y adolescentes en condición de desplazamiento; RUPD: Registro Único de Población desplazada.

Fuente: Marín, 2008.

En Bogotá, la Dirección de Salud Pública, ha establecido como objetivo la definición de lineamientos y estrategias que fomenten la cultura de la salud mental en el Distrito Capital. Desde la promoción de la investigación, mejoramiento del acceso, cobertura y calidad de la atención, fortalecimiento de la red de prestadores de servicios básicos y especializados en el campo de la salud mental. Está fundada en los principios de equidad, responsabilidad y sostenibilidad elevando la calidad de vida de la población, con el fin de fortalecer la participación de los ciudadanos y la respuesta social organizada (Pedreros, 2005).

En ella se contempla una serie de acciones desde el plano comunitario, sectorial y transectorial, que propenden por el desarrollo de la autonomía como garante del derecho de la salud mental para los ciudadanos. Para el caso especial de las poblaciones vulnerables y situaciones de emergencia, el Distrito busca generar

cambios adecuados tanto en el comportamiento individual como en el colectivo, fortalecer la oferta institucional y promover la articulación de la oferta interinstitucional en áreas de prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental (Pedreros, 2005). Este segmento de la política está ligado a los lineamientos sectoriales de la política pública de salud para la población desplazada, donde uno de los componentes es el modelo de atención, desarrollado desde un enfoque intercultural y diferencial, basado en la estrategia de promoción de la calidad de vida y salud y en la Atención Primaria Integral de Salud que se desarrolla en la actualidad en los hospitales públicos del Distrito. Allí se determina el Modelo de atención a población en condiciones de desplazamiento en Bogotá con indicadores que permitan medir la eficacia de la intervención psicosocial (Anexo 1) (Secretaría de Gobierno Distrital, 2008).

A raíz de las prioridades de las Naciones Unidas y la gestión de las políticas públicas en Colombia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el ACNUR en el año 2010 publicaron la directriz para la atención diferencial de niños, niñas y adolescentes víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. En ella establecen, desde el marco legislativo y el enfoque de derechos, un conjunto de recomendaciones a la política pública actual de desplazamiento en los componentes de prevención y protección de la población desplazada, la atención integral y la verdad, justicia y reparación, con base en los derechos de la vida y la supervivencia, educación y desarrollo, protección y participación (Montoya, 2010).

Las recomendaciones han sido diseñadas para las acciones puntuales derivadas de la política pública, desde los parámetros de los derechos en relación con los riesgos a los que están expuestos los menores. Adhiriendo pautas que vinculan la educación y el desarrollo, la protección, la participación junto con los actores que hacen realidad el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes en condiciones de desplazamiento.

Puntualmente, para la prevención y la protección de los menores, es necesario conocer lo particular del conflicto, teniendo en cuenta características como la dinámica del conflicto en la región, los principales actores y su forma de operar, la causalidad coyuntural y estructural que propician dinámicas de exclusión y desarraigo, lesiones psicológicas, sociales y culturales. Estas a su vez generan cambios esenciales y profundos en la vida de los menores, resultado del despojo y olvido, traducido en el menosprecio y estigmatización para la infancia y adolescencia (Montoya, 2010).

En relación con la atención integral, se debe comprender las dimensiones del ciclo vital junto con el desarrollo del menor, teniendo en cuenta sus necesidades y capacidades propias, conservando su derecho a la identidad y lo que ello implica, es decir, un nombre, una nacionalidad y filiación, una identidad cultural, una lengua y una idiosincrasia, como así lo afirma el Artículo 25 de Código de Infancia y Adolescencia (Montoya, 2010).

La pertinencia y eficacia de las acciones dirigidas a la atención, dependerán de la creación de una caracterización que cuente con las particularidades de los menores, que registre su situación en derechos, brindando la base para su adecuado restablecimiento, promoción y garantía, entre el Estado, la sociedad y la familia como actores indispensables para su desarrollo integral (Montoya, 2010).

