



Artículo original

Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

Nathalie Tamayo Martínez^{a,*}, Carlos Javier Rincón Rodríguez^a, Cecilia de Santacruz^b, Nubia Bautista Bautista^c, Jaime Collazos^d y Carlos Gómez-Restrepo^{a,b}

^a Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Instituto de Envejecimiento, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia

^d Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de julio de 2016

Aceptado el 23 de septiembre de 2016

On-line el 10 de noviembre de 2016

Palabras clave:

Problemas mentales

SRQ

AUDIT

Trastornos del afecto

Trastornos de ansiedad

Población desplazada

RESUMEN

Introducción: Colombia tiene una gran población expuesta a la violencia, con una cifra importante de desplazados por esta, quienes se encuentran en mayor riesgo de vulnerabilidad, por lo que es necesario evaluar en ellos problemas y trastornos mentales para definir intervenciones específicas necesarias.

Objetivos: Determinar la prevalencia de problemas y trastornos mentales de la población colombiana desplazada por el conflicto armado interno.

Métodos: Datos emanados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Se realizó la entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI-CAPI) y el Cuestionario de Síntomas (SRQ) como indicador de posible enfermedad psiquiátrica; el consumo de alcohol se evaluó con el test de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT); se diseñó una encuesta basada en la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST); se modificó la Lista de Chequeo de Estrés Postraumático (PCL-C) para determinar posible estrés postraumático y se aplicó el Índice Multidimensional de Pobreza (IPM) y el APGAR familiar a los datos generales del individuo y del hogar.

Resultados: Se detectó a 943 personas desplazadas por la violencia. Se presenta SQR positivo en el 16,4% (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 13,2%-20,1%); la prevalencia de cualquiera de los trastornos mentales medidos (CIDI-CAPI) alguna vez en la vida es del 15,9% (IC95%, 11,9%-21,1%); la de ideación suicida es del 12,5% (IC95%, 9,0%-17,1%); la de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nathalietamayo@gmail.com (N. Tamayo Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.004>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

consumo de alcohol excesivo, del 10,1% (IC95%, 7,2%-13,9%); el 35,6% (IC95%, 30,7%-40,8%) de las personas reportan que han vivido o presenciado o les han contado que alguien cercano ha tenido un evento traumático relacionado con el conflicto armado; se reporta un mayor riesgo de estrés postraumático en personas desplazadas que han reportado por lo menos un evento traumático (3,6%; IC95%, 2,2%-5,9%); la disfunción familiar en desplazados es ausente (74,8%; IC95%, 70,4%-78,8%).

Conclusiones: La población desplazada tiene una alta prevalencia de problemas y trastornos mentales, lo que ratifica la situación de desventaja en que se encuentran.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Mental Problems, Mood and Anxiety Disorders in The Population Displaced by Violence in Colombia; Results of The National Mental Health Survey 2015

A B S T R A C T

Keywords:

Mental health problems
SRQ
AUDIT
Mood disorders
Anxiety disorders
Internal displacement

Introduction: Colombia has a large population exposed to violence. Our data suggest a significant number displaced by the conflict. As there is an increased risk of vulnerability, their problems and mental disorders need to be assessed in order to determine specific treatments.

Objectives: To determine the prevalence of problems and mental disorders in those internally displaced by the conflict.

Methods: Data was obtained from the National Mental Health Survey 2015. The diagnostic tools used were the composite international diagnosis interview (CIDI-CAPI), Self-reporting questionnaire (SQR). Alcohol consumption was assessed with the Alcohol Use Disorders Identification test (AUDIT). A survey based on the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) was developed. The modified Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist-Civilian version (PCL-C) was used to determine possible post-traumatic stress Disorder. Multidimensional poverty index (MPI) and Family-Apgar questionnaire were applied to general individual and household data.

