

Afectaciones psicológicas

en víctimas del conflicto armado

Psychological affectations on victims of the armed conflict

Lorena Cudris-Torres¹ <https://orcid.org/0000-0002-3120-4757>, Jonattan Pumarejo-Sánchez² <https://orcid.org/0000-0003-2520-0546>, Álvaro Barrios-Núñez³ <https://orcid.org/0000-0003-4153-8950>, Marly J. Bahamón⁴ <https://orcid.org/0000-0003-2528-994X>, Yolima Alarcón-Vásquez⁵ <https://orcid.org/0000-0001-6357-8908>, J Isaac Uribe⁶ <https://orcid.org/0000-0003-0372-8067>

¹Fundación Universitaria del Área Andina, Colombia.

²Fundación Universitaria del Área Andina, Colombia.

³Clínica General del Norte, Colombia.

⁴Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Cúcuta - Colombia.

⁵Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Cúcuta - Colombia.

⁶Universidad de Colima, México.

*Autor de correspondencia: Lorena Cudris-Torres Programa de Psicología. Fundación Universitaria del Área del Andina, Colombia Email: lcudris@areandina.edu.co

Resumen

Objetivos: Analizar las afectaciones psicológicas en víctimas del conflicto armado en Colombia.

Materiales y métodos: Se aplicó el inventario de síntomas SCL-90 a 455 personas reconocidas como víctimas. Se analizaron las puntuaciones directas y puntuaciones T mediante baremos estandarizados, se aplicaron medidas de tendencia central y la prueba de "t student" para la identificación de diferencias significativas por rangos de edad y sexo.

Resultados: Se identificó sintomatología clínica y psiquiátrica correspondiente a trastornos de estados de ánimo, de ansiedad (estrés postraumático) y trastornos de angustia. Se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en los índices de severidad global y el índice de síntomas positivos.

Conclusiones: Se hace necesario abordar procesos de intervención de manera inter- y trans- (disciplinar, sectorial e institucional), integrando la experiencia de afectación psicológica de las víctimas.

Palabras claves: Afectaciones psicológicas, víctimas, conflicto armado, violencia, guerra, sintomatología.

Abstract

Objectives: The main purpose of the study was to analyze the psychological affectations on victims of the armed conflict in Colombia.

Materials and methods: The SCL-90 symptom inventory was applied to 455 people recognized as victims. Direct scores and T scores were analyzed by standardized scales, central tendency measures and student t test were applied to identify significant differences by age and sex ranges.

Results: Clinical and psychiatric symptomatology corresponding to disorders of mood, anxiety (post-traumatic stress) and distress disorders were identified. Significant differences were found between men and women in the indexes of global severity and the index of positive symptoms.

Conclusions: It is necessary to approach inter- and trans-intervention processes (disciplinary, sectoral and institutional), integrating the experience of psychological affectation of the victims.

Keywords: Psychological affectations, victims, armed conflict, violence, war, symptomatology.

514

Introducción

Alguna de las explicaciones al proceso complejo del ciclo de la violencia experimentada en la población colombiana, se entienden desde las afectaciones traumáticas asociadas al hecho de vivenciar por décadas el conflicto armado interno que ha impactado al conjunto de la sociedad^{1,2}.

Estudios empíricos permiten asociar cómo el conflicto armado en Colombia y la violencia sociopolítica han generado agresiones tales como desapariciones forzadas, desplazamiento, masacres, homicidios, violencia sexual y exposición a diferentes tipos de actos violentos, sólo por mencionarse algunos de los más variados hechos victimizantes, los cuales afectan a la población como lo son el trastorno de estrés

postraumático, el trastorno obsesivo compulsivo, trastornos del sueño, episodios de tristeza y depresión, ideación suicida e intento suicida y el comportamiento violento entre otras manifestaciones clínica. La presencia de síntomas emocionales y trastornos mentales entre las víctimas del conflicto es bastante alta; se ha identificado que hasta un 63% presenta algún tipo de sintomatología clínica significativa, y hasta el 33% cumple con los criterios para el diagnóstico de un trastorno mental, aunque el conocimiento sobre la prevalencia de trastorno mental aún es escaso³⁻⁸.