## **Discusión**

El desarraigo y desplazamiento son actos agresivos por violencia, con alcances e impactos supremamente fuertes, que se convierten en un acto anormal que niega el desarrollo de la libertad personal, determinante para explicar las consecuencias del maltrato al que se ven supeditados los menores. Entre ellas está la reducción moral de la persona junto con sus derechos fundamentales, lo que con lleva

a que estas personas se desarrollen como agentes sociales sumisos, con dificultades para reconocerse como sujetos autónomos y construirse como tal (Maldonado, 2002).

A razón de ésta situación, los programas de atención y prevención a los niños, niñas y adolescentes en condiciones de desplazamiento forzado, deben considerar como eje central de su estructura, los factores de riesgo, la prevalencia y perpetuación del trastorno por estrés postraumático en esta población, asociado a la edad y al funcionamiento en las distintas áreas de desarrollo del individuo, asegurando la mejoría de los individuos afectados en su calidad de vida. Es interesante en este aspecto, la sugerencia que toman Palacios y Heinze (2002) de Van Der Kolk, Pelcovitz y Roth (1996), al decir que tanto el TEPT como las condiciones comorbidas no han de verse como trastornos separados, sino más bien como “un complejo de efectos somáticos, cognitivos, afectivos y conductuales de un evento traumático psicológico.

Desde la mirada de la resiliencia, cabe anotar que hay una vía alterna que propone este recorrido, al tratamiento e intervención social que puede plantear nuevos retos y percepciones para los profesionales sociales y de la salud. Incluir este concepto puede incidir fuertemente en las formas en que se conciben a los niños, niñas y adolescentes en condición de desplazamiento forzado, con miras a llevar a cabo acciones que planteen el desarrollo de factores protectores, fortalecimiento de redes de apoyo y formación para los cuidadores en relación con adecuadas prácticas parentales, protegiendo el desarrollo infantil y adolescente de situaciones que puedan surgir más adelante.

La revisión de las condiciones y avance de las acciones tomadas por parte del Estado, Organizaciones Civiles e Internacionales para la protección de los niños, niñas y adolescentes en condición de desplazamiento forzado muestra que si bien las acciones penales han sido asertivas para el caso, y se ha establecido la jurisprudencia propia de la problemática, los actores principales para el posicionamiento de la política pública deben trabajar mancomunadamente en programas de calidad y coherentes con las necesidades de la población vulnerable, con el fin de tener

resultados adecuados y pertinentes. Así lo demuestra el trabajo del Instituto de Bienestar Familia y el ACNUR, sobre la directriz a la política pública de desplazamiento infantil, diseñada para efectuar el debido seguimiento al Auto 251 de 2007, de la Sala segunda Revisión de la Corte Constitucional, hacia la protección de los derechos fundamentales y superar el “estado de cosas inconstitucional” de la sentencia T025 del 2004.

Esto implica que es necesario e indispensable que todos los organismos actúen como entes de control, vigilantes de que los programas y proyectos se den sin dificultad con la prioridad que los menores exigen. Sobre todo, garantizando el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes en condición de desplazamiento forzado por medio de la atención diferencial, de manera que sean seres autónomos y participantes en la construcción de su sociedad.

## Referencias

1. Acción Social (2010) Estadísticas población desplazada incluida en el RUPD. Tomado de la red en: [http://www.accionsocial.gov.co/Estadisticas/SI\\_266\\_Informacion%20PAG%20WEB%20\(4-08-2010\)%20ver%202.htm](http://www.accionsocial.gov.co/Estadisticas/SI_266_Informacion%20PAG%20WEB%20(4-08-2010)%20ver%202.htm)
2. Acción Social (2010) Información población desplazada Bogotá y Cundinamarca.
3. Alejo, E. (2007). Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Universitas Psychologica*. 6 (3): 623-635.
4. Amar, J. J., Kotliarenko, M.A. & Abello, R. (2003). Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. *Investigación y desarrollo*. 11; 162-169.
5. Andrade, J. A. (2010) Women and children, the main victims of forced displacement. *Revista Científica Electrónica de Ciencias Humanas*. 16 , 5; 28-53.
6. Arango, A., M. (2007) 10 años de desplazamiento forzoso en Colombia. La política, la cooperación internacional y la realidad de más de dos millones de colombianos. *Oasis*. 13; 5 – 43.
7. Betancourt, T., Speelman, L., Onyango, G. and Paul Bolton (2009) Psychosocial Problems of War-Affected Youth in Northern Uganda: A Qualitative Study. *Transcult Psychiatry*. 46(2): 238–256.
8. Bustos, P., Rincón, P., Aedo, J. (2009) Validación Preliminar de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en Niños/as y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual. *Psykhé*. 18 (2): 113-126.