Results: A total of 943 persons displaced by the conflict were reported, with self-report of symptoms in 16.4% (95% CI, 13.2-20.1). The prevalence of any of the measured mental disorders (CIDI-CAPI) ever in life was 15.9% (95% CI, 11.9-21.1), with a suicidal ideation of 12.5% (95%CI, 9.0-17.1), and excessive alcohol consumption in 10.1% (95% CI, 7.2-13.9). More than one-third (35.6%, (95% CI, 30.7-40.8) of people report having experienced, witnessed, or been told that someone close had had a traumatic event related to the armed conflict. An increased risk of PTSD is reported by 3.6% (95% CI, 2.2-5.9) displaced people that had reported at least one traumatic event. Family dysfunction in the displaced population is absent (74.8% (95%.CI, 70.4-78.8).

Conclusions: The displaced population has a high prevalence of problems and mental disorders, which confirms their disadvantaged situation.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En el informe del Centro Nacional de Memoria Histórica, se describe la situación de violencia relacionada con el conflicto armado desde 1958 a 2013, en el que reportan 4.744.046 personas desplazadas hasta ese momento, y que además, entre 1985 y 2012, cada hora se desplazaron 26 personas en el país¹; al 7 de julio de 2016, el Registro Único de Víctimas en Colombia contaba 8.068.272 víctimas, de las que 6.419.819 son desplazados²; y en estudios específicos de estas personas se ha reportado que se encuentran en mayor riesgo de vulnerabilidad³⁻⁶.

En los estudios de población desplazada que evalúan los trastornos mentales, varían las poblaciones de referencia de las que se toman las muestras; el diseño más frecuente es el observacional descriptivo de corte transversal y las series de casos basados en registro de personas desplazadas con muestras no probabilísticas, en las que tampoco se especifica el tiempo desde que ocurrió el evento⁷⁻⁹. De otra parte, esta situación no ha sido evaluada en profundidad en las encuestas de salud mental de 2003, 1997 y 1993. En estudios con población desplazada en Bucaramanga, se encuentra una prevalencia de estrés postraumático del 21,1%⁹; en el Caribe se ha reportado del 45,2%¹⁰; en Bogotá, del 97,2%¹¹. En el estudio

nacional realizado en 2010 se encuentra cribado con el SRQ positivo para algún trastorno mental en el 31,9%, psicosis en el 79,7%, alcoholismo en el 10,1% y posible epilepsia en el 10,3%. Sin embargo, el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia en 1997 arrojó una prevalencia de estrés postraumático entre las personas expuestas a combate del 1,4% y entre las víctimas de terrorismo, del 37,1%¹², aunque estas eran, respectivamente, 17 y 52 personas de las 15.721 encuestadas, y aunque era una muestra representativa de la población colombiana, no se especifica la situación de desplazamiento. Otros estudios reportan prevalencias un poco más bajas, por ejemplo, de depresión (12%)¹³. En Europa, entre los refugiados de guerra se encuentra, tras una media de 10 años de la migración, el 43,4% de trastornos depresivos, el 43,7% de ansiedad y el 33,1% de estrés postraumático¹⁴, aunque las cifras cambian según los estudios, y otros reportan prevalencias entre el 2,3 y el 80% de estrés postraumático, de un 20,3-88,0% de trastornos de ansiedad y un 5% de trastorno depresivo^{15,16}.

Por lo tanto, con la evidencia disponible, el enfoque diferencial que menciona la ley 1.448 y las necesidades en salud mental de esta población, es necesario evaluar sus condiciones específicas de problemas y trastornos mentales para definir intervenciones específicas en ella^{5,17}. El presente estudio tiene por objeto presentar los indicadores de problemas y trastornos mentales de población colombiana expuesta a violencia, específicamente la desplazada por conflicto armado, tomada de una muestra representativa de la población general.

Material y métodos

Es un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, estudio observacional descriptivo de corte transversal tipo encuesta de ámbito nacional que tuvo como base una submuestra de la muestra maestra de estudios poblacionales para salud del Ministerio de Salud y Protección Social. La población de referencia son personas de 18 o más años no institucionalizada; la muestra es de tipo probabilístico, estratificada por sexo, edad y las regiones del país. Se analizan los datos de las personas de 18 o más años que reportaron haberse desplazado por conflicto armado alguna vez en la vida.