Otros estudios con víctimas del conflicto armado, han demostrado como principales impactos psicológicos: trastorno

de estrés postraumático, trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad y depresión, trastornos por fobia, trastorno por consumo de alcohol con patrón no especificado y riesgo o intento suicida⁹⁻¹³. Adicionalmente, se ha identificado disminución de los niveles de calidad de vida, la ruptura de las redes sociales y afectivas, la modificación de los roles familiares y el desarraigo cultural¹⁴.

Diversos autores encuentran que, la presencia de síntomas emocionales y trastornos mentales entre las víctimas del conflicto es bastante alta, denotando la intensidad del sufrimiento psíquico^{10,30,32}. Investigaciones en las que han aplicado el cuestionario de los 90 síntomas, revelan como resultados puntuaciones más altas en las escalas de ansiedad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo indicando la presencia de daño psicológico incluso con alrededor de una década después de experimentados los hechos traumáticos^{18,19,31}.

Lo expuesto demuestra cómo la violencia de hechos victimizantes dentro del conflicto armado y la prevalencia de problemas y trastornos mentales se explica por la interacción de variables como las características culturales, el tiempo transcurrido, el desplazamiento forzado y la intensidad de la violencia entre otras^{20-23,24,29}.

Materiales y métodos

Diseño

Es un estudio descriptivo de corte transversal en el cual se realizó el proceso de medición en un único momento con el fin de obtener información detallada para establecer las cualidades o características específicas del fenómeno de estudio²⁵.

Participantes

Los participantes del estudio fueron 455 personas víctimas del conflicto armado, de los cuales el 54,5 % eran mujeres y el 45,5 % hombres, ubicados en un rango de edad entre los 18 y 81 años (DE=18,4), reconocidos formalmente como víctimas del conflicto por la unidad de víctimas y pertenecientes a 91 organizaciones de la ciudad de Valledupar. Las víctimas son procedentes de 9 de los 32 departamentos de Colombia, en su mayoría ubicados también en la zona norte.

Instrumentos

Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R²⁶: Tiene como finalidad medir la apreciación de 9 dimensiones sintomáticas de psicopatologías y tres índices globales de malestar. Así mismo evaluar la intensidad del sufrimiento causado por cada síntoma y el malestar subjetivo creado por estos mismos. Las dimensiones sintomáticas que mide el cuestionario son: somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y una escala adicional.

Análisis de la información

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta la calificación del instrumento, en el cuestionario de los 90 síntomas se utilizó calificación directa y puntuaciones por baremos estandarizados. Se procedió al análisis global de la in-

formación mediante la aplicación de medidas de tendencia central y análisis de frecuencia, donde se pudo ubicar a la población la presencia o ausencia de síntomas detectados a través de la aplicación de la prueba. Seguidamente se realizó la prueba de “t de student” de muestras independientes para comparar los resultados por edad y sexo.

Resultados

Los datos arrojados por los índices de valoración presentes en el instrumento de evaluación muestran agrupaciones de los participantes en puntuaciones extremas. Particularmente en puntuaciones muy bajas y muy altas o de significancia clínica. En este sentido, el índice de severidad global (GSI) que refleja la intensidad del sufrimiento psíquico muestra puntuaciones muy altas y de significancia clínica en el 87,7% de los participantes. En la misma dirección, el total de síntomas positivos (PTS) es muy alto en el 87,3% de las personas. Por otro lado, el índice de distrés de síntomas positivos (PSDI) que relaciona el sufrimiento global con el número de síntomas mostró una distribución diferente en la cual el 40,2% obtuvo puntuaciones altas en comparación con el 40,4% que se ubicó en puntuaciones bajas y muy bajas.