9. Castillo, O., L.(2005) Poblaciones en situación de desplazamiento forzado en Colombia Una revisión de las cifras del sistema de información 'RUT'. *Cuadernos de desarrollo Rural*. 55; 29-50.
10. Castro, M., E., & Llanés, J. (2006) Tutoría en resiliencia. *Liberaddictus*. N° 94; 101-104.
11. CODHES (2009) Al tablero. Boletín sobre niñez y desplazamiento.
12. Corte constitucional (2004) SENTENCIA N° T-025 de 2004. Bogotá, DC., enero veintidós (22) de dos mil cuatro (2004).
13. Cuchumbé, N. & Vargas-Bejarano, J, C. (2008) Reflexiones sobre el sentido y génesis del desplazamiento forzado en Colombia. *Universitas humanística*. 65; 173-196.
14. De Taborda, M.C. (2006) Principales problemas psicosociales y principales pautas para su atención. En: *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Organización Panamericana de la Salud.
15. Echenique, C., Medina, L. Medina, R., Ramírez, A. (2008) Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de restablecimiento en Sincelejo. *Psicología desde el Caribe*. 21; 122-135.
16. Garrido, V., De Pedro, F. (2005). Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. *Revista Complutense de Educación*. 16; 107-124.
17. González, C. (2004) Transformación y resiliencia en familias desplazadas por la violencia hacia Bogotá. *Revista de estudios sociales*. 18; 123-130.
18. López, J.J., American Psychiatric Association, Valdés, M. (2008) DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson.

19. López-Soler, C. (2008) Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo concepción. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 13 (3): 159-174.
20. Lozano, M., Gómez, M. (2004) Aspectos psicológicos, sociales y jurídicos del desplazamiento forzoso en Colombia. *Acta colombiana de psicología*. 12; 103-119.
21. Haquin C., Larraguibel M., Cabezas J. (2004) Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría*. 75, 5; 425-433.
22. Maldonado, L. (2002) Niñez, ser social y desplazamiento forzado. En Bello, M., Cardinal, E. y Arias, F. (Ed.), *Efectos psicosociales y culturales del desplazamiento*. (pp. 137 - 162). Fundación dos mundos.
23. Marín, R. (2008) *Creciendo en derechos. Políticas públicas para la niñez desplazada, un desafío*. Plan, Embajada Británica.
24. Martin, L.M. & Ochoterena, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*. 16 (1): 45-49.
25. Mogollón, A, (2004) *Acceso de la población desplazada por conflicto armado a los servicios de salud en las empresas sociales del estado de primer nivel de la ciudad de Bogotá*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona.
26. Montoya, M.E. (2010) *Directriz para la atención diferencial de niños, niñas y adolescentes víctimas de desplazamiento forzado en Colombia*. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Alto Comisionado de Naciones Unidas Para los Refugiados. Recuperado de: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/7428>

27. Moreno, G., López, C. y Tabima D. (2009) Enfoque psicosocial en la atención a la población desplazada, confinada o en riesgo. Guía práctica para Alcaldes y Alcaldesas. Ministerio de Protección Social.
28. Munist, M., Santos, H., Kotliarenko, M.A., Suárez, E., N., Infante, F. & Grotberg, E. (1998) Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización panamericana de la salud organización mundial de la salud. Washington. División de Promoción y Protección de la Salud (HPP), del Programa de Familia y Población. <http://resilnet.uiuc.edu/library/resilman/resilman.html>
29. Paltiel, F. (1993) La salud mental de la mujer de las Américas. En: Genero, mujer y salud en las Américas. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud. 143-161.
30. Palacio, J., Correa, A., Díaz, M. y Jiménez, S. (2003) La búsqueda de la identidad social un punto de partida para comprender las dinámicas del desplazamiento restablecimiento forzado en Colombia. *Investigación y desarrollo*. 11 (1); 26-55.
31. Palacios, L. & Heinze, G. (2002). Trastorno por Estrés Postraumático: una revisión del tema. Primera parte. *Salud Mental*. 25 (3): 19-26.
32. Palacios, L. & Heinze, G. (2002). Trastorno por Estrés Postraumático: una revisión del tema. Segunda parte. *Salud Mental*. 25 (5): 19-26.
33. Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R., Gross, D. (2005) Desarrollo Humano. McGraw Hill.
34. Pedreros, A. (2005) Política distrital de salud mental. Secretaria distrital de salud de Bogotá Tomado de: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/politicadistritaldesaludmental.aspx>.

35. Peratallada, C.S., Huertas, A., Rodríguez, E. (2007) Clínica postraumática tras una catástrofe: Madrid, 11M-2004. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*. 1; 2-11.
36. Pérez-Olmos, I., Fernández-Piñeres P., Rodado- Fuentes, S. (2005) Prevalencia del trastorno por estrés postraumático por la guerra en niños de Cundinamarca, Colombia. *Revista de salud pública*. 7 (3); 268-280.
37. Rescorla, L. (2005) Assessment of young children using the achenbach system of empirically based assessment (ASEBA) mental retardation and developmental disabilities. *Research Reviews*. 11: 226–237.
38. Rodríguez, M. C. (2005) Desplazamiento como generador de crisis. *Terapia psicológica*. 23 (2); 33-43.
39. Rodríguez, M. C. (2006) Eficacia de un programa de grupo estructurado en estrategias de afrontamiento para DSTP en adultos y adolescentes en situación de desplazamiento. *Universita psychologica*. 5 (2); 259-274.
40. Rodríguez, J. (2006) Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Washington, D.C.: OPS.
41. Rubio-Stipec, M., Bird, H., Canino, G. y Gould, M. (1990) The Internal Consistency and Concurrent Validity of a Spanish Translation of the Child Behavior Checklist. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 18 (4): 393-406.
42. Schiera, A. (2005) Uso y abuso del concepto de resiliencia. *Revista Investigación en Psicología*. 8 (2); 129-135.
43. Secretaría de Gobierno Distrital (2008) Política pública de salud 2008-2020. “por la equidad, el reconocimiento, la inclusión social y el goce pleno del derecho a la salud” de la población desplazada víctima del conflicto armado interno asentada en Bogotá D.C. Lineamientos sectoriales de la política pública de salud para la población desplazada. Universidad Javeriana.

44. Thabet, M., Karim, K. y Vostanis, P. (2006) Trauma exposure in pre-school children in a war zone. *British Journal of Psychiatry*. 188. 154-158.
45. Timimi, S. (2006) Children's mental health: The role of culture, markets and prescribed drugs. Public policy research. *Journal Compilation*. 37 - 42.
46. Torres G. (2006). Modelo de intervención psicológica en personas enfrentadas a psicotraumas. *Revista Facultad Medicina Universidad Nacional Colombia*. 54 (4); 330-337.
47. Trenado, R., Pons-Salvador, G. y Cerezo, M.A. (2009) Proteger a la infancia: apoyando y asistiendo a las familias. *Papeles del Psicólogo*. 30 (1): 24-32.
48. Valli, K., Revonsuo, A., Pa'ika's, O. and Punama'ki, R. (2006) The Effect of Trauma on Dream Content—A Field Study of Palestinian Children. *Dreaming* 16 (2): 63–87.
49. Vanistendael, S. (2005) La resiliencia: desde una inspiración hacia cambios prácticos. 2º congreso internacional de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes.
50. Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M.L. (2006) La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*. 27(1): 40-49.
51. Unicef (2000) Esta guerra no es nuestra. Niños y desplazamiento forzado en Colombia. *Unicef*.

## Anexos

### Anexo 1.

#### *Modelo de atención a población en condiciones de desplazamiento en Bogotá.*

Eje estratégico sectorial Componente Modelo de atención				
Fortalecer la orientación familiar y comunitaria de la atención a nivel de territorios, barrios y albergues, con un enfoque integral de la atención y según las características culturales, étnicas, de género y generación de la población.	Cobertura del programa de Salud a Su Casa	Total familias desplazadas adscritas al programa Salud a Su Casa ----- ----- x 100 Total familias desplazadas	Por territorio, localidad y según etnia	Se debe incluir la variable etnia en todos los registros de atención y se debe sensibilizar al personal de las ESE, IPS, para su diligenciamiento, además Acción Social debe incluir en sus registros esta variable
	Promedio de visitas domiciliarias	Número de visitas domiciliarias por familia	Por territorio, localidad y según etnia	Se debe incluir la variable etnia en todos los registros de atención y se debe sensibilizar al personal de las ESE, IPS, para su diligenciamiento, además Acción Social debe incluir en sus registros esta variable
	Realización acciones intersectoriales para suplir necesidades sociales	Sí/No realización de acciones intersectoriales para la atención de necesidades de las familias adscritas y visitadas		Dada la alta rotación de la población, es muy difícil obtener esta información
	Conocimiento de efectos de acciones intersectoriales	Sí/No se conoce de efectos de la acción intersectorial resultado de las visitas sobre las necesidades de las		Dada la alta rotación de la población, es muy difícil obtener esta

	para suplir necesidades sociales	familias		información
	Porcentaje de población desplazada contratada para el desempeño de tareas en salud	$\frac{\text{Total gestores/promotores/profesionales de la población desplazada vinculados por las ESE a programas, proyectos y actividades en salud}}{\text{Total población contrata por ESE para programas, proyectos y actividades en salud}} \times 100$	Según tipo de actividad, contrato y por ESE por localidad	
Desarrollar un enfoque de atención que tenga en cuenta las diferencias culturales y étnicas de la población que permita comprender el proceso salud-enfermedad de manera holística, brindar servicios de salud con carácter integral y diferencial, y desarrollar procesos de articulación y complementariedad entre las diferentes prácticas médicas en el marco de la aceptación, respeto y valoración mutua de saberes y prácticas.	Percepción sobre adecuación étnica y cultural de la atención	Percepción de la población desplazada sobre la adecuación étnica, cultural y de género de los programas y actividades de atención primaria integral de salud	Según etnia y género	La realización de las encuestas en la población desplazada, no es procedente en la ESE, por razones de seguridad. Es necesario establecer estrategias conjunta con la comunidad, para que a través de sus organizaciones, se realicen.
	Adecuación de guías y protocolos	Sí/No se han adecuado y ajustado guías y protocolos de atención a las necesidades particulares y con enfoque diferencial de la población desplazada	Según tipo de guía o protocolo	Se condiciona al resultado de la gestión ante el Ministerio de la Protección Social
	Conocimiento sobre	Sí/No se han documentado experiencias de medicina tradicional		

	experiencias de medicina tradicional	y de articulación entre sistemas médicos		
	Percepción sobre características de la atención	Percepción de la población sobre la atención y respeto por enfoque diferencial y adecuación cultural	Según etnia, ciclo vital, género y discapacidad	<p>La realización de las encuestas en la población desplazada, no es procedente en la ESE, por razones de seguridad. Es necesario establecer estrategias conjunta con la comunidad, para que a través de sus organizaciones, se realicen.</p> <p>Se debe incluir la variable etnia en todos los registros de atención y se debe sensibilizar al personal de las ESE, IPS, para su diligenciamiento, además Acción Social debe incluir en sus registros esta variable</p>

Fuente: Secretaría de Gobierno Distrital, 2008.