Para la evaluación de los trastornos mentales, se utilizó la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta, asistida por computador (CIDI-CAPI 3.0), con criterios diagnósticos del DSM-IV. Se incluyeron el trastorno depresivo mayor, la distimia, el trastorno depresivo menor, el trastorno afectivo bipolar y otros trastornos afectivos bipolares (incluidos los de tipo II), estos agrupados como trastornos del afecto. Entre los trastornos de ansiedad, se incluyeron el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y la fobia social, además del módulo de conducta suicida¹⁸.

El consumo de alcohol se indagó con el AUDIT, creado por la Organización Mundial de la Salud, cribando con el AUDIT-C, que identifica el consumo excesivo de alcohol, y clasifica en bebedores de riesgo, probable dependencia o ninguno de estos dos patrones de consumo¹⁹. Se diseñó una encuesta que indaga sobre consumo de sustancias psicoactivas basado en el ASSIST²⁰.

Para evaluar las reacciones a eventos traumáticos, se modificó la lista de eventos teniendo en cuenta las características específicas del país en que se quería incluir a los relacionados con el conflicto interno³. Asimismo, con base en la recomendación de expertos y la evidencia de que esta afección tiene baja prevalencia en las encuestas poblacionales^{18,21}, se consideró más importante la presencia de síntomas²², por lo que se consideró el PCL-C, que pregunta sobre los dominios sintomáticos del trastorno por estrés postraumático²³, manteniendo las mismas preguntas^{22,24}, con el punto de corte propuesto por Brewin²⁵, aunque se modificó el marco temporal indagando por los síntomas en los últimos 12 meses y su frecuencia: diariamente, 2-6 veces a la semana, al menos cada semana, 1-3 veces al mes y menos de 1 vez al mes o ausencia del síntoma. De esta manera, las personas con posible estrés postraumático presentan mayor frecuencia de síntomas que los reportados en la escala original.

También se utilizó el SRQ, instrumento diseñado por la Organización Mundial de la Salud²⁶ que señala probable trastorno mental; se usaron las 25 preguntas, pero no se consideraron las de alcohol, dado que ya se estaba aplicando el AUDIT. Para la calificación del SRQ como indicador de trastorno mental, se usó la posible depresión, ansiedad o epilepsia según los criterios recomendados, y para la posible psicosis, tener positiva 2 de las 5 preguntas de este dominio («¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?», «¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?») ²⁷.

Además de los datos generales del individuo y del hogar, se investigó la funcionalidad familiar aplicando el Apgar familiar²⁸, que examina la funcionalidad familiar en adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad, capacidad de resolución y compromiso²⁹, y se evaluó el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), un indicador que refleja la privación de los hogares en 5 dimensiones: a) condiciones educativas del hogar; b) condiciones de la niñez y la juventud; c) trabajo; d) salud, y e) acceso a servicios públicos domiciliarios y de la vivienda, pero que no incluye pobreza monetaria^{30,31}.

Análisis estadístico

Se estimaron porcentajes y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%) de cada una de las variables en estudio utilizando el método de linealización mediante series de Taylor para la estimación de la varianza en encuestas complejas utilizando STATA 14. Para este reporte se presentan los coeficientes de variación (CV) < 33,3%, que indican que son estimación confiables estadísticamente, y los mayores se marcan con un asterisco³².

Resultados

Se encuestó a 10.870 personas de 18 o más años³³ representativas de la población colombiana de este grupo etario; de ellos, el 7,9% informó haber sido desplazado por la violencia en algún momento de la vida; la edad promedio de los sujetos era 41,2 (IC95%, 39,7-42,7) años. En la [tabla 1](#) se describen las características de la población. El 77% (IC95%, 73,1%-80,6%) vive en zonas urbanas, con una distribución en la región

Tabla 1 – Características de la población desplazada (n = 943)

	% (IC95%)
Edad	
18-44 años	60,6 (55,5-65,4)
≥ 45 años	39,4 (34,6-44,5)
Sexo	
Varones	48,9 (43,8-54,0)
Mujeres	51,1 (46,0-56,2)
Escolaridad completada	
Ninguna o primaria completa	38,6 (33,9-43,6)
Secundaria	50,7 (45,7-55,8)
Técnico o tecnólogo	7,5 (5,2-10,7)
Universitario	3,2 (1,8-5,3)
Estado civil	
Casado, unión libre o vive con su pareja	64,7 (59,8-69,3)
Separado, viudo o divorciado	11,5 (8,9-14,7)
Soltero	23,8 (19,7-28,5)
Situación laboral	
Trabajando	52,4 (47,3-57,4)
Buscando trabajo	4,8 (3,2-7,2)
Estudiando	3,0 (1,8-4,8)
Oficios del hogar	34,7 (30,2-39,4)
Incapacitado para trabajar	1,2 (0,6-2,5)
Otro	3,9 (2,4-6,4)