La valoración de las dimensiones que explora el instrumento de evaluación mostró puntuaciones tan altas que se incorporan en el rango de sintomatología clínica en cuatro escalas: ansiedad, ideación paranoide y psicoticismo en un 87,3%. En la misma línea el 67,5% de los participantes puntuaron en sintomatología clínica para la dimensión de depresión.

El análisis de los índices de acuerdo con el sexo mostró que la intensidad del sufrimiento psíquico es mayormente percibida por hombres que, por mujeres, esto considerando que las puntuaciones de relevancia clínica se presentaron en el 53,6% de los hombres en contraste con el 0% de las mujeres. No obstante, el 87,1% de éstas puntuó alto. En relación con el PSDI las puntuaciones se concentraron en los niveles bajo y alto tanto en hombres como en mujeres, evidenciando que la interpretación de los síntomas y su gravedad es mayor a la manera como en realidad se presentan (Tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje y niveles de puntuación índices SCL-90 según el sexo

Sexo	Puntaje	GSI	PTS	PSDI
Mujer	Muy bajo	12,9	12,9	12,9
	Bajo	0,0	0,0	50,8
	Alto	0,0	0,0	36,3
	Muy alto	87,1	36,3	0,0
	Síntoma clínico	0,0	50,8	0,0
Hombre	Muy bajo	12,6	12,6	12,6
	Bajo	0,0	0,0	0,0
	Medio	0,0	0,0	42,5
	Alto	0,0	0,0	44,9
	Muy alto	33,8	33,8	0,0
	Síntoma clínico	53,6	53,6	0,0

Fuente: Elaborado por los autores

El análisis de las dimensiones muestra que las puntuaciones más altas, tanto en hombres como en mujeres, se ubican en las escalas: ansiedad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo (Tabla 2).

Sobre el promedio de personas que puntuó en cada una de las dimensiones los resultados apuntan a que no hay diferencias entre los rangos de edad puesto que el comportamiento de las puntuaciones es muy similar al de la población total donde las escalas de mayor significación son: ansiedad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo (Tabla 3).

Finalmente, con el fin de confirmar algunos aspectos identificados en el análisis de resultados según el sexo y los rangos de edad, se aplicó la prueba de "t de student" para muestras independientes. Los datos arrojados por este procedimiento permitieron establecer la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el índice de severidad global ($p=0,011$) y el índice de síntomas positivos ($p=0,018$) por sexo. En cuanto a los rangos de edad, no se identificaron diferencias significativas para ninguna de los índices ni de las dimensiones de la prueba aplicada.

Tabla 2. Porcentaje y niveles de puntuación dimensiones SLC-90 según el sexo

Sexo	Puntaje	Somatizaciones	Obsesiones/compulsiones	Sensibilidad interpersonal	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Ansiedad fóbica	Ideación paranoide	Psicoticismo
Mujer	Muy bajo	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9
	Bajo	36,3								
	Alto									
	Muy alto	50,8	87,1	73,0	36,3		36,3			
	Síntoma clínico			14,1	50,8	87,1	50,8	87,1	87,1	87,1
Hombre	Muy bajo	12,6	12,6	12,6	12,6	12,6	12,6	12,6	12,6	12,6
	Bajo									
	Alto									
	Muy alto	33,8	87,4	33,8						
	Síntoma clínico	53,6		53,6	87,4	87,4	87,4	87,4	87,4	87,4

Fuente: Elaborado por los autores

Tabla 3. Porcentaje y niveles de puntuación dimensiones SLC-90 según el rango de edad

Rango edad	Puntaje	Somatizaciones	Obsesiones/compulsiones	Sensibilidad interpersonal	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Ansiedad fóbica	Ideación paranoide	Psicoticismo
Adulthood (18-35)	Muy bajo	12,3	12,3	12,3	12,3	12,3	12,3	12,3	12,3	12,3
	Bajo	24,1								
	Muy alto	42,4	87,7	59,1	24,1		24,1			
	Síntoma clínico	21,2		28,6	63,5	87,7	63,5	87,7	87,7	87,7
Madurez (36-50)	Muy bajo	11,9	11,9	11,9	11,9	11,9	11,9	11,9	11,9	11,9
	Bajo	18,3								
	Muy alto	45,2	88,1	54,0	18,3		18,3			
	Síntoma clínico	24,6		34,1	69,8	88,1	69,8	88,1	88,1	88,1
Adulthood tardía (51-64)	Muy bajo	17,1	17,1	17,1	17,1	17,1	17,1	17,1	17,1	17,1
	Bajo	17,1								
	Muy alto	36,6	82,9	43,9	17,1		17,1			
	Síntoma clínico	29,3		39,0	65,9	82,9	65,9	82,9	82,9	82,9
Tercera edad (mayor 65)	Muy bajo	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9
	Bajo	12,9								
	Muy alto	44,7	87,1	52,9	12,9		12,9			
	Síntoma clínico	29,4		34,1	74,1	87,1	74,1	87,1	87,1	87,1

Fuente: Elaborado por los autores

Discusión

Los resultados encontrados en este estudio coinciden con investigaciones realizadas varios autores^{1,4-8,30,31}, las cuales evidencian que, la presencia de síntomas emocionales y trastornos mentales entre las víctimas del conflicto es bastante alta; se ha identificado que hasta un 63% presenta algún tipo de sintomatología clínica significativa, y hasta el 33% cumple con los criterios para el diagnóstico de un trastorno mental; para el caso del presente estudio el índice de severidad global (GSI) que refleja la intensidad del sufrimiento psíquico muestra puntuaciones muy altas y de significancia clínica en el 87,7% de los participantes.

En esta investigación, el análisis de las dimensiones muestra que las puntuaciones más altas tanto en hombres como en mujeres se ubican en las escalas: ansiedad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, síntomas muy asociados a la experiencia de trauma en diferentes situaciones que las personas pueden experimentar, máxime cuando se trata de una situación de violencia y conflicto crónico, como el que tuvieron que vivenciar las víctimas del conflicto armado en Colombia; en cuanto a la presencia de trastornos de ansiedad coincide con los estudios^{1,3,9,10,13,32}. Para el caso de este estudio, muestra la presencia de otras dimensiones como ideación paranoide y psicoticismo, que no aparece relacionada en los estudios de los autores citados anteriormente.

Los estudios realizados por Charry-Lozano^{10,27,28,29}, indican como existe presencia de daño psicológico incluso cinco años después de las vivencias traumáticas ocasionadas por la violencia, evidenciando un daño prolongado y real a la salud mental. Estos impactos transgeneracionales se encontraron en la presente investigación de una manera más marcada, teniendo en cuenta que para el momento en que se recogió la información había transcurrido 15 años posteriores al trauma, lo que muestra la severidad del mismo.

En futuras investigaciones es necesario abordar aspectos como la diferencia en la intensidad del sufrimiento psíquico entre hombres y mujeres, cuestión que puede explicarse por variables de diferente naturaleza que sería necesario explorar con el fin de identificar posibles factores protectores de la salud mental en población con características similares. Otra condición, que se mostró diferente según el sexo fue la somatización y la sensibilidad interpersonal, donde los hombres obtuvieron puntuaciones más altas y de significancia clínica. Esta cuestión puede explicarse por la apertura al apoyo social detectada en diferentes estudios e mujeres, pero también es necesario indagar por el componente de agresividad e impulsividad en los hombres en otros estudios.

Identificar las afectaciones psicológicas y su relación con la interacción social y las estrategias de afrontamiento, favorecen la implementación de programas de promoción y prevención de la Salud Mental en población víctima del conflicto teniendo en cuenta las dimensiones psicológicas y sociales. Esto marca el reto actual que tiene nuestro Colombia en el marco del posconflicto, dinamizando las herramientas como el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto Armado en Colombia (PAVSIVI), la nueva Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y las Rutas Integrales de Atención (RIAS) que permitan mejorar el acceso a servicios y medicamentos en salud mental.

Referencias

1. Campo-Arias A y Herazo E. Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Revista colombiana de psiquiatría*. 2014 Oct; 43(4): 212-217. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635719006>
2. Palacio C. La salud mental y el postconflicto. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2016; 45(4): 229. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.003>
3. Bell V, Méndez F, Martínez C, Palma P y Bosch M. Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Journal Conflict and Health*. 2012 Nov; 6(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-6-10>
4. Larizgoitia I, Izarzugaza I, Iraurgi I, Ballesteros J, Forero C, Markez I, et al. Impacto de la violencia colectiva en la salud. Resultados del estudio ISAVIC en el país Vasco. *Gaceta Sanitaria*. 2011 Mar; 25(2):108-114. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000200005
5. Londoño A, Romero P y Casas G. The association between armed conflict, violence and mental health: a cross sectional study comparing two populations in Cundinamarca department, Colombia. *Hamilton Medical*. 2012 Dic; 6-12. Recuperado de <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1505-6-12>
6. Londoño N, Muñiz O, Correa J, Patiño C, Jaramillo G, Raigoza J, et al. Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2005; 34(4):493-505. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634403>
7. Ordúz Gualdrón F. Psicología jurídica en Colombia. Un breve recorrido desde sus inicios hasta el conflicto armado. En Ordúz F y Guerrero J, (Compiladores). *Violencia Sexual y Conflicto Armado: Aproximación Jurídica*. Primera Edición. Cúcuta, Colombia: Ediciones Universidad Simón Bolívar; 2017. p.19-30.
8. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant R y Van O. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*. 2009 Agos; 302(5):537-49. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19654388>
9. Aristizábal E, Palacio J, Madariaga C, Osman H, Parra L, Rodríguez J, et al. Síntomas y traumatismo psíquico en víctimas y victimarios del conflicto armado en el Caribe colombiano. *Psicología desde el Caribe*. 2012; 29(1):123-152. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a08.pdf>
10. Charry-Lozano L. Impactos psicológicos y psicosociales en víctimas sobrevivientes de masacre selectiva en el marco del conflicto en el Suroccidente colombiano en el año 2011. *Colombia Forense*. 2011; 3(2):51-60. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/ml/article/view/1756>
11. Gómez C, Tamayo N, Buitrago G, Guarnizo C, Garzón N, Eslava J, et al. Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2016; 45(1): 147-153. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.11.001>

12. Hewitt N, Juárez F, Parada 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. *Revista Colombiana de Psicología*. 2016; 25(1): 125-140. <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.49966>
13. Ramírez A, Hernández O, Romero K. y Porras E. Estado de salud mental de personas víctimas del conflicto armado en Chengue. *Psicología desde el Caribe*. 2017; 34(1):1-20
14. Alejo E, Rueda G, Ortega M y Orozco L. Estudio epidemiológico del TEPT en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Universitas Psychologica*. 2007; 6: 623-635.
15. Morina N, Rushiti F, Salihi M y Ford D. Psychopathology and well-being in civilian survivors of war seeking treatment: a follow-up study. *Clinical Psychological Psychother*. 2010; 17: 79-86.
16. Siriwardhana C y Stewart R. Forced migration and mental health: prolonged internal displacement, return migration and resilience. *International Health*. 2012; 5:19-23
17. Jurado D, Alarcón R, Martínez J, Mendieta Y, Gutiérrez L y Guerpegui M. Factores asociados a malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2017; 45-58. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989116300209>
18. Jaung M, Jani S, Banu S y Mackey J. International Emergency Psychiatry Challenges: Disaster Medicine, War, Human Trafficking, Displaced Persons. *Psychiatric Clinics of North America*. 2017; 40(3):565-574. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.05.015>
19. Jegannathan B, Kullgren G y Deva P. Mental health services in Cambodia, challenges and opportunities in a post-conflict setting. *Asian Journal Psychiatric*. 2015; 13:75-80. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.12.006>
20. Arévalo L. Atención y reparación psicosocial en contextos de violencia sociopolítica: una mirada reflexiva. *Revista de Estudios Sociales*. 2010; 36: 29-39.
21. Estrada A, Ripoll K y Rodríguez D. Intervención psicosocial con fines de reparación con víctimas y sus familias afectadas por el conflicto armado interno en Colombia: equipos psicosociales en contextos jurídicos. *Revista de Estudios Sociales*. 2010; 36:103-112. <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.49966>
22. Obando L, Salcedo M y Correa L. La atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado en contextos institucionales de salud pública. *Psicogente*. 2017; 20 (38):382-397. <http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2559>
23. Rebolledo O y Rondón L. Reflexiones y aproximaciones al trabajo psicosocial con víctimas individuales y colectivas en el marco del proceso de reparación. *Revista de Estudios Sociales*. 2010; 36:40-50.
24. Verelst A, Schryber M, Haene L, Broekaert E y Derluyn I. The mediating role of stigmatization in the mental health of adolescent victims of sexual violence in Eastern Congo. *Child Abuse & Neglect*. 2014; 38(7):1139-1146. Recuperado de <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213414001343>
25. Hernández R, Fernández C. y Baptista P. Metodología de la investigación. Quinta Edición. México: Mc Graw Hill; 2010
26. Derogatis L. SCL-90-R Symptom Checklist-90-R. Madrid: Pearson; 1983 Disponible en <http://manualmodernodistribuidoraelefante.com/scl-90-r-test-de-los-90-sintomas---revisado---derogatis-prueba-completa-editorial-pearson-352-p.asp>
27. Cudris L, Barrios Á, Bahamón M, Gutiérrez J y Pérez E. Afectaciones psicológicas en víctimas del conflicto armado en Colombia. Primera Edición. Bogotá Colombia: UNIEDICIONES; 2019.
28. Arenas-Villamizar, V. V., Martínez-Santana, M. C., Fuentes-Delgado, J. y Oliveira-Dos-Santos, G. Factores psicosociales presentes en personas con pérdida de miembro superior o inferior ocasionado por minas antipersonales ubicadas en Cúcuta. En Riaño Garzón, M. E., Torrado Rodríguez, J. L., Bautista Sandoval, M. J., Díaz Camargo, E. A., & Espinosa Castro, J. F (Eds.). *Innovación Psicológica: Conflicto y Paz* (pp. 219-252). Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar. 2018. Recuperado de: <http://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/123456789/2543/Innovaci%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica-conflicto%20y%20paz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
29. Martínez J., Suárez M. Caracterización sociodemográfica de mujeres víctimas del conflicto armado que asisten a una fundación sin ánimo de lucro en el municipio de San Juan de Nepomuceno, Bolívar-Colombia. *Revista AVFT*. 2019; 38; 13-23. Disponible en http://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_1_2019/4_caracterizacion_sociodemografica.pdf
30. Bonilla N., Bahamón M., Santos J., Mora K., Montánchez M. Propiedades psicométricas de la escala de afrontamiento para la intervención psicológica en adolescentes COPE. *Revista AVFT*. 2018. 38; 34-44. Disponible en http://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft_5_2018/18propiedades_psicometricas_escala.pdf
31. Lhoeste A., Polo Y., Reyes Lizeth. Análisis terapéutico psicoanalítico de la perversión y el goce en la destrucción del otro. *Revista AVFT*. 2018. 38; 12-22. Disponible en http://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft_5_2018/4analisis_terapeutico_psicoanalitico.pdf
32. Gutiérrez M., Prieto R., Carmona F. Responsabilidad social como una intervención psicoterapéutica interna en sistemas no clínicos. *AVFT*. 2018. 38; 45-55. Disponible en http://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft_5_2018/7responsabilidad_social.pdf