Central del 30,9% (IC95%, 26,2%-35,9%); en la Atlántica, el 16,9% (IC95%, 14,0%-20,3%); en Bogotá, el 15,5% (IC95%, 11,5%-20,5%); en la Oriental, el 19,8% (IC95%, 16,1%-24,0%), y en la Pacífica, el 17,0% (IC95%, 13,9%-20,6%); además, el 20,0% (IC95%, 16,5%-24,2%) se encuentra en estado de pobreza según el IMP.

En la **tabla 2** se muestran los indicadores de problemas y trastornos mentales en esta población desplazada. Además de que el 60,9% de las personas que reportan que han vivido o presenciado o que les han contado que alguien cercano ha tenido un evento traumático, el 13,6% (IC95%, 8,4%-21,2%) presenta entre 3 y 5 síntomas de estrés postraumático y el 8,9% (IC95%, 5,6%-13,7%), entre 6 y 9 síntomas crónicos.

Discusión

Al comparar los resultados de toda la población colombiana en la misma encuesta, las personas desplazadas pertenecen con más frecuencia a hogares pobres (el 13,5 frente al 20,0%), un menor número de personas reporta estar trabajando (> 66,5% frente al 52,4%), aunque sí describen una menor disfunción familiar³³. En relación con la presencia de problemas y trastornos mentales, se encuentra que en toda la población colombiana el SRQ es positivo hasta en el 11,2%, mientras que entre las personas desplazadas es el 16,4%; también hay mayores prevalencias de trastornos mentales en la vida y de cualquier trastorno del afecto, del 6,7 y el 11,3% respectivamente; de cualquiera de los trastornos de ansiedad medidos, del 3,9% y el 9,0%; de cualquiera de estos trastornos, del 9,1 y el 15,9%; de conducta suicida (para «ha pensado seriamente en suicidarse»), del 6,6 y el 12,5%, y de haberlo planeado entre quienes lo han pensado es del 35,9 y el 51,5%, y

Tabla 2 – Problemas y trastornos mentales en la población desplazada

	% (IC95%)
Disfunción familiar	
Ausente	74,8 (70,4-78,8)
Leve	11,5 (9,0-14,7)
Moderada	7,7 (5,5-10,8)
Grave	5,9 (3,9-8,8)
SRQ positivo	16,4 (13,2-20,1)
Trastorno del afecto en la vida	11,3 (7,8-16,2)
Trastorno de ansiedad en la vida ^a	9,0 (5,8-13,8)
Cualquier trastorno en la vida	15,9 (11,9-21,1)
Conducta suicida	
Ideación suicida	12,5 (9,0-17,1)
Plan suicida ^b	51,5 (34,6-68,1)
Intento de suicidio	5,5 (3,1-9,6)
Problemas con el alcohol	
Consumo excesivo	10,1 (7,2-13,9)
Bebedores de riesgo	9,6 (7,1-12,9)
Consumo de SPA en la vida	
Cigarrillo	4,8 (3,5-6,6)
Alcohol	35,9 (31,3-40,7)
Marihuana	6,6 (3,8-11,2)
Otras	3,5 (1,9-6,4)
Consumo de SPA en los últimos 12 meses^c	
Cigarrillo	10,6 (7,2-15,4)
Alcohol	79,4 (73,5-84,3)
Exposición a eventos traumáticos del sujeto o una persona cercana	
Por lo menos un evento	60,9 (55,8-65,7)
Accidente de tránsito	31,6 (25,0-39,1)
Violencia intrafamiliar	11,3 (8,7-14,6)
Violencia física	5,0 (3,4-7,2)
Delincuencia organizada o común	14,3 (10,6-19,1)
Conflicto armado	35,6 (30,7-40,8)
Posible estrés postraumático^d	
Personas desplazadas que han reportado al menos un evento traumático	3,6 (2,2-5,9)
Total de personas desplazadas	2,2 (1,3-3,6)

IC95%: intervalo de confianza del 95%; SPA: sustancias psicoactivas.

^a Incluye solamente trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social.

^b Porcentajes respecto al total de personas que reportaron haber pensado alguna vez en suicidarse.

^c Porcentajes respecto al total de personas que reportaron el consumo de alguna sustancia psicoactiva en el transcurso de la vida.

^d La prevalencia de posible estrés postraumático en la población general es del 1,2% (IC95%, 0,95%-1,5%).

Las estimaciones sobre probable dependencia del alcohol, consumo de marihuana y otras sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses tienen un coeficiente de variación > 33,3%, por lo que no se presentan.

para haberlo intentado, del 2,5 y el 5,5%, en todos estos casos en desventaja para la población desplazada³³.

De modo semejante, las personas desplazadas reportan un evento traumático más frecuentemente que la población general (el 60,9 y el 41,4%); en ellas los más prevalentes son los relacionados con el conflicto armado y los accidentes de tránsito; también tiende a ser mayor la prevalencia de los otros eventos indagados³³ y el riesgo de estrés postraumático (2,2%) comparado con la población general (1,2%), que es casi el

doble, y es importante si se tiene en cuenta que estos síntomas son crónicos³³.

Pareciera que no hay diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas en la vida; el de cigarrillo es del 6,3% de la población general y el 4,8% de las personas desplazadas; el de alcohol, del 33,0 y el 35,9%³³.

Este estudio tiene como fortaleza que esta muestra se tomó de la población general, y al analizar la subpoblación que reportó desplazamiento, permite incluir a personas evaluadas dentro de la distribución poblacional y que han sufrido este fenómeno, no se las estaba encuestando por su condición de desplazadas. Además, que ha usado instrumentos validados para la medición de trastornos mentales. Sus limitaciones son haber modificado la calificación del SRQ y el PCL, lo que no permite la comparación con otras encuestas; asimismo que no se indagó sobre el tiempo en el que sucedió el desplazamiento, que puede ser un determinante para ciertos trastornos⁹.

Conclusiones

Si bien existen diferencias importantes entre las personas que han sufrido desplazamiento y la población general, con mayores prevalencias entre las primeras en lo que respecta a la presencia de problemas, particularmente los relacionados con reacciones emocionales ante situaciones de gran tensión emocional, y los trastornos considerados en este estudio, las cifras totales no son tan altas como las que aparecen en otras publicaciones. Ello hace pensar en los planteamientos de distintos autores acerca de que, en la mayoría de los casos, lo que se encuentra son respuestas esperadas y limitadas en el tiempo ante este tipo de eventos. Sin embargo, habría que hacer un análisis comparativo para que se pudiera establecer las diferencias y la posible asociación entre las prevalencias de los problemas mentales y las exposiciones a las situaciones traumáticas.

Se encuentra en varios de los indicadores analizados, en concordancia con los hallazgos de otras investigaciones, que la población desplazada por la violencia está en condición de desventaja; en esta debe señalarse la precariedad económica pero, en contraste, menos disfunción familiar que en la población general, que hace evidente la coexistencia de factores negativos y positivos, todo lo cual lleva a ampliar el enfoque del fenómeno para lograr una comprensión que dé cuenta de su verdadera complejidad⁴.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los

pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este estudio está financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental ENSM 2015; contrato 762-2013.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A Mauricio Medina y Viviana Cruz por los aportes al documento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro Nacional de Memoria Histórica. ¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Bogotá: Imprenta Nacional; 2013 [citado 7 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-memorias-guerra-dignidad-new-9-agosto.pdf>
2. Para las Víctimas U. RNI-Red Nacional de Información [citado 7 Jul 2016]. Disponible en: <http://rni.unidadvictimas.gov.co/>
3. Moya A. ¿Pueden la violencia y los trastornos mentales condenar a la población desplazada a una situación de pobreza crónica? 2014:1-43.
4. Ibáñez AM, Moya A. ¿Cómo deteriora el desplazamiento forzado el bienestar de los hogares desplazados? Análisis y determinantes del bienestar en los municipios de recepción [citado 1 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/1741>
5. Congreso de la República. Ley 1448 de 2011-Ley de Víctimas y Restitución de Tierras y el Programa de Atención Psicosocial a Víctimas. Disponible en: <http://www.fiscalia.gov.co/jyp/wp-content/uploads/2012/05/Ley-1448-del-10-de-junio-de-2011-Ley-de-v%C3%ADctimas.pdf>
6. Santacruz C, Chams W, Fernández de Soto P. Colombia: violencia y salud mental. La opinión de la psiquiatría. Rev Colomb Psiquiatr. 2006;35:30-46.
7. Torres Y, Bareño Silva J, Berbesi D, Sierra Hincapié G. Indicadores de trastornos de salud mental en población desplazada. Colombia, 2010. Medellín: Universidad CES; 2012.
8. Puertas G, Rios C, Valle H. Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2006;20:324-30.
9. Alejo E, Rueda G, Ortega M, Orozco C. Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. Univ Psychol. 2007;6:623-35.
10. Echenique C, Medina LM, Medina A-R, Ramírez A. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de reestablecimiento en Sincelejo. Psicol Desde El Caribe [Internet]. 2011 [citado 30 Jun 2016]. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1644>

11. Sinisterra M, Figueroa S, Moreno V, Robayo M, Sanguino F. Prevalencia del trastorno de estrés post traumático en población en situación de desplazamiento en la localidad de Ciudad Bolívar Bogotá, Colombia 2007. *Psychol Av Discip.* 2010;4:83-97.
12. Herrera M, Sierra M. Factores de riesgo del trastorno de estrés postraumático. Colombia 1997 [citado 30 Jun 2016]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa9/conferencias/9_ci.e.htm
13. Campo-Arias A, Celina Oviedo H, Herazo E. Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2014;43:177-85.
14. Bogic M, Ajdukovic D, Bremner S, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, et al. Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2012;200:216-23.
15. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet.* 2005;365:1309-14.
16. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights.* 2015;1:15. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624599/>
17. Plan Decenal de Salud Pública. Bogotá: Ministerio de Salud; 2012. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Sistema%20de%20Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20del%20Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%BAblica%20-%20PDSP%20Colombia%202012%20-%202021.pdf>
18. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:617-27.
19. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol-2013. Guía N.º 23. Bogotá: Ministerio de la Salud y Protección Social de la República de Colombia, COLCIENCIAS, Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS; 2013. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC_Completa.OH.pdf
20. OPS, OMS. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2011. Disponible en: <http://www.eutimia.com/ops/>
21. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev.* 2005;27:78-91.
22. Wilson J, Keane T. Assessing psychological trauma and PTSD. 2.ª ed. New York: The Guilford Press; 2004.
23. Wilkins KC, Lang AJ, Norman SB. Synthesis of the psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL) military, civilian, and specific versions. *Depress Anxiety.* 2011;28:596-606.
24. Veterans Affairs UD. PTSD CheckList-Civilian Version (PCL-C) [Internet]. 1994. Disponible en: <http://www.mirecc.va.gov/docs/visn6/3.PTSD.CheckList.and.Scoring.pdf>
25. Brewin CR. Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *J Trauma Stress.* 2005;18:53-62.
26. Harding TW, De Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* 1980;10:231-41.
27. Ford DE. Principles of screening applied to psychiatric disorders. *Gen Hosp Psychiatry.* 1988;10:177-88.
28. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract.* 1978;6:1231-9.
29. Ariza LMF, Durán MCA, Cubillos ZJD, Arias AC. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2006;35:23-9.
30. Metodologías oficiales y arreglos institucionales para la medición de la pobreza en Colombia. Bogotá: Consejo Nacional de Política Económica y Social, PND; 2012.
31. Angulo R, Diaz Y, Pardo R. Multidimensional poverty in Colombia, 1997-2010. ISER Working Paper Series. 2013.
32. 5.0 Data accuracy and quality [Internet] [citado 30 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.statcan.gc.ca/pub/13f0026m/2007001/ch5-eng.htm>
33. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet]. Bogotá: MSPS; 2015. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf