

Experiencia de ansiedad desde el enfoque de bienestar, en mujeres víctimas de violencia sexual en situación de desplazamiento en la ciudad de Cartagena.

Maestría En Conflicto Social y Construcción De Paz

Universidad de Cartagena

Facultad de Ciencias Sociales y Educación

Cartagena de Indias, D. T. y C.

2019

Experiencia de ansiedad, desde el enfoque de bienestar, en mujeres víctimas de violencia sexual en situación de desplazamiento en la ciudad de Cartagena

Maestría en Conflicto Social y Construcción de Paz

Maestranes:

Marcela Cecilia Banquez Banquez

Darlys Margarita Bonfante Villa

Trabajo de grado como requisito para obtener el título de Máster en Conflicto Social y Construcción de Paz

María del Socorro Acosta Fernández

Docente de la Universidad de Cartagena, Psicóloga, Magister en Educación, candidata a doctora en Humanidades y Artes, con énfasis en Educación

Universidad de Cartagena

Facultad de Ciencias Sociales y Educación

Cartagena de Indias, D. T. y C.

2019

Nota de aceptación

Dedicatoria

A mis padres, por enseñarme que cada día debo esforzarme por aprender nuevas cosas y que en medio de este proceso encontraré dificultades que las podré convertir en oportunidades para crecer y ser mejor de lo que soy hoy. Además, por mostrarme siempre con su ejemplo que tengo que aportar algo al mundo para que cada día sea diferente y todos podamos vivir en condiciones dignas.

Marcela Banquez

A la memoria de mi abuela por su incondicional amor, educación y dedicación durante mi más temprana infancia y adolescencia, por enseñarme que en medio de las adversidades y situaciones difíciles se puede ser fuerte. Gracias por su resistencia y tenacidad para estar firme como el roble que crece y florece.

Darlys Bonfante Villa

Agradecimiento

A Dios por darme el don de la vida y poder contemplar sus maravillas.

A mi madre, a mi hija y a mi Nelo por ser mi apoyo incondicional.

A mi amiga Marcela Banquez por ser dedicada en medio de sus luchas.

A la profe María del Socorro por acompañarnos y orientarnos en todo momento.

Al profe Manuel Noreña por compartir su conocimiento en medio de los afanes de la vida.

A la memoria de Rosita Jiménez por enseñarme que en medio de los obstáculos se puede generar conocimiento para la academia.

Darlys Bonfante Villa

Quiero agradecer primeramente al ser más importante de mi vida, a Dios por renovar mis fuerzas y ser mi fiel amigo en esta aventura que no ha sido nada fácil. Gracias a mis padres por ser ellos los mejores del mundo y animarme a pesar de todas las dificultades que se presentaron en el camino; a mi amado esposo José y mi hermosa hija Mariana por su gran paciencia y comprensión al privarme de compartir con ellos momentos maravillosos.

Gracias a las mujeres sobrevivientes del conflicto armado que abrieron su corazón, aún sin conocerme y por demostrarme que las situaciones dolorosas te enseñan a valorar lo que tienes y lo que eres; a mi primo Jesús, por ser mi compañero de batalla y mi guía en toda la maestría; a Darlys por su compañerismo y dedicación en culminar el presente proyecto.

Gracias a la profesora María y a Manuel Noreña por compartir sus conocimientos con toda humildad y claridad, enseñándome a desarrollar una visión más crítica y finalmente gracias a todos mis familiares, amigos y a glorita por ser la compañera #1 de mi hija Mariana. Sin el apoyo de cada una de ustedes hubiese sido muy difícil llegar hasta aquí. ¡GRACIAS!

Marcela Banquez

Abreviatura

CNMH	Centro Nacional de Memoria Histórica
FARC	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
PBI	Peace Brigades International
ONU	Organización de Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
UARIV	Unidad de atención
INMLCF	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Resumen

La investigación permitió describir la Experiencia de ansiedad, desde el enfoque de bienestar, en 18 mujeres víctimas de violencia sexual en la ciudad de Cartagena, pertenecientes a la “Corporación Mujer sigue mis Pasos” que han estado en situación de desplazamiento.

Para determinar la ansiedad se utilizó la escala de Zung y para la evaluación de las variables de Bienestar fueron utilizadas la escala de Bienestar Psicológico de Ryff, la escala de Bienestar Subjetivo de Diener y la escala de Bienestar social de Keyes. Se discutieron las características de las vivencias propias del desplazamiento forzado, los estudios previos en relación con la valoración del impacto de las vivencias estresantes que generaron síntomas ansiosos que perpetúan en la actualidad y la necesidad de identificar la correlación existente entre las variables en relación con el impacto psicológico de la violencia presente en esta población.

Los resultados obtenidos demuestran que las mujeres que han sido víctimas de desplazamiento y violencia sexual presentan síntomas ansiosos, relacionados a situaciones psicosociales y de salud mental.

Se resaltan que en estas mujeres existen niveles considerados de bienestar influidos por las circunstancias y vivencias de adaptación frente a su nueva realidad, que incluye cambio de roles y rutinas, pocas oportunidades y desventajas socioeconómicas, las cuales les toca enfrentar llegando a tornarse difíciles de afrontar.

Los resultados permitieron establecer correlaciones entre bienestar psicológico y síntomas cognoscitivos (Ansiedad) y se identificaron síntomas ansiosos y afectaciones en los distintos enfoques de bienestar, especialmente en el del bienestar psicológico. Se recomienda

continuar realizando talleres de fortalecimiento personal e intervención individual, para aportar herramientas que permitan trabajar la ansiedad desde el enfoque de bienestar en poblaciones desplazadas.

Palabras clave: ansiedad, bienestar psicológico, bienestar subjetivo, bienestar social, violencia sexual y desplazamiento.

Abstract

The research allowed to describe the Experience of anxiety, from the welfare approach, in 18 women victims of sexual violence in the city of Cartagena, belonging to the "Corporación Mujer sigue mis Pasos" that have been in a situation of displacement.

To determine anxiety, the Zung scale was used and for the evaluation of the Wellbeing variables, the Ryff Psychological Wellbeing Scale, the Diener Subjective Wellbeing Scale and the Keyes social well-being scale were used. The characteristics of the experiences of forced displacement were discussed, as well as the previous studies in relation to the assessment of the impact of the stressful experiences that generated anxious symptoms that perpetuate at the present time and the need to identify the existing correlation between the variables in relation to the psychological impact of the violence present in this population.

The results obtained show that women who have been victims of displacement and sexual violence have anxious symptoms related to psychosocial and mental health situations.

It is highlighted that in these women there are considered levels of wellbeing influenced by the circumstances and experiences of adaptation to their new reality, which includes changing roles and routines, few opportunities and socioeconomic disadvantages, which they have to face, becoming difficult to face.

The results allowed to establish correlations between psychological well-being and cognitive symptoms (Anxiety) and anxious symptoms and affectations were identified in the different welfare approaches, especially in psychological well-being. It is recommended to continue carrying out workshops of personal strengthening and individual intervention, to provide tools that allow working anxiety from the welfare approach in displaced populations.

Key words: anxiety, psychological wellbeing, subjective wellbeing, social wellbeing, violence sexual and displacement.

Tabla de contenido

	Pág.
1. Introducción	17
2. Problema de investigación	19
2.1 Hipótesis.....	22
2.2 Variables de Estudio.....	23
2.2.1 Definición de Variables	23
3. Justificación	29
4. Objetivos	32
4.1 Objetivo General	32
4.2 Objetivos Específicos	32
5. Antecedentes	33
6. Marco teórico	37
6.1 Ansiedad.....	37
6.2 Salud Mental	39
6.3 Bienestar Psicológico	41
6.4 Bienestar Subjetivo	43
6.5 Bienestar Social.....	44
6.6 Mujer, violencia sexual y desplazamiento	46

7. Marco jurídico.....	51
8. Metodología	56
8.1 Diseño metodológico.....	56
8.1.1 Sujetos	56
8.1.2 Línea de investigación	56
8.2 Técnicas e instrumentos de recolección	56
7.3 Procedimiento.....	58
9. Resultados	60
Bienestar Psicológico	66
Bienestar Social.....	72
Bienestar Subjetivo	77
10. Análisis de Resultados	93
Conclusiones.....	100
Recomendaciones y limitaciones	103
Referencias bibliográficas.....	105
Anexos	114

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1.	24
Tabla 2.	25
Tabla 3.	27
Tabla 4.	27
Tabla 5.	61
Tabla 6.	61
Tabla 7.	61
Tabla 8.	79
Tabla 9.	80
Tabla 10.	81
Tabla 11.	82
Tabla 12.	83
Tabla 13.	84
Tabla 14.	85
Tabla 15.	86
Tabla 16.	87
Tabla 17.	92

Lista de gráficos

	Pág.
Gráfico 1	64
Gráfico 2.	65
Gráfico 3.	66
Gráfico 4.	67
Gráfico 5.	68
Gráfico 6.	69
Gráfico 7.	70
Gráfico 8.	71
Gráfico 9.	72
Gráfico 10.	73
Gráfico 11.	74
Gráfico 12.	75
Gráfico 13.	76
Gráfico 14.	77
Gráfico 15.	78

Lista de anexos

	Pág.
Anexo 1.....	114
Anexo 2.Encuesta sociodemográfica.....	115
Anexo 3.Escala de ansiedad de Zung.....	116
Anexo 4.Escala de bienestar social de Keyes.....	117
Anexo 5. Escala de bienestar subjetivo de Diener.....	118
Anexo 6.Escala de bienestar psicológico de riff.....	119
Anexo 7.Registro de talleres de fortalecimiento.....	120

1. Introducción

En Colombia, el conflicto armado interno se dio desde el período de 1950 y continúa vigente en diversas zonas, siendo evidente en los persistentes enfrentamientos militares de grupos legales e ilegales dentro del país. Lo anterior incide en la esfera familiar, política, social y personal de todas las poblaciones (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013). Las cifras reportadas por la UARIV señalan que hay 8.816.304 víctimas registradas hasta mayo del 2019.(Wilches, 2010)

Las estadísticas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF, 2012), muestran que la mayoría de las víctimas y los actores de la violencia en el país están entre las edades de 15 a 35 años. Según la Ley 1448 de 2011, se consideran víctimas: aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1 de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves e identificadas en las normas Internacionales de Derechos Humanos, ocurridas durante el conflicto armado interno.

Entre los hechos a los que han estado expuestos las víctimas en Colombia se encuentran los homicidios ocasionados en contra de comunidades a fin de causar su desplazamiento, los actos de tortura, tratos crueles, degradantes e inhumanos, el secuestro y los secuestros colectivos como tácticas de guerra, la desaparición forzada, las tomas armadas de diferentes poblaciones, las masacres indiscriminadas de civiles, el desplazamiento forzado masivo, los ataques, masacres, los delitos contra la libertad, la integridad sexual y la violencia de género, las minas antipersonales, el reclutamiento forzado de menores y el abandono o despojo forzado de tierras (Ley 1448 de 2011; UARIV, 2012).

Estos hechos victimizantes se clasifican como delitos contra la vida, la libertad y la integridad, lo que ha conllevado a la crisis humanitaria y de derechos humanos, en varias regiones del país. Los daños generados por la violencia se agrupan en daños emocionales, psicológicos, morales, políticos y socioculturales (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013).

Dentro de la gama de violencias que sufren las mujeres, se ha decidido trabajar con las víctimas de violencia sexual, porque se cree que esta, es tal vez, la forma de violencia más inhumana contra las mismas, que se exagera en la guerra y que permanece invisibilizada, con los índices más altos de impunidad. La violencia sexual constituye un arma que usan los actores en la guerra contra las mujeres, de una manera sistemática y generalizada. (Wilches, I. 2010).

Este estudio se efectuó desde el enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, no experimental transeccional (no pretende manipular variables). En su esencia la investigación busca describir la Experiencia de ansiedad, desde el enfoque de bienestar, en mujeres víctimas de violencia sexual pertenecientes a la fundación “Mujer Sigue Mis Pasos” que han estado en situación de desplazamiento, dándole el carácter *expo facto* (debido a que los acontecimientos ya pasaron). De acuerdo a Hernández (2014), un estudio de tipo descriptivo permite describir las situaciones y eventos tal y como son percibidos en la realidad, en esta dinámica se especifican las características inherentes del objeto de estudio.

Esta investigación permite abordar las vivencias que ocurrieron hace muchos años y que se visualizan en la salud mental de las mujeres que la padecieron, con el fin de aportar a la academia, realizar estudios que sean complementos a otros que se hayan efectuado, ampliar las investigaciones en poblaciones similares y contribuir en la intervención de las mujeres víctimas de abuso sexual.

2. Problema de investigación

En Colombia el tiempo de duración del conflicto se ha ampliado de tal forma que ha trascendido en las diferentes esferas, incidiendo en el nivel de confianza que puede tener un individuo en la sociedad, como lo exponen Restrepo, Spat & Vargas (2003) cit. en Ramos, I. (2014)

El conflicto armado colombiano ha incidido negativamente en las mujeres, adolescentes y niñas, siendo la violencia sexual la más predominante al momento de ejercer dominio y la fuerza sobre las mismas (Gúzman, D; Pijnenburg, A Y Prieto, S. 2012). En el marco de las guerras la violencia sexual es uno de los delitos más utilizados por los insurgentes que atentan y degradan al ser humano, por distintas causas y finalidades encontrándose en impunidad (Humanas, 2009).

La Corporación Sisma Mujer, (2007) cit. en Wilches,(2010), expone que los diferentes actores armados utilizan la violencia sexual de manera deliberada con varios propósitos: el primero es violentar a las mujeres que sean tildadas de colaboradoras, informantes o novias de actores de grupos armados ilegales, el segundo es recrudecer el ataque ya no sólo con masacres sino asesinando a mujeres que sobresalgan por su labor en la comunidad ya sea como líderes o figuras con autoridad, el tercero y último es hacer evidente la presencia de actores armados en el territorio.

Según el informe de (LIMPAL, IEC. 2002) cit. en Andrade, J. (2010), se utilizan a las mujeres debido a que son consideradas y señaladas como parientes de "los otros". Los grupos armados amenazan a las mujeres y abusan de ellas simplemente por ser leales a sus parejas y para evitar que sus hijos e hijas hagan parte del conflicto o sean reclutados. Es relevante mencionar que las supervivientes tienen claro cómo los paramilitares se instalan en un territorio y se

apoderan de las mujeres, llegando a generar temor en la población, propiciando atentados en contra de los derechos de la humanidad.

Además de la violencia sexual se presentan otros hechos victimizaste, entre el año 2000 y 2002 creció el número de desplazados por la insistente expansión de los grupos paramilitares y por la ruptura de los diálogos de paz entre el Gobierno Nacional y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-FARC, lo que trajo consigo que desde el año 2006 el desplazamiento interno ha venido aumentando según en información emitida por el Boletín Peace Brigades Internacional Colombia.

Los desplazamientos traen consigo distintos acontecimientos violentos, que provocan en las personas alteraciones en la salud mental, como trastorno de ansiedad y de estrés postraumático, prevaleciendo en un 25% en las víctimas o testigos de una situación traumática (Echeburúa & Corral, 1997, cit. en Echenique, C., Medina, L., Medina, A., & Ramírez, A., 2008).

La ansiedad es la reacción básica de los seres humanos ante un peligro que amenaza su existencia o algún valor que este identifique con ella. La ansiedad es como la fiebre, una señal clara de la batalla interior que libra el sujeto (May, 1963), es precisamente ese estado que aparece en el ser humano ante aquello que podría destruir su ser (May, 1969), como se presenta en los casos de mujeres que han sido víctimas de violencia sexual.

Desde el tema de Salud mental se han realizado investigaciones las cuales hacen énfasis en cómo los eventos traumáticos o situaciones dolorosas perturban la estabilidad emocional del ser humano, en este caso se hará énfasis en la experiencia de ansiedad de mujeres desplazadas víctimas de violencia sexual, ya que existen vacíos teóricos relacionados con el enfoque de bienestar.

Resaltando que desde la salud mental se ven afectadas en las mujeres víctimas de violencia sexual tres dimensiones principales como: la violencia física, psicológica y sexual, las pérdidas y renunciadas, el incremento del control masculino sobre las vidas de éstas (Miller *et al.*, 2013).

Según informes de la Unidad para las Víctimas (2016), se considera relevante brindar atención a todas aquellas afectaciones en la salud mental que dejan los estragos de la violencia. Teniendo en cuenta estos datos de la Unidad para las víctimas en Colombia, existen 17.285 personas registradas como víctimas de violencia sexual desde el 1 de enero de 1985 hasta el 1 de noviembre de 2016, siendo 15.515 mujeres, que corresponde al 90% en este registro, por lo que el Centro Nacional de Memoria Histórica - CNMH (2013) afirma que “este delito no ha sido un crimen marginal o aislado, como pretenden justificarlo insistentemente los actores armados”.

En el caso particular de un grupo de mujeres pertenecientes a la fundación Mujer Sigue Mis Pasos, ubicadas en la Ciudad de Cartagena, en situación de desplazamiento, quienes son objeto de este estudio, encontramos cómo éstas manifiestan la presencia de síntomas asociados a la ansiedad como: miedo, estado de alerta, tensión constante, ataques de pánico y de terror, inquietud, nervios y temblores; sumado a la somatización. Además de presentar insomnio y sentimientos depresivos entendidos éstos como la falta de sueño, de un descanso reparador y la sensación constante de amenaza o llanto son otra de las manifestaciones del estado de ánimo expresadas.

Los síntomas de ansiedad mencionados son manifestados por las mujeres cuando enfrentan situaciones en sus áreas del desarrollo que les generan estrés o sin estímulos en el contexto que le permita evocar recuerdos. Por todo lo anterior Pupavac, V. (2002) expresa que los síntomas como: insomnio, ansiedad, tristeza, estado de alerta exagerado y problemas del

comportamiento son experimentados por las víctimas del desplazamiento forzado y son considerado extremos.

Las personas víctimas de desplazamiento debido a la violencia, presentan cuadros clínicos frecuentes, como estrés agudo, trastornos depresivos o ansiosos, trastorno de estrés postraumático, consumo excesivo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar Summerfield, D. (2000).

Londoño et al., (2005), realizó una investigación donde tomó una muestra de 40 personas que habían sido afectadas por la toma de Bojayá en el Chocó, evidenciando los siguientes resultados, el 37% presentaron estrés postraumático y depresión mayor en la actualidad; el 22% depresión mayor con melancolía; el 20% depresión mayor pasada; el 45% de riesgo de suicidio; el 18% trastorno de angustia; el 23% fobia social y el 43% de trastorno de ansiedad generalizada.

Esta investigación pretende comprender la experiencia de ansiedad vista desde los sentimientos, emociones y representaciones de las vivencias de violencia, padecida por las mujeres luego de haber sido humilladas y maltratadas verbal, física y sexual en el marco del conflicto armado.

Por lo que surge esta pregunta de investigación ¿Cuáles son las características de la experiencia de ansiedad, desde el enfoque de bienestar, en las mujeres víctimas de violencia sexual en situación de desplazamiento en la ciudad de Cartagena?

2.1 Hipótesis

Ho1: Existe una relación entre la ansiedad, el bienestar psicológico, bienestar subjetivo y bienestar social en mujeres víctimas de violencia sexual de la ciudad de Cartagena.

2.2 Variables de Estudio

Ansiedad.

Salud Mental (Bienestar Psicológico, Bienestar Subjetivo y Bienestar Social).

2.2.1 Definición de Variables

2.2.1.1 Ansiedad. Es la respuesta de los seres humanos frente a una situación de peligro que atenta contra su existencia. De manera metafórica la ansiedad es como la fiebre, es una manifestación de lo que internamente está sucediendo en el cuerpo de una persona May, (1963), es exactamente esa sensación que se presenta en el ser humano ante lo que podría destruir su ser May, (1969).

2.2.1.2 Salud Mental. Es la combinación de los síntomas de bienestar emocional, psicológicos y sociales. (Keyes,2002)

2.2.1.3 Bienestar Social. Es considerado por Keyes (1998) como “la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad”. En otras palabras es definido como “la necesidad de poder considerar lo social e individual, el mundo intersubjetivamente fundado y el mundo dado, la naturaleza y la historia” Blanco & Díaz (2005). Así mismo Keyes (1998), propone cinco dimensiones: actualización social, integración social, contribución social, coherencia social y aceptación social.

2.2.1.4 Bienestar Psicológico. Se enfoca en las destrezas y habilidades de los seres humanos como determinantes del funcionamiento positivo (Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle & van Dierendock, 2006). El bienestar psicológico tiene que ver con la manera de enfrentar retos y potencializar el crecimiento personal. Ryff, R. (1989). En

la misma línea, Csikszentmihalyi (1996, citado en Blanco & Valera, 2007) afirman que este bienestar agrupa las siguientes circunstancias: la primera hace referencia a la percepción alta que tiene el individuo frente a los retos; y la segunda es la percepción que existe frente a alcanzar los retos de manera exitosa. El bienestar está compuesto por cinco dimensiones: autonomía, auto-aceptación, crecimiento personal, relaciones positivas con otras personas, propósito en la vida y dominio del entorno.

2.2.1.5 Bienestar Subjetivo. Hace referencia a la satisfacción que tienen los individuos sobre su vida, a partir de la percepción y la valoración que tienen del mundo, siendo influido por los aspectos de la personalidad y el temperamento. Estas valoraciones incluyen manifestaciones emocionales frente a los juicios, logros y satisfacción. El bienestar subjetivo está integrado por tres dimensiones: afecto positivo, afecto negativo y satisfacción por la vida. (Dienier, Sapyta & Suh, 1998). **Ver tabla. 1, 2, 3 y 4**

Tabla 1.

Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	Ítems
Ansiedad Factor I	Síntomas Físicos	6 Se ha sentido tembloroso
		7 Le ha dolido el cuello, la espalda o la cabeza
		8 Se ha sentido débil y se cansa fácilmente
		10 Ha sentido palpitaciones, taquicardia últimamente
		11 Se ha sentido últimamente mareado
		12 Se ha desmayado o ha sentido síntomas de desmayo
		14 Ha sentido hormigueo/ falta de sensibilidad en los dedos
15 Ha sentido náuseas y malestar en el estómago		

		16	Ha orinado con mayor frecuencia de lo normal
		18	Se ha ruborizado con frecuencia
Factor II	Síntomas Cognoscitivos	1	Se ha sentido últimamente más ansioso y nervioso
		2	Se ha sentido temeroso sin razón
		3	Se ha irritado fácilmente o ha sentido pánico
		4	Ha sentido que se está derrumbando
		19	Ha dormido bien y descansado toda la noche
		20	Ha tenido pesadillas
Factor III	Aprensión	5	Ha sentido que nada malo va a pasar, que todo va bien
		9	Se ha sentido calmado y puede mantenerse quieto
		13	Ha podido respirar con facilidad
		17	Ha sentido sus manos secas y calientes

Fuente: elaboración propia

Tabla 2.

Definición operacional

Variable		Dimensiones		Items
Salud Mental	Bienestar Psicológico	Auto aceptación	1	Cuando repaso la historia de mi vida, estoy contento con cómo han resultado las cosas.
			7	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.
			13	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.
			17	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.
			24	En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo.
	Autonomía	3	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	
		4	Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	
		9	Tiendo a preocuparme sobre lo que la otra gente piensa de mí.	

	18	Tengo Confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.
	19	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.
	23	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.
Crecimiento Personal	22	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.
	26	Pienso que con los años no he mejorado mucho como persona.
	27	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.
	28	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.
Dominio del Entorno	5	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.
	10	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.
	14	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.
	20	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.
	29	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida, daría los pasos más eficaces para cambiarla.
Propósito en la Vida	6	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajando para hacerlos realidad.
	11	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propongo para mí mismo.
	15	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.
	16	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.
	21	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.
Relación Positiva	2	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.
	8	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.
	12	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.

- 25 Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.

Fuente: elaboración propia

Tabla 3.

Definición operacional

		Dimensiones	Ítems
Salud Mental	Bienestar Subjetivo	Satisfacción por la vida	1 El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar.
			2 Las condiciones de mi vida son excelentes.
			3 Estoy satisfecho con mi vida.
			4 Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida.
			5 Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual.

Fuente: elaboración propia

Tabla 4.

Definición operacional

		Dimensiones	Ítems	
Salud Mental	Bienestar Social	Aceptación Social	2 Creo que las personas sólo piensan en sí mismas.	
			3 Creo que la gente no es de fiar.	
			12 Creo que la gente es egoísta.	
			18 Las personas no se preocupan de los problemas de otros.	
			21 Creo que no se debe confiar en la gente	
			24 Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto-	
			Actualización Social	1 Para mí el progreso social es algo que no existe.
				5 La sociedad no ofrece incentivos para gente como yo.
				6 No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida.
				11 La sociedad ya no progresa.

- 15 Veo que la sociedad está en continuo desarrollo.
- Coherencia Social** 7 No entiendo lo que está pasando en el mundo.
- 9 El mundo es demasiado complejo para mí.
- 13 No vale la pena esforzarme por intentar comprender el mundo en el que vivo.
- 16 Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas.
- Contribución Social** 14 Creo que puedo aportar algo al mundo.
- 19 No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad.
- 20 Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad.
- 22 No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad.
- 23 Pienso que lo que hago es importante para la sociedad.
- Integración Social** 4 Creo que la gente me valora como persona.
- 8 Siento que soy una parte importante de mi comunidad.
- 10 Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucharía.
- 17 Me siento cercano a otra gente.
- 25 Si tuviera algo que decir, pienso que la gente no se lo tomaría en serio.

Fuente: elaboración propia

3. Justificación

Desde finales del Siglo XIX e inicios del Siglo XXI, Colombia ha estado inmersa en un conflicto armado, siendo la violencia sexual y el desplazamiento factores que han causado impacto en el bienestar del ser humano permitiéndole experimentar situaciones complejas como abandono de sus tierras, terror, sometimiento, maltrato, abuso, muerte, despojo, vulneración de sus derechos entre otras situaciones que le provocan ansiedad a las víctimas del conflicto armado.

Partiendo de lo anterior Trejos, L (2013) afirma, que durante el siglo pasado la violencia irrumpió en la esfera política nacional, enunciándolo en tres momentos históricos: el primero hace referencia a la guerra de los mil días (1899 y 1902), el segundo con el asesinato de Jorge Eliécer Gaitán, candidato presidencial del partido liberal dando inicio a la violencia liberalconservadora (1948-1958), por último la violencia dirigida por las organizaciones insurgentes y contrainsurgentes (1964-2010).

Sayago, J (2011) expone que Colombia está clasificado como el segundo país con mayor número de desplazados en el mundo. Siendo el desplazamiento consecuencia de la violencia social y el conflicto armado en éste, que influye en las vidas de quienes la vivencian, especialmente en las mujeres.

El informe expuesto por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2008) sobre Colombia, expone que las mujeres cubren la mitad de la población desplazada. Relacionándolo por lo descrito por Britto, D (2010) donde afirma que las mujeres han sufrido hostigamientos llegando a ser testigos de masacres colectivas en el marco del conflicto, y siendo vulnerables a la predisposición de problemas de salud mental, física y emocional.

Existen zonas en nuestro Caribe Colombiano, según lo expresa Daniels, A. (2012), como

Montes de María, la Sierra Nevada de Santa Marta y el Sur de Córdoba, que, por su extensión, conforman más de cincuenta municipios donde la población ha sido víctima directa e indirecta de la violencia.

Esta investigación se centró en las mujeres víctimas de violencia sexual asentadas en la ciudad de Cartagena provenientes de los Montes de María, Antioquia, Choco, Sucre entre otras regiones afectada por la guerra debido a su posición geográfica y su valor estratégico para los actores del conflicto.

Cabe resaltar como variables centrales de esta investigación los conceptos de ansiedad, el cual hace referencia a la reacción básica de los seres humanos ante un peligro que amenaza su existencia; y bienestar, el cual es entendido de manera general “el bienestar alude a aquellos aspectos del ser humano relacionados con la consecución de su felicidad y el alcance de todos los beneficios posibles a lo largo de su existencia” Buelvas & Amarís (2010). De igual manera existen tres grandes dimensiones como lo son: el bienestar subjetivo, psicológico y social.

Esta investigación facilitará los futuros procesos de intervención psicológica a mujeres víctimas de violencia sexual y en condición de desplazamiento, debido a que existen pocos estudios referentes a este tema, haciendo énfasis en la relación que existe entre la ansiedad y los tipos de bienestar, buscando que las mujeres puedan enfrentar la ansiedad, desarrollen habilidades, destrezas y la capacidad de aceptarse a sí mismas y de esta forma puedan reorientar su proyecto de vida. Paralelo a ello se pretende hacer abogacía con el propósito de que puedan ser atendidas y respaldadas por la Ley 1448 de 2011 en Colombia la cual debe garantizar la atención integral de las víctimas del conflicto armado.

Además, este estudio le permitirá a la academia dar aportes que favorezcan el trabajo científico en los temas de: ansiedad, bienestar psicológico, bienestar social y bienestar subjetivo. Con el fin de que se realicen estudios con muestras más amplias que profundicen en los conceptos antes mencionados y que de esa manera se puedan desarrollar estrategias de intervención para las mujeres víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado, de acuerdo a las necesidades.

A la sociedad le facilitará hacer uso de la memoria individual y colectiva con el propósito de no re victimizar a las víctimas y aunar fuerzas para la defensa de sus derechos. De esta manera la comunidad en general se pueda sensibilizar y resistirse a que se sigan cometiendo actos que atente a la población civil de nuestra sociedad.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Describir la experiencia de ansiedad, desde el enfoque de bienestar, en mujeres víctimas de violencia sexual en la ciudad de Cartagena, que han estado en situación de desplazamiento.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar la experiencia de ansiedad en mujeres víctimas de violencia sexual en la ciudad de Cartagena que han estado en situación de desplazamiento.
- Identificar el bienestar psicológico, bienestar social y bienestar subjetivo, en mujeres víctimas de violencia sexual en la ciudad de Cartagena, que han estado en situación de desplazamiento.
- Definir la correlación existente entre la experiencia de ansiedad y el bienestar psicológico, subjetivo y social.
- Construir una ruta de atención y prevención de la ansiedad, desde el enfoque de bienestar, en mujeres víctimas de violencia sexual en la ciudad de Cartagena, que han estado en situación de desplazamiento.

5. Antecedentes

En la búsqueda de información para construir el estado del arte de esta investigación, se tuvieron presente estudios previos relacionados con el tema a investigar. A continuación, presentamos los más significativos.

Anxiety and its Disorders—The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. Barlow, D. 2002. Algunas mujeres que han sido víctimas de violencia sexual se muestran ansiosas y se caracterizan por la evitación y la percepción de pérdida de control, elementos fundamentales en las teorías etiológicas y de mantenimiento de la ansiedad.

Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia. Campo, A., et al. (2014). Las personas que han sido víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento, “afroitan el estigma, el prejuicio y la discriminación producto del estereotipo negativo asociado a las personas y a los colectivos de tal suerte que estos ciudadanos se constituyen en víctimas por diferentes razones en un fenómeno de estigmatización múltiple, intersectorial, polivictimización y revictimización.

Repercusiones Psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo Echeburúa & Corral, (1997). Los diferentes hechos violentos que acompañan un desplazamiento, generan en las personas perturbaciones significativas en la salud mental, especialmente trastorno de ansiedad como el trastorno de estrés postraumático, que se evidencia en un 25% de víctimas o testigos de un hecho traumático.

Estudio Correlacional De La Salud Mental y el Trauma en Mujeres Víctimas Del Desplazamiento Forzado Por Violencia Política, González, E (2017). La presente investigación ha pretendido correlacionar la salud mental y el trauma en las mujeres víctimas del

desplazamiento forzado por violencia política. Los resultados encontrados denotan que las mujeres víctimas de desplazamiento forzado presentan síntomas de trauma vinculados a aspectos psicosociales, sin embargo, también se expresan aspectos relacionados a la salud mental.

Estudio correlacional entre el bienestar psicológico, subjetivo y social y el fatalismo, el trauma y las cogniciones irracionales postraumáticas, en personas adultas, desplazadas por la violencia sociopolítica radicadas en la Ciudad de Barranquilla. Manrique, K. et al. (2008). Se evidencia alteraciones en el bienestar psicológico y social, atribuidos al significado dado a las experiencias vividas que provocan un deterioro en la autoestima y poco control de sus vidas, llegando a generar sentimientos de culpa donde el bienestar social se ve aún más comprometido debido a la desconfianza de las víctimas hacia las demás personas tanto en las relaciones sociales como institucionales.

La Verdad de las Mujeres: Víctimas del Conflicto Armado en Colombia. Miller Restrepo, A., et al. (2013). La afectación de tres dimensiones principales como son: la violencia física, psicológica y sexual, las pérdidas y renunciadas, y el incremento del control masculino sobre las vidas de estas.

El bienestar Psicológico, un indicador positivo de la salud mental Prevalencia del trastorno de estrés post traumático en población en situación de desplazamiento en la localidad de ciudad Bolívar Bogotá, Colombia. Oramas, A., et al. (2006). Hace énfasis en procesos psicológicos asociados con el funcionamiento del sí mismo como regulador, mediador y motivador del bienestar.

La Ansiedad. Rojas, E. (2000). La ansiedad se destacan cinco grupos de síntomas: síntomas físicos, psicológicos, conductuales, intelectuales y asertivos.

Relación Entre El Bienestar Social, El Bienestar Psicológico y El Bienestar Subjetivo En Mujeres Víctimas De Violencia Sociopolítica. Patiño, S. (2015). El estudio utilizó un diseño

correlacional para determinar si existe relación entre el bienestar social, psicológico y subjetivo en 321 mujeres víctimas de la violencia sociopolítica en el Departamento de Córdoba. Para la medición de la correlación, se aplicaron las adaptaciones al español de las escalas: Bienestar Psicológico de Ryff; Bienestar Subjetivo de Diener; y Bienestar Social de Keyes. Concluye que en estas mujeres coexisten niveles considerables de bienestar mediados por las condiciones y experiencias de adaptación frente al nuevo contexto de roles y hábitos que pueden percibir difíciles de afrontar. Los datos permitieron establecer correlaciones entre las variables centrales con algunas características de la muestra. Se observan aumentos y diferencias en las correlaciones de las variables cuando se discriminan por grupo etario, estado civil, ocupación y tiempo que llevan viviendo en este lugar entre las variables bsocial-bsubjetivo y bsubjetivo- bpsicologico.

Atroces realidades: la violencia sexual contra la mujer en el conflicto armado colombiano. Fisco, S (2005). Este artículo analiza el fenómeno de la violencia sexual contra la mujer en el marco del conflicto armado colombiano y presenta los resultados de una investigación diagnóstica centrada en eventos ocurridos en la última década. Se intenta una caracterización del problema a partir del establecimiento de una tipología que da cuenta de las distintas modalidades de abuso y de los actores que intervienen en los casos estudiados.

Estudio de la consistencia interna y estructura factorial de tres versiones de la escala de Zung para ansiedad. Susana De La Ossa, Psicoll, Yuleima Martínez, Psicoll, Edwin Herazo, Md2, Adalberto Campo, Md3 2009. La escala de Zung para ansiedad se ha usado en varias investigaciones en Colombia. Sin embargo, no se ha informado la consistencia interna y la estructura de factores en estudiantes universitarios. Objetivo: Estimar la consistencia interna y la estructura factorial de tres versiones de la escala de Zung para ansiedad en estudiantes de una universidad privada de Cartagena, Colombia. Método: Doscientos veintiún estudiantes de

medicina y psicología completaron la versión de 20 puntos de la escala de Zung para ansiedad.

Resultados: La escala de 20 puntos mostró un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.77 y tres

factores principales responsables de 40.1% de la varianza total. Conclusiones: Las versiones de

diez y cinco puntos de la escala de Zung para ansiedad presentan mejor comportamiento

psicométrico que la versión original de 20 puntos. Se necesita estimar el comportamiento

psicométrico de estas versiones frente a un criterio de referencia.

6. Marco teórico

6.1 Ansiedad

El concepto de la ansiedad se utiliza en investigaciones médicas de forma indiscriminada, por lo que se hace necesario realizar una explicación de la ansiedad y otros conceptos como el miedo, el estrés, la tensión y el temor. La angustia por ejemplo es explicada como sinónimo de ansiedad (Romero, E. 2008).

Rojas, E. (2000) define la ansiedad como una experiencia de temor ante algo dudoso, indeciso, inconcreto e impreciso, determinado por un predominio de expresiones más psicológicas y científicas, cuya manifestación es de tipo esténico, es decir, dando como efecto una vivencia de molestia y consternación que se convierte en estado de temblor o intranquilidad Bilbao, A. (2010). La angustia se caracteriza por la presencia de sensaciones somáticas, provocando una reacción asténica, que paraliza, dando como resultado una vivencia de inhibición e inmovilidad (Rojas, 2000).

Romero, E (2008) por su parte plantea un conjunto de manifestaciones comportamentales y expresivas del estado de ánimo ansioso tales como: Tensión o intranquilidad motora, disminución del umbral de alerta (o mayor sensibilidad), disminución relativa de la tensión dirigida y la concentración, aumento de la receptividad fisiológica (diarrea, palpitaciones, opresión precordial, sofocación o falta de aire, hormigueos y sudoraciones) e irritabilidad emocional provocada por contratiempos que en condiciones normales no afectarían al sujeto.

Barlow, D. (2002), define la ansiedad como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos

potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos”

En otras palabras, la ansiedad es una sinergia entre la respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva, que se activa al percibir situaciones que pueden ser aversivas o colocan en peligro la vida del ser humano.

Algunas mujeres que han sido víctimas de violencia sexual se muestran ansiosas y se caracterizan por la evitación y la percepción de pérdida de control, elementos fundamentales en las teorías etiológicas y de mantenimiento de la ansiedad (Barlow, 2002 citado por Gantiva, C. et al. 2010). Por lo anterior este autor resalta los siguientes rasgos comunes en la ansiedad:

1. Síntomas fisiológicos (1) Aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones; (2) respiración entrecortada, respiración acelerada; (3) dolor o presión en el pecho; (4) sensación de asfixia; (5) aturdimiento, mareo; (6) sudores, sofocos, escalofríos; (7) náusea, dolor de estómago, diarrea; (8) temblores, estremecimientos; (9) adormecimiento, temblor de brazos o piernas; (10) debilidad, mareos, inestabilidad; (11) músculos tensos, rigidez; (12) sequedad de boca.

2. Síntomas cognitivos (1) Miedo a perder el control, a ser incapaz de afrontarlo; (2) miedo al daño físico o a la muerte; (3) miedo a “enloquecer”; (4) miedo a la evaluación negativa de los demás; (5) pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes; (6) percepciones de irrealidad o separación; (7) escasa concentración, confusión, distracción; (8) estrechamiento de la atención, hipervigilancia hacia la amenaza; (9) poca memoria; (10) dificultad de razonamiento, pérdida de objetividad.

3. Síntomas conductuales (1) Evitación de las señales o situaciones de amenaza; (2) huida, alejamiento; (3) obtención de seguridad, reafirmación; (4) inquietud, agitación, marcha; (5) hiperventilación; (6) quedarse helado, paralizado; (7) dificultad para hablar.

4. Síntomas afectivos (1) Nervioso, tenso, embarullado; (2) asustado, temeroso, aterrorizado; (3) inquieto, asustadizo; (4) impaciente, frustrado.

En investigaciones realizadas en Colombia, específicamente a adultos víctimas del conflicto armado, se encontró que existe comorbilidad entre TEPT, ansiedad y depresión (Bell et al., 2012). Asimismo, el 25.7% al 32.5% con prevalencia de síntomas de ansiedad, entre el 61% y 73.8%, presentaron trastorno de somatización, entre el 23.8% a 38.1%) abuso de alcohol, entre el 4.7% y 11.9% trastornos de la alimentación (Londoño, Romero, & Casas, 2012).

De la Ossa, Martínez, Herazo & Campos (2009), afirman que, dentro de los problemas de salud mental, la ansiedad es uno de los más comunes en Colombia. Investigaciones plantean que aproximadamente el 40% de la población presentan síntomas ansiosos con relevancia clínica y otro 20% presentan un trastorno de ansiedad específico.

Por lo anterior se hace necesario en Colombia utilizar instrumentos fáciles de aplicar y de uso no restringido para detectar síntomas de ansiedad con relevancia clínica, en este proyecto se hará uso de la escala de Zung para ansiedad, la cual fue publicada en 1971, y está compuesta por 20 ítems, establecidos dentro de tres factores: 1. Síntomas físicos 2. Síntomas cognoscitivos y el 3. Aprensión. (De la Ossa, Martínez, Herazo & Campos, 2009)

6.2 Salud Mental

Existen diversas definiciones de salud mental que se han construido a partir de muchas investigaciones, las cuales buscan mejorar la calidad de vida del ser humano. Para la OMS (2001) la salud mental es definida como el estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. De igual forma describen

que la salud mental es: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. (OMS 2001).

Para hablar de salud mental se tiene en cuenta los estudios sobre bienestar, debido a las dos tradiciones: la hedónica y la eudaemónica. La primera hace referencia al bienestar subjetivo y la segunda al psicológico, las cuales tiene sus orígenes en la filosofía griega planteada por Aristóteles.

Afirma Ryff, C. (2014) el término eudaemónica, está conformado por: “conocerse a sí mismo y convertirse en lo que eres”, considerados estos como los grandes imperativos griegos. Las tradiciones anteriores dan surgimiento al bienestar social, que se define como “la valoración que hacemos de las circunstancias y la valoración que hacemos de los demás” (Keyes, 1998).

Haciendo énfasis en el tema de Salud Mental, Keyes (2005) la define como “un conjunto de síntomas de hedonía y funcionamiento positivo, operativizado por medidas de bienestar subjetivo, bienestar psicológico y bienestar social”, siendo esta la base principal de su modelo de Estado completo de salud mental, el cual se enfoca en dos principios fundamentales. El primer principio defiende que la salud y la enfermedad son dos dimensiones unipolares correlacionadas entre sí más que dos polos de una única dimensión bipolar”. Por lo que, la ausencia de trastorno no asegura salud y viceversa (Díaz *et al.*, 2007). El segundo, relata que para que exista salud mental debe existir un funcionamiento psicosocial positivo, es decir, la persona tiene metas claras, capacidad de resiliencia, relaciones interpersonales positivas e íntimas, sentimiento de pertenencia, confianza en la sociedad y en sus entidades.

Se requiere un nivel alto de 6 o más dimensiones en las escalas de bienestar psicológico y social, para que pueda existir un funcionamiento positivo en la salud mental. Keyes, C (2005).

6.3 Bienestar Psicológico

Ryff & Singer, (2002) cit. en Ballesteros, Medina & Caicedo, 2006 especifica que el bienestar psicológico es considerado como: “el esfuerzo por perfeccionarse y conseguir la realización del propio potencial”. Este bienestar consta de seis dimensiones.

- Autoaceptación: según Ryff (1989) es definida como la necesidad que tienen las personas de sentirse bien con ellos mismos, a pesar de ser conscientes de sus limitaciones. Además, afirma que los individuos con un elevado nivel de auto-aceptación se consideran positivos, son capaces de reconocer fortalezas y aspectos a mejorar, Ryff (1989). Por otro lado implica la capacidad que tiene el hombre de sentirse bien frente a las consecuencias de las situaciones pasadas (Castro, 2002, citado en Casullo, M. 2002).
- Relaciones positivas con otras personas: se refiere a la necesidad de vincularse y de mantener relaciones interpersonales asertivas y cercanas con otros seres humanos, basadas en la seguridad y la empatía. Indica Ryff (1989), que los individuos que poseen menos relaciones cercanas basadas en la confianza, constantemente presentan problemas para construir vínculos con los otros y así confiar, por lo que eligen aislarse manifestando frustración en torno a las relaciones personales. Otras investigaciones realizadas por (Berkman, 1995; Davis, Morris, y Kraus, 1998; House, Landis, y Umberson, 1988 citados por Díaz et al., 2006) argumentan que la posibilidad de desarrollar una patología y acortar el tiempo de vida, se deben a que el individuo experimenta soledad, aislamiento social y pérdida de apoyo social.
- Autonomía: es la determinación que tienen los seres humanos para guiarse por sus doctrinas y de esta forma tener libertad. Ryff, Corey, & Hughes, (2003). Las personas con autonomía alta se les facilita aguantar la presión social y son capaces de autoregular de manera

adecuada su comportamiento, teniendo en cuenta sus creencias u opiniones siendo independientes y manejando su propia autoridad personal (Ryff & Keyes, 1995 citado en Díaz, et al, 2006).

Blanco & Valera, (2007), explican que:

la dimensión se describe como la capacidad de modificar estrategias que sean congruentes con sus necesidades personales y poder utilizarlas de acuerdo al contexto en el que se desenvuelven. De tal manera la autonomía puede verse debilitada por una o varias de estas variables: a) la capacidad de comprensión que tiene una persona de sí mismo, de la cultura y de la percepción que se espera tener de él como persona; b) la capacidad psicológica de buscar alternativas para sí misma, y c) las posibilidades de actuar y generar consecuencias positivas o negativas.

- Dominio del entorno: se define como la capacidad que tienen los seres humanos para decidir o transformar su realidad en contextos que faciliten el cumplimiento de sus necesidades básicas y anhelos (Ryff, & Heidrich, (1997). Las personas que tienen un nivel alto en el dominio del entorno demuestran que tienen el control del mundo y se consideran capaces de participar en sus entornos, a diferencia de aquellos que tienen un nivel bajo, tienen dificultades para solucionar las situaciones del día a día, y se consideran con pocos recursos para cambiar su entorno, teniendo presente sus necesidades. Ryff & Singer (2002 citado en Casullo, 2002; Díaz, et al, 2006)
- Propósito en la vida: son los logros y proyectos que le dan sentido a la vida de un sujeto.

Según Little, (1983a 1989b) y Emmons (1992, citados en Castro & Sánchez, 2000), el bienestar

hace referencia a los propósitos individuales, a las metas y proyectos de vida de los seres humanos. En las investigaciones realizadas por Little (1983, citado en Castro & Sánchez, 2000), demostraron que los individuos difieren en su nivel general de satisfacción y en la estructuración de sus proyectos. Desde el punto de vista de Little, (1983, citado en Castro & Sánchez, 2000), la satisfacción de la vida es medida cuando el ser humano alcanza las metas y logros de su proyecto de vida. En la misma línea Páramo, M. et al. (2012) sostienen que “el propósito en la vida se evidencia a través de metas concretas y realistas, que le otorgan sentido a las experiencias pasadas y futuras” (p.9).

- Crecimiento personal: como dice Keyes et al. (2002, citado en Díaz, et al, 2006) el crecimiento personal es “el deseo de cada persona por desarrollar sus potencialidades, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades”. Por otra parte, Páramo, M. et al. (2012) sostiene que esta dimensión es “la puesta en marcha de estrategias para fortalecer las propias capacidades y el potencial, que derivan en un crecimiento y madurez del individuo”.

Por lo anterior, el Bienestar Psicológico tiene presente el significado de las dimensiones de acuerdo al resultado de un desarrollo y de un funcionamiento positivo, asimismo evalúa la apreciación personal e interpersonal, la percepción del pasado, la contribución en el presente y las acciones en el futuro (Ferreira, 2005). El bienestar subjetivo y el bienestar psicológico llegan a complementarse con un tercer bienestar, llamado bienestar social.

6.4 Bienestar Subjetivo

Diener, E. (2005) plantea que el bienestar subjetivo comprende: “las diferentes evaluaciones positivas y negativas que hacen los seres humanos de sus vidas. Contienen las valoraciones cognitivas como lo son: el interés y el compromiso, satisfacción con la vida y el

trabajo, las reacciones afectivas, eventos de vida como la tristeza y la alegría”. Por lo tanto, el bienestar subjetivo permite que el ser humano les dé significado a las experiencias vividas.

Por consiguiente, otros estudios muestran la presencia de conflictos armados o guerras como circunstancias adversas que interfieren en el bienestar subjetivo, corroborándose en las investigaciones realizadas por Shemyakina, O., Plagnol, A. (2012) quienes estudiaron sobre el conflicto armado en Bosnia- Herzegovina, hallando que experiencias en la guerra causan traumas y alteraciones en el bienestar subjetivo.

De acuerdo a los estudios de Morina, N., Von Collani, G. (2006) sobre las consecuencias de haber experimentado situaciones traumáticas relacionadas con la guerra, resaltando que un (83%) ha experimentado alta angustia, gravedad de estrés traumático, acompañado por la afectividad negativa y relacionada con autoestima, autoeficacia, bienestar subjetivo y afectividad positiva en los cuales no se perciben impactos en el estrés postraumático ni están atenuadas por las experiencias poco favorables.

6.5 Bienestar Social

Señala Keyes, 1998 que el bienestar social se define como: “la valoración que hacemos de las situaciones y el funcionamiento al interior de la sociedad”; Está integrado de cinco dimensiones:

- Integración Social: “permite la evaluación de la calidad de las relaciones que sostenemos con la sociedad y con la humanidad” (Keyes, 1998).
- Aceptación Social: Manrique, Martínez & Turizo, (2008) expresan que la aceptación social, es la capacidad de aceptarse a sí mismo y a los demás, teniendo

comportamientos positivos, “las personas que muestran aceptación social creen en el otro, consideran que otros pueden ser cordiales, y cree que los demás son diligente”.

- Contribución Social: “el individuo se considera parte de una sociedad y que puede contribuir a la misma” (Keyes, 1998), esto significa que tiene las capacidades de aportarle de forma positiva a la comunidad.
- Actualización Social: “es la que permite que los seres humanos conozcan y se integren a la sociedad y a entidades gubernamentales y no gubernamentales que favorezcan el cumplimiento de las necesidades y logros de la colectividad” (Manrique, et al., 2008).
- Coherencia Social: Keyes, (1998) establece que “la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo”. La coherencia social se define también como “la capacidad que tienen los seres humanos de entender las dinámicas sociales y poder buscar lógica en los acontecimientos que suceden, y además las personas se inquietan por la comprensión de lo que acontece en la sociedad” (Keyes, 1998).

Los seres humanos a partir de las experiencias vividas se encuentran expuestos a percibir eventos que afectan su bienestar social, debido a lo que Thomas et al., (2016) en la investigación realizada, afirma que en Sri Lanka, los niños, niñas y jóvenes víctimas del conflicto armado y que a su vez son desplazados muestran cambios significativos al interior de la familia, debido al distanciamiento de sus redes vinculares y a su ambiente social, notándose afectaciones en la construcción de su sociedad.

6.6 Mujer, violencia sexual y desplazamiento

En el transcurso de la historia la mujer ha atravesado por diversas situaciones que han marcado su vida de manera significativa, por lo que se encuentra trabajando para defender sus derechos e igualdad de condiciones en una sociedad donde el género masculino se considera fuerte e imponente.

La ONU (2016) afirma que Colombia se ha adherido a los tratados internacionales relacionados con derechos humanos y derechos de las mujeres, con el fin de promover la igualdad de género y garantizar sus derechos, dentro de los cuales encontramos Políticas públicas de equidad de género y el Plan integral que busca para las mujeres una vida libre de violencia, aprobadas en el 2012, la ley de Víctimas y restitución de tierras aprobadas en el 2011, además de la Ley 1257 de 2008 que "Da a conocer políticas de sensibilización, prevención y sanción de cualquier tipo de violencia y discriminación hacia las mujeres" y la Ley 1719 de 2014, que busca garantizar a las víctimas de violencia sexual durante el conflicto armado el acceso a la justicia.

La violencia sexual es definida como: "el acto sexual, la tentativa de cometer un acto sexual, los comentarios o provocaciones sexuales no apetecidos, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier contexto, puede ser el hogar o el espacio de trabajo" La Organización Mundial de la Salud-OMS (2013)

Estos delitos han ocurrido en muchos países donde el conflicto ha estado presente y ha afectado a la población civil, en especial a mujeres, notándose en la República Democrática del Congo donde las estadísticas informan 1,100 violaciones al mes aproximadamente, señalando en el día un promedio 36 mujeres y niñas violadas. Se infiere que más de 200,000 mujeres han sido

víctimas de violencia sexual en ese país desde que inició el conflicto armado. (Published by the UN Department of Public Information, DPI/2546C, Noviembre 2009).

Según Manrique, Martínez & Turizo (2008), al estudiar la salud mental desde el modelo de bienestar en personas víctimas de violencia, se evidencia alteraciones en el bienestar psicológico y social, atribuidos al significado dado a las experiencias vividas que provocan un deterioro en la autoestima y poco control de sus vidas, llegando a generar sentimientos de culpa donde el bienestar social se ve aún más comprometido debido a la desconfianza de las víctimas hacia las demás personas, tanto en las relaciones sociales como institucionales.

Un ejemplo claro de lo dicho anteriormente, se puede evidenciar en Colombia donde el flagelo del conflicto armado, a través de distintas modalidades como son: extorsiones, hostigamientos a poblaciones, despojo de tierras y desplazamiento forzado, minas antipersonales, secuestros, desapariciones, homicidios y torturas, delitos contra la libertad y la integridad sexual y la vinculación de menores de edad a los grupos insurgentes, ha provocado que las personas que se encuentran en condición de desplazamiento según Campo, Oviedo & Herazo(2014) sean estigmatizadas y discriminadas debido a los estereotipos creados por la sociedad en general y la cultura, convirtiéndolas en víctimas expuestas a la estigmatización intersectorial y revictimización.

Mosquera *et al.* (2010) indican que cuando ocurren estos desplazamientos, se percibe que un alto índice de personas desplazadas corresponde a mujeres debido a que los hombres en su gran mayoría son los que cometen los actos violentos.

Plantea Bello & Villa, 2005 cit. en Astaiza, G. (2013), que en el año 1985 se incrementó el conflicto interno, ya que los diferentes grupos armados entraron en discordia para apoderarse y ejercer el poder en los territorios, “entre las décadas de los ochenta y los noventa, los procesos de despojo y expulsión representaron un hito histórico, debido a que aumentaron las manifestaciones

violentas, que fueron originadas por conflictos del pasado y problemas no resueltos. En esta misma línea se resalta el desplazamiento como la expresión más clara de la duración histórica y el afianzamiento de un modelo de desarrollo excluyente”

Según el artículo 1 de la Ley 387/97, uno de los hechos más victimizante es el desplazamiento forzado, el cual es definido como:

“...toda persona que se ha visto obligada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividad económicas habituales porque su vida, su 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 dramáticamente el orden público.”

Campo, Oviedo & Herazo, (2014), sostiene que los seres humanos que han vivido el conflicto armado interno en condición de desplazamiento, “enfrentan el señalamiento, el prejuicio y la exclusión provocada por construcciones erróneas incorporadas a las personas y a los colectivos de tal manera que estos individuos se consideran víctimas por diferentes juicios en un fenómeno de estigmatización amplio, intersectorial, polivictimización y revictimización”.

Los reportes realizados en Colombia por la ONU (2016) revelan que más de 400.000 mujeres han sido víctimas de asesinato durante el conflicto armado, además existen más de 57.000 mujeres víctimas de desplazamiento forzado. En el periodo de 1995 y 2011, se ha generado desplazamiento a causa de la violencia por el conflicto armado interno de más de 2.700.000 mujeres de las cuales el 15,8EV% afirman haber sido víctimas de violencia sexual.

La corte constitucional a partir de la violencia sexual padecida por las mujeres ha resaltado cuatro factores que explican las conductas:

- a) Patrones culturales que relacionan el cuerpo de la mujer al honor del hombre, por lo tanto, es victimizada en periodos de guerra.
- b) Desvalorización de la dignidad y la sexualidad de las mujeres.
- c) Dominio por tener el control y así explotar el cuerpo de la mujer y sus derechos sexuales reproductivos.
- d) Atemorizar a la población civil mediante el uso instrumental de la violencia sexual con el propósito de que abandonen su lugar de residencia o permanencia (CODHES, 2009).

La Corte Constitucional, de acuerdo al Auto 092 del 2008, describe diez riesgos de género de los que son víctimas las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano, como: 1) violencia sexual, explotación sexual o abuso sexual, 2) explotación al momento de realizar actividades domésticas y roles asignados a cada género según la sociedad patriarcal, a cargo de los actores armados ilegales, 3) Los actores armados reclutaban a los hijos e hijas. 4) Relaciones y vínculos voluntarios, accidentales o presuntos – con miembros de la fuerza pública o los grupos armados ilegales 5) ser integrantes de movimientos sociales, comunitarios y políticos de mujeres, que ejercen el liderazgo y la defensa de los derechos humano, 6) acoso y homicidio por las tácticas de vigilancia coercitivas, 7) desaparición o crimen de la persona encargada de brindar soporte económico o por la separación de las familias y redes de apoyo social y material, 8) los actores armados ilegales despojan de sus tierras y sus propiedades a la sociedad civil, 9) discriminación hacia las mujeres afrodescendientes e indígenas, 10) ausencia y pérdida de su compañero durante el desplazamiento (USAID, OIM, Unidad para la Atención y la Reparación de las Víctimas, 2014), 2014).

Partiendo de lo descrito anteriormente se hace necesario que el estado Colombiano garantice el cumplimiento de los derechos de las mujeres, la atención integral y oportuna a sus necesidades básicas para poder resignificar los eventos traumáticos vividos en el marco del conflicto armado.

7. Marco jurídico

La violencia hacia la mujer constituye una evidente transgresión de los elementos consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Por consiguiente, es una violación del derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona (art. 3); del derecho a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes (art. 5); de la igualdad ante la ley y el derecho a igual protección de la ley (art. 7); del derecho a recurrir a un tribunal imparcial (arts. 8 y 10); del derecho a circular libremente a incumplimientos que constituyen violaciones. Son violaciones todos los incumplimientos conscientes y deliberados de parte de quienes las cometen. Se tiene como referencia para determinar cuándo las consecuencias son mayores, la muerte de una o varias personas o el empleo de armas contra una de las partes. A su vez, las violaciones se pueden clasificar en dos categorías:

Violaciones leves, por ser:

- Individuales
- Cometidas por subordinados por iniciativa propia
- Excepcionales
- Con consecuencias menores.

Violaciones graves son aquellas que tienen una o varias de las siguientes características:

- Colectivas
- Cometidas por personas en posición de mando
- Repetidas o sistemáticas
- Con consecuencias mayores.

La violencia sexual en la guerra invisibiliza a las mujeres buscando a toda costa minimizarlas con todos los acontecimientos que causan sufrimiento. La humanidad les obstaculiza su padecimiento, en muchos casos de forma institucionalizada y establecida. Sumado a ello el tormento de los hechos sexuales violentos, a su vez están expuestas a otros acontecimientos dolorosos como: la muerte, tortura y la desaparición de personas amadas, el desplazamiento forzado y el secuestro.

Pavese, C. (2005), expresa: “Esta muerte que nos acompaña desde el amanecer hasta la noche, insomne, sorda, como un presentimiento o un vicio absurdo”. La frase anterior es utilizada por el autor para referirse a las personas que han sobrevivido a la guerra, luego de experimentar la muerte de otros como algo repetitivo, de tal manera que la muerte había sido tan evidente, pero en este mismo sentido, no se había visto que la misma muerte causara tanto mutismo. Convirtiéndose en usual y constante la inexplicable y confusas marcas de sangre que deja la muerte.

Theidon, K, (2004) afirma que cuando dejamos de lado la experiencia vivida por la violencia y nos centramos en buscar la sintomatología del Estrés Postraumático nos perdemos de ir construyendo aspectos importantes de las vivencias que se dan a través de los discursos que se leen en las personas.

Las diferentes situaciones o hechos constituyentes como punibles que tienen lugar dentro o en el marco del conflicto armado colombiano, son atribuidas socialmente a vacíos jurídicos o ausencia de normas, se percibe la guerra como un contexto en el que cualquier circunstancia u acción es plenamente admitida. No obstante, existen comportamientos que están mínimamente normados dentro del derecho internacional humanitario y la legislación interna por lo cual es de esperarse que delitos como la violencia sexual, entre otros, no ocurriesen.

Durante los últimos 8 años en promedio, el Estado a través del poder legislativo en dirección del senado y la cámara de representantes ha realizado un conjunto de prácticas normativas destinadas a garantizar el acceso a la justicia. Se afirma en que el poder judicial (corte suprema de justicia, corte constitucional, tribunales, juzgados, fiscalía) y ejecutivo se debieran articular con esos presupuestos de tal manera que se hiciese cumplir lo señalado de manera leal y regularmente pertinente.

En Colombia se encuentran proferidas la Ley 1257 del 2008, la cual reformó el código penal para sancionar la violencia sexual, la Ley 1450 del 2011 a partir de la cual e expidió el plan nacional de desarrollo para el 2010 - 2014 y en cuyo postulado se encuentra la adjudicación del compromiso por parte del Estado para adoptar una política pública nacional para prevenir, sancionar y erradicar todas las formas de violencia contra las mujeres. Igualmente, la Ley 1448 del 2011 denominada ley de víctimas y restitución de tierras, cuya base es dictar medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto.

El Código Penal Colombiano bajo el título denominado “Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales” castiga, entre otras las conductas de acceso carnal violento, acto sexual violento, acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad para resistir a los actos sexuales abusivos.

Es quizás, la Ley 1719 proferida el 18 de junio del 2014, el más reciente avance de carácter normativo en la adopción de medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual en el conflicto armado interno, además porque dispuso la atención de manera prioritaria para las necesidades de las mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas. Esta ley decreta la instauración de nuevos tipos penales a través de la adición de artículos a la Ley 599 del 2000. Entre algunos otros elementos a destacar se encuentran:

a) se modifica la tipificación de las conductas que constituyen violencia sexual para evitar su sanción exclusivamente a partir del uso de la fuerza física. Se incluyen elementos adicionales como contextos de coacción o delitos producto de amenazas o uso de poder. El artículo 11 de la Ley 1719 describe la violencia como el uso de la fuerza, la amenaza del uso de la fuerza, la coacción física o psicológica, como la causada por el temor a la violencia, la intimidación, la detención ilegal, la opresión psicológica, el abuso del poder o la utilización de entornos de coerción y circunstancias similares que impidan a la víctima dar su libre consentimiento sin tolerar ningún tipo de represalia.

Lo anterior es destacable, en el sentido en que, como lo sugiere Amnistía Internacional (2012), el código penal colombiano no reflejaba hasta la creación de esta ley, las definiciones del derecho internacional, puesto que en los artículos 205 (Violación) y 138 (violación de una persona protegida por el Derecho Internacional Humanitario) se aplicaba solo los actos perpetrados mediante la violencia generalmente de tipo físico, desconociendo de esta manera la definición de los elementos de los crímenes planteados en el estatuto de Roma y otros dispositivos o mecanismos de violencia como la opresión psicológica.

b) se incluyen otras modalidades de violencia sexual que constituyen trasgresiones sexuales intolerables que no se encontraban reconocidas previamente en el Código Penal. Se incluye conductas criminales de gravedad que han sido ignoradas completamente por los operadores jurídicos por no estar explícitas, como la esterilización, la desnudez y prostitución forzada, esclavitud sexual, embarazo y aborto compelidos.

c) violencia sexual como crimen de lesa humanidad. Se establecen criterios para determinar si los hechos que se investigan constituyen un crimen de lesa humanidad, y de ser así para que las autoridades judiciales hagan explícito en la investigación y el juzgamiento la existencia de este tipo de crímenes cuando así se establezca. Se entenderá “crimen de lesa

humanidad” de conformidad con lo definido tácitamente en los elementos de los crímenes de violencia sexual del artículo 7 del estatuto de roma de la corte penal internacional, el cual hace alusión a actos de este tipo de violencia como parte de un ataque generalizado o sistemático contra la población civil. Esta conceptualización y tipificación de la violencia sexual como crimen de Lesa Humanidad, devela un progreso en consonancia con la normatividad internacional, en tanto que la acción penal para este tipo de delitos será entonces imprescriptible.

La Ley General de Víctimas y Restitución de Tierras (2011) incluye a las víctimas de desplazamiento interno forzado en diversos artículos, especialmente en aquellos que se refieren a los grupos expuestos a un mayor riesgo de violación de sus derechos y que requieren atención con enfoque diferencial y especializado. Asimismo, determina que la Comisión Ejecutiva y las Comisiones Ejecutivas de las entidades federativas garantizarán, cuando proceda, el derecho de las víctimas de desplazamiento interno que se encuentren fuera de su entidad de origen a su registro, atención y reparación. Sin embargo, esta ley omite la inclusión de una definición del desplazamiento interno forzado, lo que representa un vacío conceptual importante y genera obstáculos para el reconocimiento y atención de las víctimas.

8. Metodología

8.1 Diseño metodológico

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, no experimental transeccional (no pretende manipular variables). En su esencia la investigación busca describir la Experiencia de ansiedad, desde el enfoque de bienestar, en mujeres víctimas de violencia sexual pertenecientes a la fundación “Mujer Sigue Mis Pasos” que han estado en situación de desplazamiento, dándole el carácter *expo facto* (debido a que los acontecimientos ya pasaron). De acuerdo a Hernández, R (2014), un estudio de tipo descriptivo permite describir las situaciones y eventos tal y como son percibidos en la realidad, en esta dinámica se especifican las características inherentes del objeto de estudio.

8.1.1 Sujetos. En esta investigación participaran 18 mujeres de diferentes edades que se encuentran en el RUV (Registro Único de Víctimas), localizadas en la ciudad de Cartagena. La selección de las participantes se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: mujeres desplazadas en el marco del conflicto armado, víctimas de violencia sexual y que voluntariamente manifestaron ser participantes de la investigación.

8.1.2 Línea de investigación. Observatorio para el Desplazamiento Forzado.

8.2 Técnicas e instrumentos de recolección

En esta investigación se utilizaron escalas psicométricas que permitieron medir la ansiedad y los niveles de bienestar de los participantes.

Referente a la ansiedad se utilizó la escala de ansiedad de Zung, W. (1971), la cual sirvió de instrumento en diferentes investigaciones en Colombia, dentro de la que encontramos:

“Estudio de consistencia interna y estructura factorial de tres versiones de la escala de Zung para ansiedad”, realizado por la Escuela de Psicología de la Universidad del Sinú, seccional Cartagena.

La escala de Zung, W. (1971) para ansiedad, está conformada por veinte ítems que evalúan los síntomas ansiosos, somáticos y cognoscitivos durante los últimos treinta días. Esta escala utiliza un patrón de respuesta Likert que se responde: nunca, a veces, casi siempre y siempre.

Las escalas de bienestar han sido validadas en investigaciones realizadas en Colombia y específicamente en la Costa Caribe, en la Universidad del Norte en el grupo de investigación GIDHU (grupo en desarrollo humano), resaltando los siguientes estudios: Relación Entre El Bienestar Social, El Bienestar Psicológico y El Bienestar Subjetivo En Mujeres Víctimas De Violencia Sociopolítica y el Estudio Correlacional De La Salud Mental y El Trauma En Mujeres Víctimas Del Desplazamiento Forzado Por Violencia política.

1. Escala del Bienestar Social de Keyes: esta fue adaptada al español por Blanco & Díaz (2005) y está conformada por 25 ítems que miden la percepción que tienen los evaluados sobre circunstancias del entorno y el funcionamiento en la sociedad (Keyes, 1998 citado en Blanco & Díaz, 2005). A su vez las dimensiones están compuestas por un número de ítems. *Integración Social (5)*, *Aceptación Social (6)*, *Contribución Social (5)*, *Actualización Social (5)*, y *Coherencia Social (4)*. Es importante resaltar que la escala original tenía 33 ítems de los cuales se eliminaron 8, con el fin de mejorar la consistencia interna, quedando la escala con de 25 ítems.

2. Escala de Bienestar Subjetivo de Diener: compuesta por cinco ítems. Es una escala que mide la satisfacción vital, por lo que (Caballero, Martínez, Cabrero, Cortés, Ferrer & Tosal, 2004 cit en Díaz et al 2006) describen que tiene adecuadas propiedades psicométricas.

3. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff: adaptada al español por Díaz, et al (2006). Está conformada por 29 ítems y tres categorías de respuesta: desacuerdo (1), de acuerdo (2) y neutro (3). Díaz, et al., (2006), propuso un modelo multidimensional conformado por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, y crecimiento personal.

7.3 Procedimiento

Esta investigación se realizó en cuatro etapas, en cada una se desarrollaron distintos procesos y actividades.

- Etapa I: Revisión del estado del arte.

Se inició con una revisión bibliografía sobre investigaciones realizadas que tenían inmersas las variables objeto de estudio. Se revisaron las líneas de investigación de la Universidad, para buscar en cuál de ellas se podría ubicar este estudio. Además, se consolidó la tabla de antecedentes teóricos sobre el tema y se dio paso a la construcción de los objetivos, introducción, marco teórico, justificación y planteamiento de problema; también permitió la definición de las unidades de análisis, la caracterización de la población y escogencia de la muestra.

- Etapa II. Aplicación de instrumentos

Se escogieron los instrumentos, posterior a esto se convocaron a las mujeres y se sensibilizaron sobre la participación en esta investigación, explicándose los objetivos de la misma. Se inició con el consentimiento informado, se aplicó la escala de ansiedad, las escalas de bienestar y se recogió información relevante de las participantes a través de 4 talleres de fortalecimiento personal, los cuales fueron registrados en un formato o bitácora.

- Etapa III. Tabulación y Análisis de Resultados.

En esta etapa se tabuló la información de cada escala, para el análisis estadístico se utilizó el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), versión 20 para window, donde se procesaron los datos. La consistencia interna de las escalas se estableció mediante la prueba alfa de Cronbach y la correlación entre las variables a través del coeficiente de correlación de Pearson.

- Etapa IV. Elaboración de Informe.

Teniendo los resultados se inició la elaboración del informe donde se analizó el comportamiento de las variables. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados, teniendo en cuenta la información del marco teórico. Posterior a esto se hace entrega de la investigación completa al tutor y al comité evaluador.

9. Resultados

Los resultados hallados en esta investigación surgieron a partir de la utilización de los siguientes instrumentos: escala de Zung, escala de bienestar Subjetivo, bienestar Psicológico y bienestar Social a 18 mujeres que fueron víctimas de violencia sexual y desplazamiento en el marco del conflicto armado, que actualmente pertenecen a la Fundación *Mujer sigue mis pasos* en la ciudad de Cartagena. Se llevaron a cabo encuentros donde se aplicaron las escalas y se desarrollaron talleres de fortalecimiento personal que permitieron conocer las experiencias vividas frente a la violencia generada por los diferentes grupos al margen de la Ley, que han dejado secuelas en lo psicológico, emocional, físico y sexual.

Los datos obtenidos en las escalas, se analizaron en el programa estadístico SPSS, con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados. Para estimar las propiedades psicométricas de las escalas en lo relacionado a su confiabilidad, se calculó el índice de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, considerándose aceptable cuando los valores del coeficiente se hallan entre **0,70 y 0,90**. Para el análisis de las correlaciones entre las variables se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, que afirma que para que una relación sea significativa debe obtener un valor de **$p < 0.05$** .

Con respecto a la verificación de las propiedades psicométricas de los instrumentos, esta se abordó desde la estimación de la consistencia interna, la cual es un indicador aceptable para verificar la confiabilidad de los instrumentos. La confiabilidad tipo consistencia interna se define como la correlación entre los ítems de una escala y la magnitud en la que se mide el mismo constructo. Campo & Oviedo (2008). Ver Tabla 5 y 6

Tabla 5.

Índice de consistencia interna escala Zung de Ansiedad

Dimensión	Alfa de Cronbach	Interpretación
Síntomas Somáticos	0,820	Adecuado
Síntomas Cognoscitivos	0,673	Aceptable
Aprensión	0,440	Adecuado

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6.

Índice de consistencia interna Enfoques de Bienestar

Dimensión	Alfa de Cronbach	Interpretación
Bienestar Psicológico	0,753	Adecuado
Bienestar Social	0,783	Adecuado
Bienestar Subjetivo	0,755	Adecuado

Fuente: Elaboración propia

En lo relacionado con la información sociodemográfica de las mujeres evaluadas, se encontró la siguiente información: **Ver tabla. 7**

Tabla 7.

Características sociodemográficas de las Mujeres Participante

			Porcentaje
Rango de Edad	Entre 25 y 28	2	11%
	Entre 33 Y35	3	17%
	Entre 40 y 50	9	50%
	Entre 51 y 65	4	22%
	Total	18	100%
Escolaridad	Bachiller Completo	6	33%
	Bachiller Incompleto	4	22%
	Primaria Completa	3	17%
	Primaria Incompleta	2	11%
	Ninguna	3	17%

	Total	18	100%
Estado Civil	Soltera	10	56%
	Unión Libre	8	44%
	Total	18	100%
Con quien viven	Familiares	2	11%
	Hijos	8	44%
	Pareja e Hijos	8	44%
	Total	18	100%
Vivienda	Arrendada	3	17%
	Familiar	3	17%
	Propia	12	67%
	Total	18	100%
Material de la Vivienda	Material	18	100%
Etnia	Afrodescendiente	14	78%
	Indígena	2	11%
	Mestizo	1	6%
	Raizal	1	6%
	Total	18	100%
Empleo	No	14	78%
	Si	4	22%
	Total	18	100%
Lugar de Desplazamiento	Arroyo hondo	1	6%
	Carmen De Bolívar	3	17%
	Córdoba	1	6%
	El Limón Bolívar	1	6%
	María La Baja	4	22%
	Necoclí	1	6%
	Nóvita	1	6%
	Rio Frio Magdalena	1	6%
	San Diego Cesar	1	6%
	San Onofre	2	11%
	Turbaco Bolívar	1	6%
	Vigía Del Fuerte	1	6%
	Total	18	100%
Hechos Victimizantes	Abandono y Despojo	2	11%
	Tortura	1	6%
	No aplica	15	83%
	Total	18	100%
Ayuda del Estado	Si	15	83%
	No	3	17%
	Total	18	100%

Tipo de Ayuda	Auxilio Económico	3	17%
	Humanitaria	3	17%
	Indemnización	3	17%
	Ninguna	3	17%
	Vivienda	5	28%
	Vivienda y Ayuda Humanitaria	1	6%
	Total	18	100%
Frecuencia de Desayuno	Algunas Veces	8	44%
	Nunca	1	6%
	Siempre	9	50%
	Total	18	100%
Frecuencia de Almuerzo	Algunas Veces	9	50%
	Nunca	1	6%
	Siempre	8	44%
	Total	18	100%
Frecuencia de Cena	Algunas Veces	9	50%
	Siempre	9	50%
	Total	18	100%
Estudia Actualmente	Si	5	28%
	No	13	72%
	Total	18	100%

Fuente: Elaboración propia

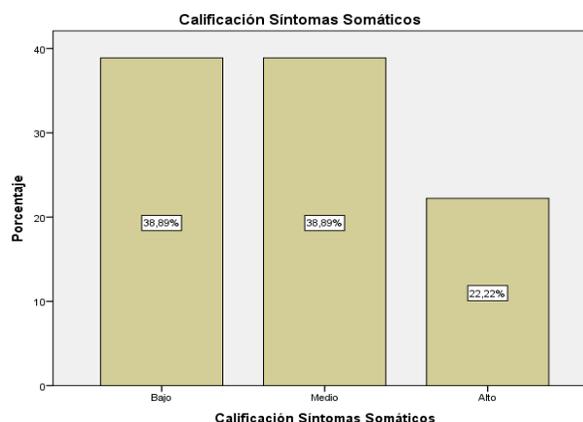
A continuación, se responderán cada uno de los objetivos.

Con relación al primer objetivo, la ansiedad se evaluó utilizando la Escala de Zung que está compuesta por tres dimensiones: síntomas somáticos, síntomas cognoscitivos y aprensión. Con el fin de identificar los niveles de ansiedad en las mujeres evaluadas.

En cuanto a la dimensión síntomas somáticos, se encontró una media de 22,61 una desviación típica de 5,07, con una puntuación mínima de 16,00 y máxima de 32,00, con un coeficiente de variación de 22,42. De acuerdo con los porcentajes halladas por la muestra en la calificación de la escala un 38,89% obtuvo un nivel medio, un 38,89% obtuvo un nivel bajo, y un 22,22% un nivel alto. Ver gráfico 1.

Gráfico 1

Distribución en porcentaje de la muestra evaluada según síntomas somáticos



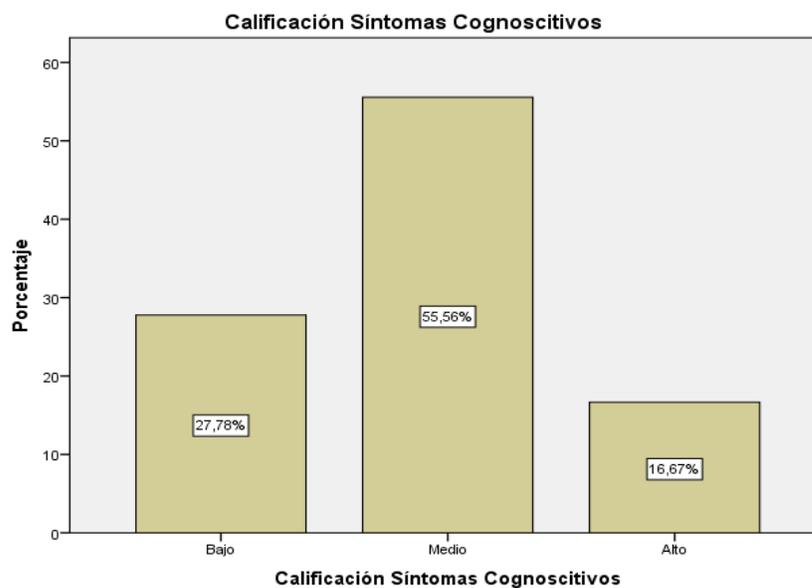
Fuente: elaboración propia

En cuanto a la dimensión síntomas cognoscitivos, se encontró una media de 15,16 una desviación típica de 2,57, con una puntuación mínima de 11,00 y máxima de 21,00, con un coeficiente de variación de 16,95. De acuerdo con los porcentajes hallados por la muestra en la

calificación de la escala un 55,56% obtuvo un nivel medio, un 27,78% obtuvo un nivel bajo, y un 16,67% un nivel alto. Ver gráfico 2

Gráfico 2.

Distribución en porcentaje de la muestra evaluada según síntomas cognoscitivos



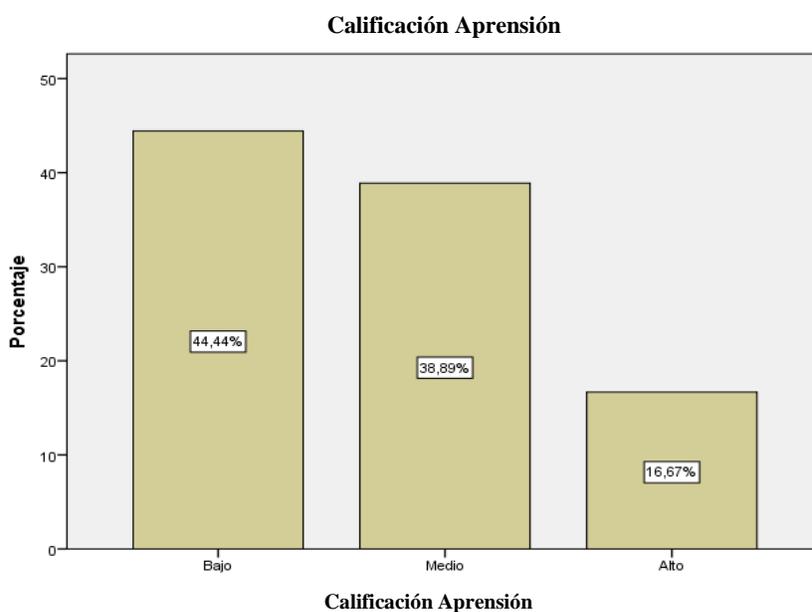
Fuente: elaboración propia

En cuanto a la dimensión Aprensión, se encontró una media de 9,66 una desviación típica de 1,57, con una puntuación mínima de 7,00 y máxima de 12,00, con un coeficiente de variación de 16,25. De acuerdo con los porcentajes hallados por la muestra en la calificación de la escala un 44,44% obtuvo un nivel bajo, un 38,89% obtuvo un nivel medio, y un 16,67% un nivel alto.

Ver gráfico 3.

Gráfico 3.

Distribución en porcentaje de la muestra evaluada según aprensión



Fuente: elaboración propia

Dando respuesta al segundo objetivo de esta investigación que buscó identificar el bienestar psicológico, bienestar social y bienestar subjetivo, en mujeres víctimas de violencia sexual en la ciudad de Cartagena, que han estado en situación de desplazamiento.

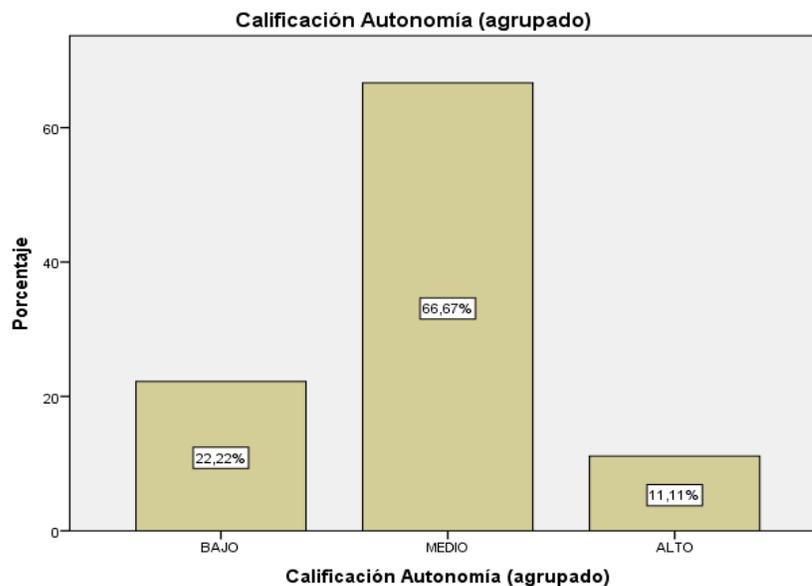
Bienestar Psicológico

Con respecto al bienestar psicológico en la dimensión autonomía, se obtuvo una media de 13,72, una desviación típica de 1,70, con una puntuación mínima de 11,00 y máxima de 18,00, con un coeficiente de variación de 12,39. De acuerdo con los niveles obtenidos por la muestra en

la calificación de la escala un 66,67% obtuvo un nivel medio, un 22,22% obtuvo un nivel bajo, y un 11,11% un nivel alto. Ver Gráfico 4.

Gráfico 4.

Distribución en porcentaje de la muestra evaluada según autonomía

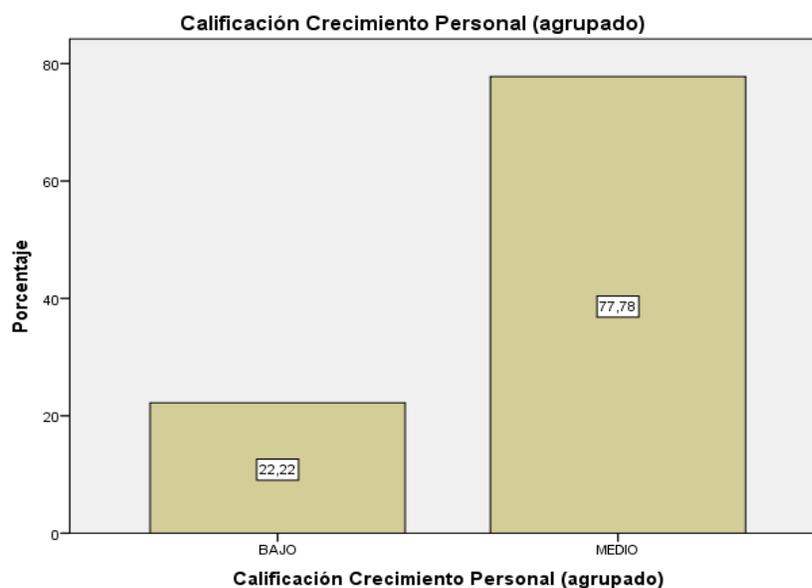


Fuente: elaboración propia

Con respecto al bienestar psicológico en la dimensión crecimiento personal, se obtuvo una media de 10,27, una desviación típica de 2,21, con una puntuación mínima de 5,00 y máxima de 12,00, con un coeficiente de variación de 21,51. De acuerdo con los niveles obtenidos por la muestra en la calificación de la escala un 77,78% obtuvo un nivel medio, un 22,22% obtuvo un nivel bajo. Ver Gráfico 5

Gráfico 5.

Distribución en porcentaje de la muestra evaluada según crecimiento personal.

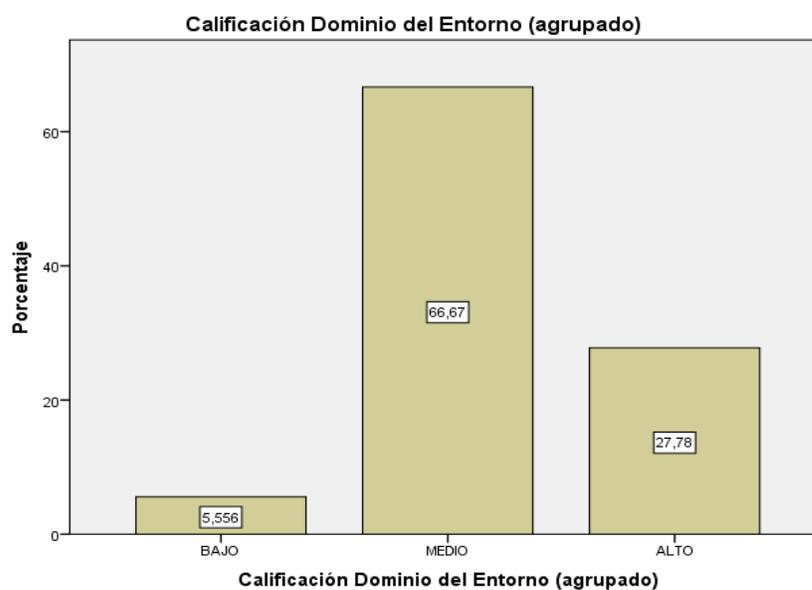


Fuente: elaboración propia

Con respecto al bienestar psicológico en la dimensión dominio del entorno, se obtuvo una media de 10,83, una desviación típica de 2,09 con una puntuación mínima de 7,00 y máxima de 15,00, con un coeficiente de variación de 19,29. De acuerdo con los niveles obtenidos por la muestra en la calificación de la escala un 66,67% obtuvo un nivel medio, un 27,78% obtuvo un nivel alto, y un 5,556% un nivel bajo. Ver gráfico 6

Gráfico 6.

Distribución en porcentaje de la muestra evaluada según Dominio del Entorno

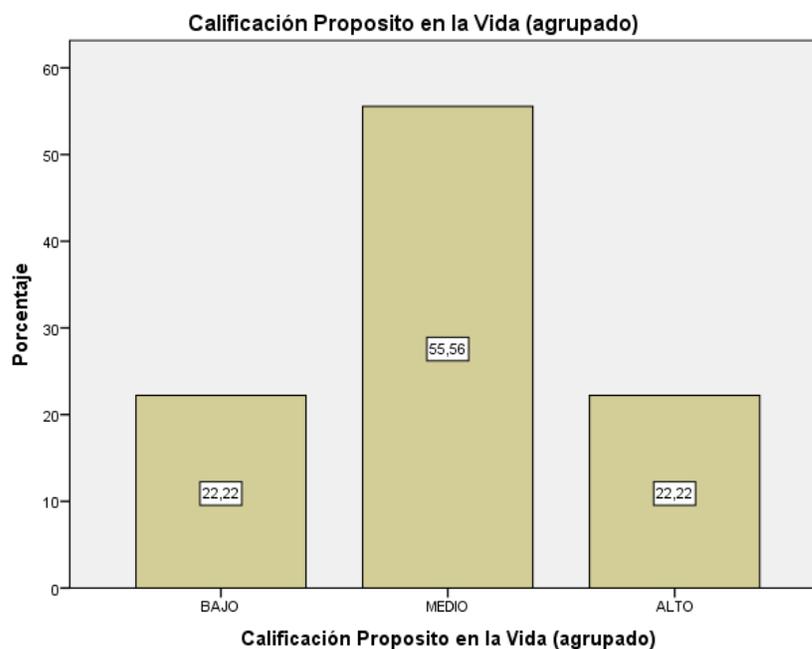


Fuente: elaboración propia

Con respecto al bienestar psicológico en la dimensión propósito en la vida, se obtuvo una media de 12,55 una desviación típica de 2,25 con una puntuación mínima de 7,00 y máxima de 15,00, con un coeficiente de variación de 17,92. De acuerdo con los niveles obtenidos por la muestra en la calificación de la escala un 55,56% obtuvo un nivel medio, un 22,22% obtuvo un nivel bajo, y un 22,22% un nivel alto. Ver Gráfico 7

Gráfico 7.

Distribución en porcentaje de la muestra evaluada según propósito en la vida

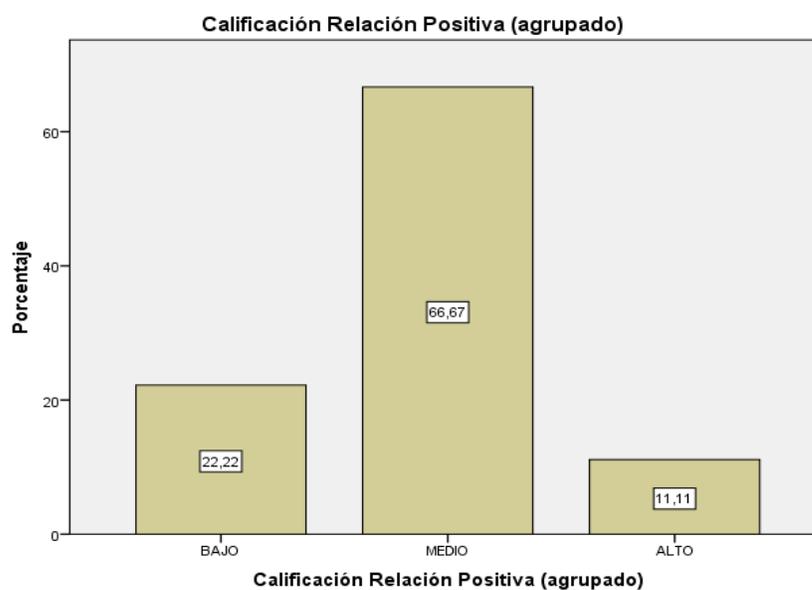


Fuente: elaboración propia

Con respecto al bienestar psicológico en la dimensión relación positiva, se obtuvo una media de 10,38 una desviación típica de 2,19 con una puntuación mínima de 6,00 y máxima de 15,00, con un coeficiente de variación de 21,09. De acuerdo con los niveles obtenidos por la muestra en la calificación de la escala un 66,67% obtuvo un nivel medio, un 22,22% obtuvo un nivel bajo, y un 11,11% un nivel alto. Ver gráfico 8

Gráfico 8.

Distribución en porcentaje de la muestra evaluada según relación positiva

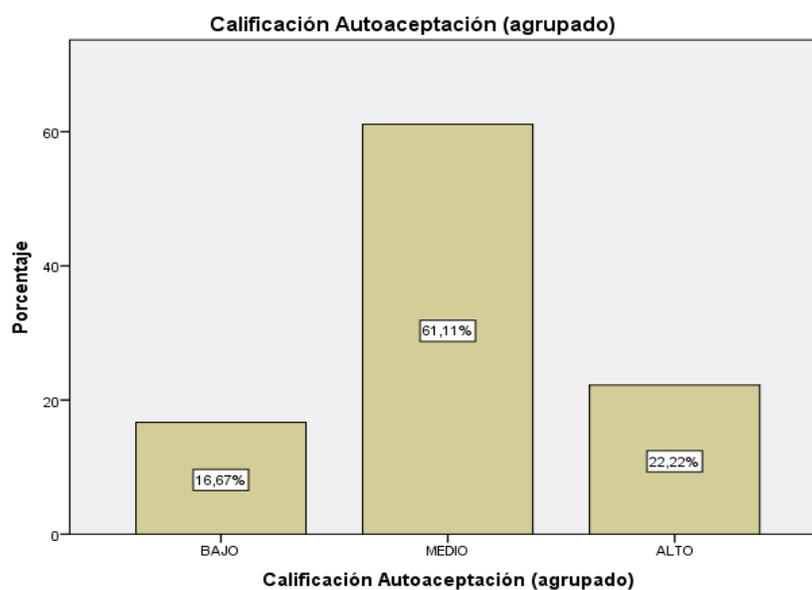


Fuente: elaboración propia

Con respecto al bienestar psicológico en la dimensión autoaceptación, se obtuvo una media de 9,88 una desviación típica de 1,67 con una puntuación mínima de 6,00 y máxima de 12,00, con un coeficiente de variación de 16,90. De acuerdo con los niveles obtenidos por la muestra en la calificación de la escala un 61,1% obtuvo un nivel medio, un 22,22% obtuvo un nivel alto, y un 16,67% un nivel bajo. Ver gráfico 9

Gráfico 9.

Distribución en porcentaje de la muestra evaluada según Autoaceptación



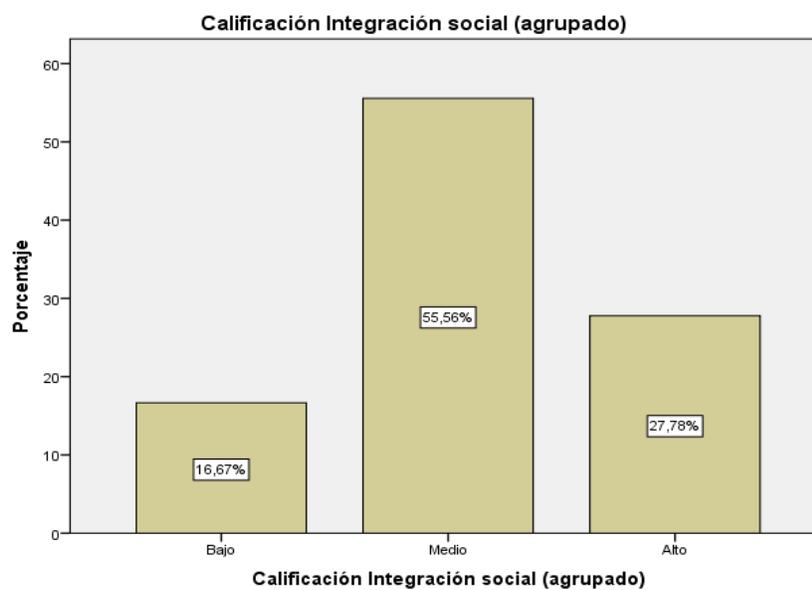
Fuente: elaboración propia

Bienestar Social

Con respecto al bienestar social en la dimensión Integración Social, se obtuvo una media de **11,55**, una desviación típica de 2,87, con una puntuación mínima de 7,00 y máxima de 15,00, con un coeficiente de variación de 23,33. De acuerdo con los niveles obtenidos por la muestra en la calificación de la escala un 55,56% obtuvo un nivel medio, un 27,78% obtuvo un nivel alto, y un 16,67% un nivel bajo. Ver Gráfico 10

Gráfico 10.

Distribución en porcentaje de la muestra evaluada según integración social

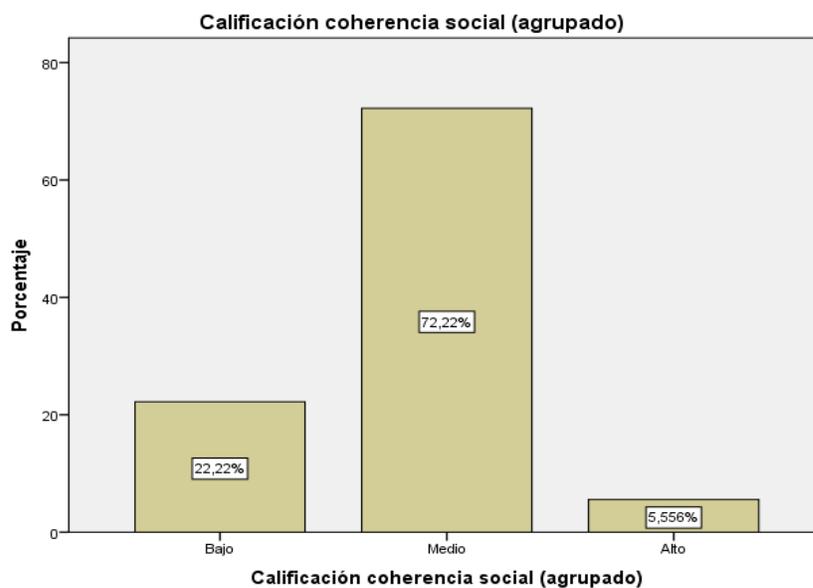


Fuente: elaboración propia

Con respecto al bienestar social en la dimensión Coherencia Social, se obtuvo una media de 8,27, una desviación típica de 2,05, con una puntuación mínima de 4,00 y máxima de 11,00, con un coeficiente de variación de 24,78. De acuerdo con los niveles obtenidos por la muestra en la calificación de la escala un 72,22% obtuvo un nivel medio, un 22,22% obtuvo un nivel bajo, y un 5,55% un nivel alto. Ver Gráfico 11

Gráfico 11.

Distribución en porcentaje de la muestra evaluada según Coherencia Social

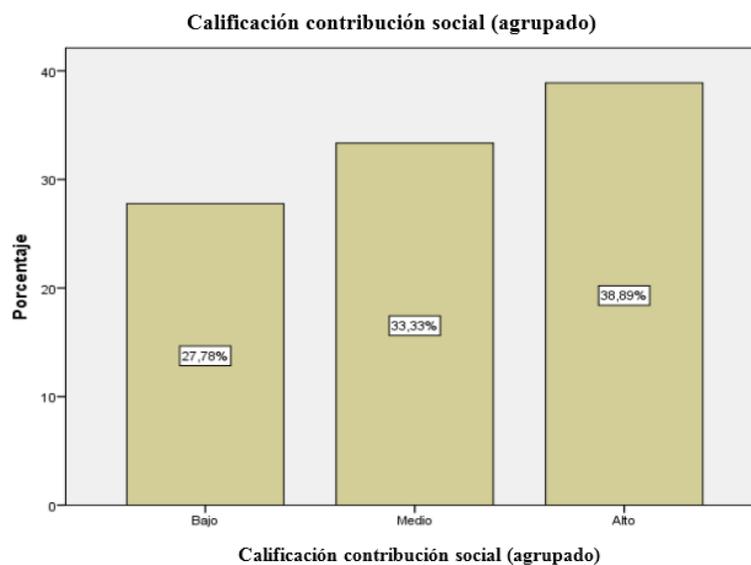


Fuente: elaboración propia

Con respecto al bienestar social en la dimensión Contribución Social, se obtuvo una media de 13,00, una desviación típica de 1,90, con una puntuación mínima de 9,00 y máxima de 15,00, con un coeficiente de variación de 14,61. De acuerdo con los niveles obtenidos por la muestra en la calificación de la escala un 38,89 obtuvo un nivel alto, un 33,33% obtuvo un nivel medio, y un 27,78% un nivel bajo. Ver Gráfico 12

Gráfico 12.

Distribución en porcentaje de la muestra evaluada según contribución social

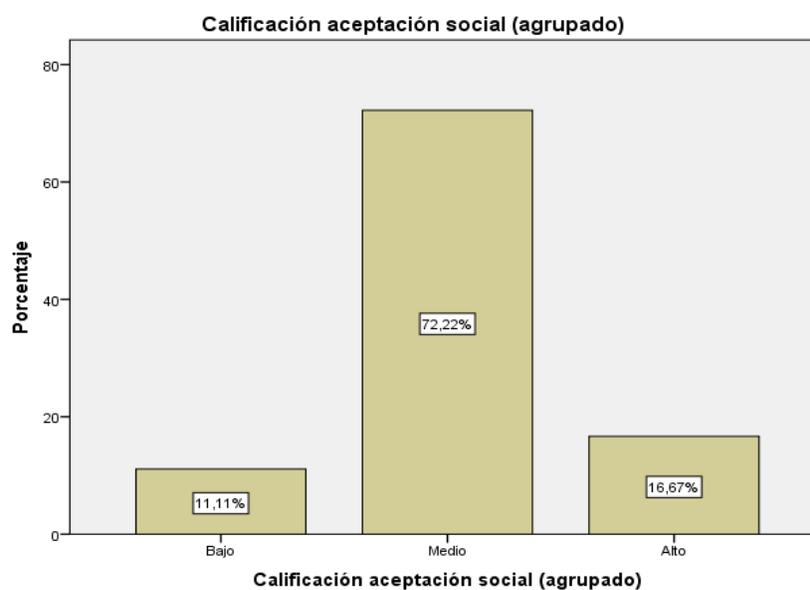


Fuente: elaboración propia

Con respecto al bienestar social en la dimensión Aceptación Social, se obtuvo una media de 11,11, una desviación típica de 2,96, con una puntuación mínima de 6,00 y máxima de 16,00, con un coeficiente de variación de 26,64. De acuerdo con los niveles obtenidos por la muestra en la calificación de la escala un 72,22% obtuvo un nivel medio, un 16,67% obtuvo un nivel alto, y un 11,11% un nivel bajo. Ver Gráfico 13.

Gráfico 13.

Distribución en porcentaje de la muestra evaluada según aceptación social

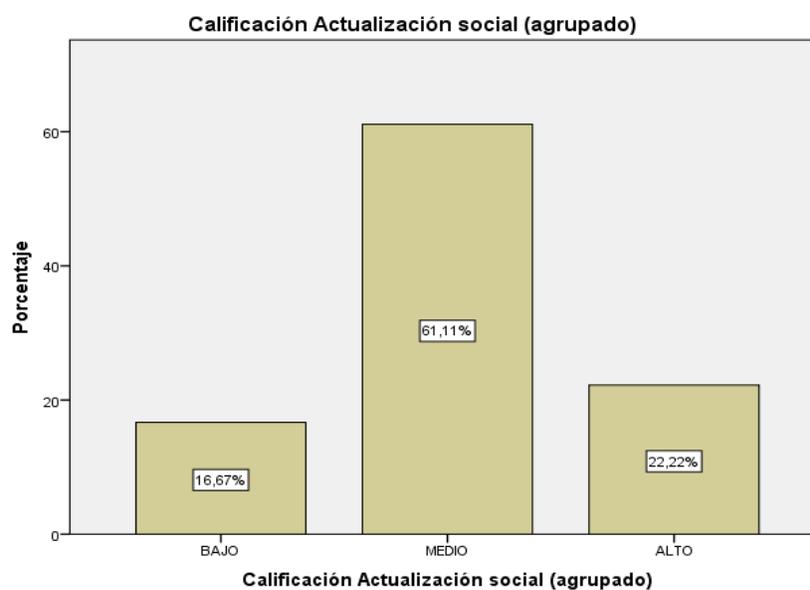


Fuente: elaboración propia

Con respecto al bienestar social en la dimensión Actualización Social, se obtuvo una media de 11,27, una desviación típica de 2,63, con una puntuación mínima de 7,00 y máxima de 15,00, con un coeficiente de variación de 23,33. De acuerdo con los niveles obtenidos por la muestra en la calificación de la escala un 61,11% obtuvo un nivel medio, un 22,22% obtuvo un nivel alto, y un 16,67% un nivel bajo. Ver Gráfico 14

Gráfico 14.

Distribución en porcentaje de la muestra evaluada según actualización social



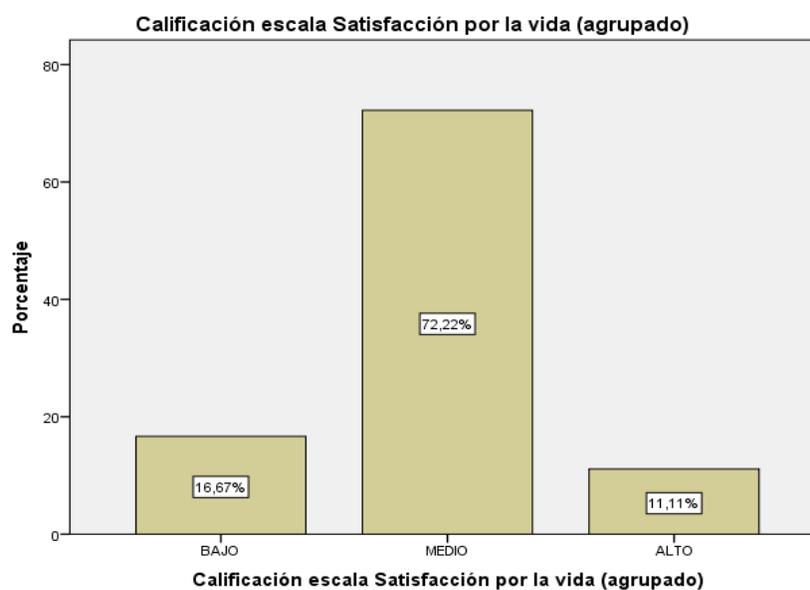
Fuente: elaboración propia

Bienestar Subjetivo

Con respecto al bienestar subjetivo en la dimensión Satisfacción por la Vida, se obtuvo una media de 11,27, una desviación típica de 2,63, con una puntuación mínima de 5,00 y máxima de 15,00, con un coeficiente de variación de 31,16. De acuerdo con los niveles obtenidos por la muestra en la calificación de la escala un 72,22 % obtuvo un nivel medio, un 16,67% obtuvo un nivel bajo, y un 11,11% un nivel alto. Ver gráfico 15

Gráfico 15.

Distribución en porcentaje de la muestra evaluada según satisfacción por la vida



Fuente: elaboración propia

Con el fin de poder identificar si existían diferencias significativas entre los diferentes estratos de la muestra, se realizaron unas tablas cruzadas entre los indicadores de ansiedad y bienestar con algunas variables sociodemográficas.

Referente al estado civil del grupo de mujeres se evidencia que específicamente para la dimensión aprensión los niveles altos en la puntuación de ansiedad se observan mayoritariamente en las mujeres que viven en unión libre. Notándose según la tabla de contingencias diferencias estadísticamente significativa en comparación con las solteras, ver tabla 8.

Tabla 8.

Comparación de niveles de ansiedad dimensión Aprensión según estado civil de las mujeres evaluadas

Calificación Aprensión		Estado civil		Total
		Soltera	Unión libre	
	Recuento	4 _a	4 _a	8
	% dentro de			
Bajo	Calificación Aprensión	50,0%	50,0%	100,0%
	n			
	Recuento	6 _a	1 _b	7
	% dentro de			
Medio	Calificación Aprensión	85,7%	14,3%	100,0%
	n			
	Recuento	0_a	3_b	3
	% dentro de			
	de			
Alto	Calificación	0,0%	100,0%	100,0%
	n			
	Aprensión			
	n			
Total	Recuento	10	8	18
	% dentro de	55,6%	44,4%	100,0%
	Calificación			
	Aprensión			
	n			

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de ESTADO CIVIL categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel ,05.

Fuente: elaboración propia

Referente al grupo de mujeres que presentaron otros hechos victimizantes mostraron puntuaciones bajas en el bienestar psicológico, específicamente en la dimensión crecimiento personal. Notándose según la tabla de contingencia diferencias estadísticamente significativas

Ver tabla. 9.

Tabla 9.

Contingencia Calificación Crecimiento Personal (agrupado) * Otros hechos victimizantes

			Otros hechos victimizantes		Total
			No	Si	
Calificación Crecimiento Personal (agrupado)	Bajo	Recuento	2 _a	2 _b	4
		% Dentro de Calificación Crecimiento Personal (agrupado)	50,0%	50,0%	100,0%
	Medio	Recuento	13 _a	1 _b	14
		% dentro de Calificación Crecimiento Personal (agrupado)	92,9%	7,1%	100,0%
Total		Recuento	15	3	18
		% dentro de Calificación Crecimiento Personal (agrupado)	83,3%	16,7%	100,0%

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de OTROS HECHOS VÍCTIMIZANTES categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel ,05.

Fuente: elaboración propia

El grupo de mujeres que presentaron otros hechos victimizantes como: tortura, abandono y despojo tienen niveles de ansiedad más bajos que el resto, ya que el total de personas que obtuvieron puntuaciones bajas en el bienestar psicológico, específicamente en la dimensión autoaceptación (3), un 33,3% de ellas (1) no tienen otros hechos victimizantes. Notándose según la tabla de contingencia diferencias estadísticamente significativa (a-b). Ver tabla 10.

Tabla 10.

Contingencia Calificación Autoaceptación (agrupado) * Otros hechos víctimizantes

		Otros hechos víctimizantes		Total	
		No	Si		
Calificación Autoaceptación (agrupado)	Bajo	Recuento	1 _a	3	
		% dentro de Calificación Autoaceptación (agrupado)	33,3%	66,7%	100,0%
	Medio	Recuento	10 _a	1 _a	11
		% dentro de Calificación Autoaceptación (agrupado)	90,9%	9,1%	100,0%
	Alto	Recuento	4 _a	0 _a	4
		% dentro de Calificación Autoaceptación (agrupado)	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	15	3	18	
	% dentro de Calificación Autoaceptación (agrupado)	83,3%	16,7%	100,0%	

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de OTROS HECHOS VÍCTIMIZANTES categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel ,05.

Fuente: elaboración propia

Se presentaron niveles de ansiedad altos en las mujeres que se encuentran empleadas, a diferencia de las mujeres desempleadas, las cuales obtuvieron puntuaciones altas en la ansiedad, específicamente en la dimensión Aprensión. Observándose en la tabla de contingencia diferencias estadísticamente significativa. **Ver tabla. 11**

Tabla 11.

Contingencia Calificación Aprensión * EMPLEO

			Empleo		Total
			No	Si	
Calificación Aprensión	Bajo	Recuento	7 _a	1 _a	8
		% dentro de Calificación Aprensión	87,5%	12,5%	100,0%
	Medio	Recuento	6 _a	1 _a	7
		% dentro de Calificación Aprensión	85,7%	14,3%	100,0%
	Alto	Recuento	1 _a	2 _b	3
		% dentro de Calificación Aprensión	33,3%	66,7%	100,0%
Total	Recuento	14	4	18	
	% dentro de Calificación Aprensión	77,8%	22,2%	100,0%	

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de EMPLEO categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel ,05.

Fuente: elaboración propia

Referente al total de personas que obtuvieron puntuaciones bajas en el bienestar psicológico, específicamente en la dimensión crecimiento personal (4), un 50% de ellos (2) son de etnia afrodescendiente, el 25% de ellos (1) es mestizo y el 25% de ellos (1) es raizal. Notándose según la tabla de contingencia diferencia estadísticamente significativa entre afrodescendientes, raizales y mestizos. **Ver tabla. 12**

Tabla 12.

Contingencia Calificación Crecimiento Personal (agrupado) * ETNIA

		Etnia				Total	
		Afrodescen diente	Indígena	Mestizo	Raizal		
Calificación Crecimiento Personal (agrupado)	Bajo	Recuento	2 _a	0 _{a, b}	1 _b	1 _b	4
		% dentro de Calificación Crecimiento Personal (agrupado)	50,0%	0,0%	25,0%	25,0%	100,0%
	Medio	Recuento	12 _a	2 _{a, b}	0 _b	0 _b	14
		% dentro de Calificación Crecimiento Personal (agrupado)	85,7%	14,3%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	14	2	1	1	18
		% dentro de Calificación Crecimiento Personal (agrupado)	77,8%	11,1%	5,6%	5,6%	100,0%

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de ETNIA categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel ,05.

Fuente: elaboración propia

Referente a la etnia el grupo raizal tiene niveles más bajos de bienestar psicológico específicamente en la dimensión propósito en la vida (4), un 50% de ellos (2) son de etnia afrodescendiente, que el resto de las etnias. Notándose según la tabla de contingencia diferencias estadísticamente significativa. Ver Tabla. 13.

Tabla 13.

Contingencia Calificación Propósito en la Vida (agrupado) * ETNIA

Calificación			Etnia				Total
			Afrodescendiente	Indígena	Mestizo	Raizal	
Propósito en la Vida (agrupado)	Bajo	Recuento	2 _a	1 _{a, b}	0 _{a, b}	1 _b	4
		% dentro de Calificación Propósito en la Vida (agrupado)	50,0%	25,0%	0,0%	25,0%	100,0%
	Medio	Recuento	9 _a	0 _a	1 _a	0 _a	10
		% dentro de Calificación Propósito en la Vida (agrupado)	90,0%	0,0%	10,0%	0,0%	100,0%
	Alto	Recuento	3 _a	1 _a	0 _a	0 _a	4
		% dentro de Calificación Propósito en la Vida (agrupado)	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	14	2	1	1	18	
	% dentro de Calificación Propósito en la Vida (agrupado)	77,8%	11,1%	5,6%	5,6%	100,0%	

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de ETNIA categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel ,05.

Fuente: elaboración propia

Referente a la etnia el grupo raizal tiene niveles más bajos de bienestar psicológico, específicamente en la dimensión relación positiva en la vida (4), un 50% de ellos (2) son de etnia afrodescendiente que el resto de las etnias. Notándose según la tabla de contingencia diferencias estadísticamente significativa. **Ver tabla. 14**

Tabla 14.

Contingencia Calificación Relación Positiva (agrupado) * ETNIA

			Etnia				Total
			afrodescen diente	indígena	mestizo	raizal	
Calificación Relación Positiva (agrupado)	Bajo	Recuento	2 _a	1 _{a, b}	0 _{a, b}	1 _b	4
		% dentro de Calificación Relación Positiva (agrupado)	50,0%	25,0%	0,0%	25,0%	100,0%
	Medio	Recuento	10 _a	1 _a	1 _a	0 _a	12
		% dentro de Calificación Relación Positiva (agrupado)	83,3%	8,3%	8,3%	0,0%	100,0%
	Alto	Recuento	2 _a	0 _a	0 _a	0 _a	2
		% dentro de Calificación Relación Positiva (agrupado)	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	14	2	1	1	18	
	% dentro de Calificación Relación Positiva (agrupado)	77,8%	11,1%	5,6%	5,6%	100,0%	

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de ETNIA categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel ,05.

Fuente: elaboración propia

Referente a la etnia el grupo raizal tiene niveles más bajos en el bienestar psicológico, específicamente en la dimensión aceptación social (2), un 50% de ellos (2) son de etnia afrodescendiente a diferencia de las otras etnias. Notándose según la tabla de contingencia diferencias estadísticamente significativa. **Ver tabla. 15**

Tabla 15.

Contingencia Calificación aceptación social (agrupado) * ETNIA

		Etnia				Total	
		Afrodescen diente	Indígena	Mestizo	Raizal		
Calificación aceptación social (agrupado)	Bajo	Recuento	1 _a	0 _{a, b}	0 _{a, b}	1 _b	2
		% dentro de Calificación aceptación social (agrupado)	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%
	Medio	Recuento	11 _a	1 _a	1 _a	0 _a	13
		% dentro de Calificación aceptación social (agrupado)	84,6%	7,7%	7,7%	0,0%	100,0%
	Alto	Recuento	2 _a	1 _a	0 _a	0 _a	3
		% dentro de Calificación aceptación social (agrupado)	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	14	2	1	1	18
		% dentro de Calificación aceptación social (agrupado)	77,8%	11,1%	5,6%	5,6%	100,0%

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de ETNIA categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel ,05.

Fuente: elaboración propia

Con respecto al tercer objetivo, el cual, pretende evidenciar la correlación existente entre la experiencia de ansiedad y el bienestar psicológico, subjetivo y social en mujeres víctimas de violencia sexual y desplazamiento en la ciudad de Cartagena, se hizo uso del Coeficiente de

correlación de Pearson. Por lo que Hernández, R. et al. (2003), manifiesta que el estadístico permite:

- Examinar si las modificaciones en una variable son consistentes entre las variables identificadas, cuando se presentan relaciones estadísticas significativas.
- Identificar si la relación es positiva o negativa entre la correlación de las variables.
- Conocer el nivel de significancia estadística entre la relación de las variables.

Tras la ejecución del análisis de correlación efectuado entre la ansiedad y el bienestar psicológico, no se evidenció correlación estadísticamente significativa entre las variables de Ansiedad (síntomas somáticos) y bienestar psicológico.

En cuanto a la dimensión de Ansiedad (Síntomas cognoscitivos) y la dimensión Auto aceptación (Bienestar Psicológico) se obtuvo una correlación de $r = -0,0473$ ($p=0,048$), cabe destacar que el signo sea este positivo o negativo muestra, ya sea el incremento o disminución de una variable, y proporcionalmente el aumento en el valor de la otra variable, para el caso del presente valor del coeficiente de correlación y su signo indica que al aumentar los síntomas cognoscitivos, disminuye la auto aceptación. Ver tabla 16

Tabla 16.

Correlaciones Síntomas Cognoscitivos Vs Bienestar Psicológico

Puntuación Auto Aceptación	Puntuación Autonomía	Puntuación Crecimiento Personal	Puntuación Dominio del Entorno	Puntuación Propósito en la Vida	Puntuación Relación Positiva
----------------------------	----------------------	---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------

Puntuación	Correlación de	-,473*	-,283	,053	-,093	,166	-,230
Síntomas	Pearson						
Cognoscitivos	Sig. (bilateral)	,048	,255	,834	,714	,511	,358
	N	18	18	18	18	18	18

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: elaboración propia

En esta misma línea, el análisis entre las variables Ansiedad (aprensión) y el bienestar psicológico no se evidenciaron ninguna correlación en su puntuación y el nivel de significancia estuvo por encima de **0.5**.

Continuando con el análisis de esta investigación se muestra que no existe correlación entre la ansiedad (síntomas somáticos, cognoscitivos y aprensión) y el bienestar social. Además, entre el bienestar subjetivo y la ansiedad tampoco se encontró correlación.

En relación al último objetivo de esta investigación; “construir una ruta de atención y prevención de la ansiedad, desde el enfoque de bienestar, en mujeres víctimas de violencia sexual en la ciudad de Cartagena, que han estado en situación de desplazamiento.”

Como resultado se tiene que en Colombia a lo largo de la historia del conflicto se han realizado guías para el trabajo con personas víctimas del abuso sexual una de ellas fue sustentada bajo la resolución 412 de 2000, (citado en la Guía de promoción de la salud ,2007) para los menores maltratados y la mujer maltratada, esto se hizo con el Ministerio de la Protección Social. La Guía está vigente y muestran las gestiones que desde el área de la salud se deben ejecutar cuando se dan casos relacionados con: violencia sexual, de pareja e intrafamiliar.

La Ley 1257 de 2008, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, define el daño o sufrimiento

sexual como las consecuencias que provienen de la acción consistente en obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considera daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.

El Código Penal Colombiano bajo el título denominado “Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales” castiga entre otras las conductas de acceso carnal violento, acto sexual violento, acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad para resistir y los actos sexuales abusivos.

Desde nuestra experiencia como profesionales en psicología hemos observado que en los territorios las distintas organizaciones gubernamentales han realizado formaciones constantes en las instituciones locales y nacionales, pero no están siendo aplicadas por el mismo sistema y en muchos casos los profesionales que se desempeñan en el área de salud desconocen las acciones a seguir.

Por lo anterior se generan dificultades en el sistema para la atención de las personas víctimas de violencia sexual, ya que no son ejecutados efectivamente y esto influye en la oportuna y efectiva atención.

Las personas con antecedentes de violencia sexual asisten a los espacios de salud a pesar de su vulneración por el evento ocurrido, muchas veces con temores e incertidumbres por no tener la certeza de cómo serán tratados. En este espacio requieren de un trato humanizado que les permitan retomar el autocontrol de sus emociones y sensaciones, la dignidad y el valor sobre su propio cuerpo. Teniendo en cuenta que la atención prestada por las entidades de salud debe ser con ética, respeto, restauradora y dignificante que les ayude a recobrar la confianza que perdieron

a partir de los acontecimientos ocurridos. Igualmente se tendrá que responder frente a los elementos médicos obligatorios para la ejecución de estas rutinas, procesos e intrusiones.

Por lo anterior desde la aplicación de esta investigación se observaron vacíos en el proceso de atención y reivindicación de las víctimas a pesar de soportarse a nivel jurídico y legal, bajo las leyes de reparación a las víctimas, cuyo fin último es la defensa de los derechos como: la verdad, justicia y reparación integral.

Los principios como: dignidad, igualdad, participación, buena fe, enfoque diferencial.

Las medidas como: ayuda humanitaria, asistencia y atención.

La reparación integral como: restitución, satisfacción, rehabilitación, indemnización, y garantías de no repetición.

Frente a esto surge la necesidad de retomar, plantear y construir una ruta de atención y prevención de la ansiedad, desde el enfoque de bienestar, en mujeres víctimas de violencia sexual en la ciudad de Cartagena, que han estado en situación de desplazamiento.

Para lo cual se propone adelantar algunas acciones con las mujeres objeto de esta investigación, con el fin de mitigar un poco las cicatrices que han dejado la violencia sexual y el desplazamiento en ellas.

Paralelo a la aplicación de las escalas que se señalaron en esta investigación, se realizaron talleres vivenciales a través de los cuales las mujeres pudieron expresar algunas de sus vivencias traumáticas.

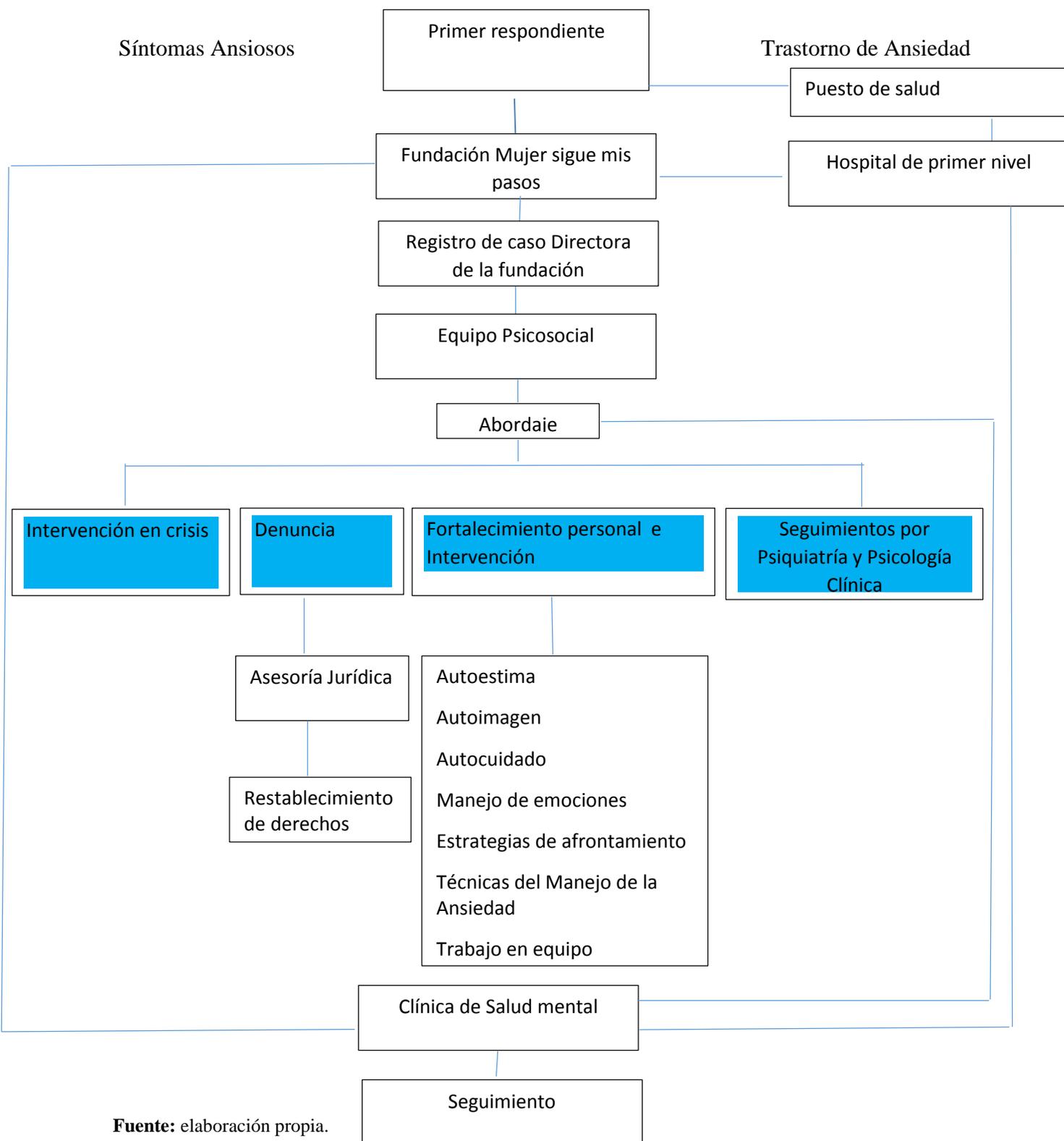
Es por ello que las mujeres víctimas del conflicto armado requieren de atención integral, con el fin de reparar las situaciones acontecidas del pasado. Para ello se plantea la ruta a través de 3 fases fundamentales. (Ver esquema y tabla 17).

Esquema 1.

Ruta de atención y prevención de la ansiedad

Síntomas Ansiosos

Trastorno de Ansiedad



Fuente: elaboración propia.

Tabla 17.

Se clarifica la ruta a través de 3 fases fundamentales

Fase I	Fase II	Fase III
Atención por salud	Caracterización de la población	Fortalecimiento personal. (autoestima, autocuidado, autoimagen, manejo de emociones, trabajo en equipo, Estrategias de afrontamiento y técnicas para el manejo de la Ansiedad. Seguimiento interdisciplinario
Atención en salud mental (Psicología, Visita domiciliaria psiquiatría y Trabajo Social)		
Denuncia	Atención interdisciplinaria	Vinculación a espacios comunitarios.
Asesoría Jurídica	Remisiones a Psiquiatría, Psicología clínica y trabajo social de acuerdo a la complejidad de los síntomas.	Facilitar espacios formativos en artes u oficios. Aportes económicos para unidades de negocios y fuentes generadoras de ingresos

Fuente: elaboración propia

10. Análisis de Resultados

De acuerdo a los objetivos de esta investigación y en relación con los resultados arrojados a partir de la aplicación de las escalas, se da inicio al contraste de los resultados con los elementos teóricos que los sustentan, los cuales son planteados por los autores citados en el marco teórico del presente estudio.

Realizando una revisión en lo que concierne a la ansiedad De la Ossa, Martínez, Herazo & Campos (2009), expresan que la ansiedad es uno de los trastornos más frecuentes en Colombia, que aproximadamente el 40% de la población presentan síntomas ansiosos con relevancia clínica y otro 20% presentan un trastorno de ansiedad específico.

Para iniciar con un análisis de las implicaciones empíricas y teóricas de los resultados obtenidos, específicamente en lo relacionado con el primer objetivo específico de esta investigación, se hace necesario tener en cuenta las teorías etiológicas y de mantenimiento de la ansiedad (Barlow, 2002 citado por Gantiva, C. et al. 2010), en las cuales se resaltan los rasgos comunes de la ansiedad tales como: síntomas fisiológicos, cognoscitivos, conductuales y afectivos, éstos rasgos tienen una relación estrecha con las dimensiones de la Escala de Zung: síntomas somáticos, síntomas cognoscitivos y aprensión que fue aplicada a la muestra evaluada.

Referente a los síntomas somáticos, se evidenció que más de la mitad de las participantes obtuvieron sintomatologías en un nivel entre medio y alto, los cuales se relacionan con la investigación realizada por Cogollo, J (2014), quien encontró que las mujeres identifican los síntomas de ansiedad que presentan a diario, como: inquietud, miedo, ataques de terror y de pánico, temblores y nervios, estado de alerta y tensión constantes. Lo anterior converge con la clasificación de los síntomas fisiológicos, manifestados por Barlow, (2002) citado por Gantiva, C. et al. (2010). Cabe destacar que las mujeres objeto de este estudio presentaron síntomas

somáticos, como: mareo, temblor, debilidad, inestabilidad y músculos tensos, los cuales aparecen cuando evocan el evento traumático o cuando están expuestas a situaciones en las que sienten que sus vidas están en peligro. Cogollo (2014), retoma que los síntomas de ansiedad afloran cuando “las mujeres se enfrentan a situaciones personales, familiares o sociales que les generan estrés, o sin la existencia de estímulos reconocidos en el medio ambiente”. Esos síntomas generan malestar en las mujeres, por lo que inciden de manera significativa en su vida cotidiana, es por ello que en el DSM IV, se plantea que la ansiedad, o los síntomas físicos producen un deterioro importante en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas relevantes.

En cuanto a los síntomas cognoscitivos cerca de dos terceras partes de las mujeres evaluadas obtuvieron niveles de sintomatología entre medio y alto. En cuanto a las implicaciones de las sintomatologías cognoscitivas coinciden tanto en la clasificación, como en la definición con la teoría explicada por Barlow, 2002 citado por Gantiva, C. et al. 2010), evidenciándose que en las mujeres evaluadas existe: miedo a perder el control, miedo al daño físico o a la muerte, miedo a la evaluación negativa de los demás; pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes.

En cuanto a la dimensión Aprensión, cerca de la mitad de las mujeres se halló un nivel entre medio y alto. Estudios realizados en Colombia con adultos víctima del conflicto armado, encontraron que existe comorbilidad entre tept, ansiedad y depresión (Bell et al., 2012). Igualmente, Londoño, Romero, & Casas (2012), reportaron que entre el 25.7% al 32.5%, prevalecen síntomas de ansiedad, entre 61% y 73.8% trastorno de somatización, entre 23.8% a 38.1% abuso de alcohol y entre 4.7% y 11.9% trastornos de alimentación.

Se evidencia en la población evitación de las señales o situaciones de amenaza; alejamiento, inquietud, agitación, hiperventilación. Además, se muestran en ocasiones nerviosas, tensas, asustadas, temerosas y frustradas, lo que es argumentado por Romero, E (2008), quién plantea un conjunto de manifestaciones comportamentales y expresivas del estado de ánimo

ansioso tales como: tensión o intranquilidad motora, disminución del umbral de alerta (o mayor sensibilidad), disminución relativa de la tensión dirigida y la concentración, provocada por contratiempos que en condiciones normales no afectarían al sujeto.

Las teorías descritas anteriormente toman fuerza cuando se escucha desde el discurso de las mujeres víctimas de violencia sexual en situación de desplazamiento, frases que aún perturban su mente y se escuchan a través de su corporalidad.

- “Cualquier ruido me asusta”
- “Cuando recuerdo la violación el cuerpo se pone caliente y pesado”
- “Siento una opresión o dolor en el pecho”
- “Me acuesto a dormir y siempre existe el sobresalto de ese feo momento”

El segundo objetivo, hace énfasis en el bienestar psicológico, social y subjetivo.

Bienestar psicológico:

El bienestar psicológico se evidencia en el discurso de las mujeres cuando manifiestan frases como:

- “Uno no tiene que estar confiando en nadie”.
- “Yo estoy estudiando para ayudar a mis hijos”.
- “Yo quiero trabajar”

Las personas desplazadas se ven obligadas a adaptarse a contextos nuevos, los cuales son distintos y con nuevas exigencias, donde requieren de recursos psicológicos propios, como autonomía, deseos de crecimiento, dominio del entorno, propósito en la vida, relación positiva y auto-aceptación. Por lo que Blanco & Valera (2007) afirman que el bienestar psicológico pretende que el individuo utilice estrategias eficientes que tengan congruencia entre intereses y esfuerzos,

con el fin de ponerlas en prácticas en contextos determinados. Este se ve afectado cuando el individuo no comprende su cultura en relación consigo mismo, cuando no busca soluciones y oportunidades que le faciliten actuar de manera asertiva.

Igualmente en otras investigaciones sobre el bienestar psicológico (Little, 1983; Emmons, 1992, citados por Castro & Sánchez, 2000) afirman que el bienestar está relacionado con metas, objetivos, planes, y específicamente con el proyecto de vida, y demostraron que el nivel de satisfacción va de la mano con el nivel de estructuración de su proyecto de vida, evidenciándose que a pesar de los eventos ocurridos en el pasado algunas mujeres se encuentran trabajando en la reorientación de su proyecto de vida, para darle sentido a sus vidas, aunque algunas en ocasiones comparan su pasado con su presente, específicamente cuando las necesidades básicas no están satisfechas.

Investigaciones realizadas por Chávez & Bohórquez (2011) corroboraron que las dificultades en las relaciones con el otro de las mujeres desplazadas se deben al poco tiempo, ya que el que tienen lo invierten en la obtención de recursos económicos para satisfacer las necesidades de sus familias y para mantener espacios seguros para sus hijos afirmando que los entornos no son los adecuados para el desarrollo integral.

Lo anterior lo podemos relacionar con lo que encontramos en la muestra seleccionada, ya que las mujeres sostienen relaciones asertivas con sus pares y personas cercanas con las que tienen vínculo afectivo, aunque se observa que en algunas de ellas aún persisten sintomatologías que impiden relacionarse con el otro. Además, se halló que los espacios donde habitan las mujeres no brindan seguridad y protección a sus habitantes, viéndose expuestas a riesgos psicosociales (pandillas, drogadicción, pobreza extrema, entre otros) y ambientales (aguas contaminadas,

presencia de roedores, etc), que no favorecen la sana convivencia y generan síntomas ansiosos en las mujeres.

En esta misma línea Manrique, Martínez & Turizo (2008), sostienen que las víctimas desplazamiento forzado tienen deteriorado el bienestar por la presencia de cogniciones irracionales y a actitud fatalista, genera en las personas dificultad para establecer relaciones de confianza y empatía con el otro.

Bienestar Social:

Las mujeres desplazadas, que tienen participación activa en la comunidad se le facilitará la readaptación y el bienestar social Romero (2006). En el mismo sentido Romero, Arciniegas, Jiménez (2005); Martín (1999), manifiestan que las habilidades que se utilicen para afrontar la realidad actual les permitirá reconstruir el tejido social, teniendo claro el concepto de bienestar y las redes de apoyo social, generando así cambio social.

Dentro de la muestra encontramos que algunas mujeres no se consideran parte del mundo, mientras el resto de las evaluadas, se consideran una parte del mundo, por lo que coinciden con lo afirmado por Keyes (1998) “el individuo se considera parte de una sociedad y puede contribuir a la misma”, evidenciándose que hacen parte de la Fundación “Mujer sigue mis pasos”, que busca el restablecimiento de derechos y motiva a las otras a denunciar hechos victimizantes y a no permitir ningún tipo de revictimización, por lo que de esta manera le están aportando al mundo para visibilizar la violencia sexual y garantizar la no repetición, y de esa manera lograr una paz estable y duradera.

En esta misma línea Thomas et al., (2016), describe que en Sri Lanka, los niños, niñas y jóvenes víctimas del conflicto armado y que a su vez son desplazados muestran cambios significativos al interior de la familia, debido al distanciamiento de sus redes vinculares y a su

ambiente social, notándose afectaciones en la construcción de su sociedad; notándose que las mujeres, no confían en las personas y afirman que las personas no piensan en el otro y en su bienestar, de igual forma manifestaron que, no creen en las instituciones gubernamentales, no evidencian el progreso y que la sociedad no le brinda oportunidades para superarse y cambiar.

Un claro ejemplo del bienestar social, lo podemos observar cuando una mujer en su discurso afirmo que:

- “Yo me he dedicado a acompañar a las mujeres víctimas a denunciar y a defender sus derechos”
- “ No confió en el gobierno y en sus oficinas, todos son corruptos”
- “El gobierno lo único que me ha dado es casa, y mis otras necesidades donde quedan...no han hecho casi nada por nosotras”

Para finalizar, Diener, E. (2005) plantea que el bienestar subjetivo hace referencia a “las diferentes evaluaciones positivas y negativas que hacen los seres humanos de sus vidas”, específicamente en la dimensión satisfacción por la vida, encontramos que las mujeres que experimentaron violencia sexual y desplazamiento en el marco del conflicto armado, actualmente presentan autoestima deteriorada y síntomas ansiosos, notándose que le han dado un significado negativo a la vivencia, por ejemplo “Antes tenía alimentos y ahora no tengo para comer, paso hambre”, lo anterior se puede comparar con la investigacioness realizadas por Shemyakina,O., Plagnol, A. (2012) quienes estudiaron sobre el conflicto armado en Bosnia- Herzegovina, hallando que experiencias en la guerra causan traumas y alteraciones en el bienestar subjetivo.

Desde otro punto de vista Lucas (2007) y Veenhoven (1991), afirman que el bienestar subjetivo, va modificándose debido a que las personas a lo largo de su vida van cambiando de necesidades y valores, se crean nuevas preferencias y aspiraciones.

Los resultados arrojados en el tercer objetivo, muestra una correlación entre la Ansiedad (Síntomas cognoscitivos) y la dimensión Auto aceptación (Bienestar Psicológico), lo que indica que, al aumentar los síntomas cognoscitivos, disminuye la auto aceptación. Referente a los síntomas cognoscitivos las mujeres presentaron y presentan insomnios, temor, terrores nocturnos y sensación de derrumbarse, los cuales inciden en la autoaceptación, las personas, se consideran negativos, por lo que se les dificulta identificar fortalezas y debilidades, Ryff (1989).

Lo mencionado antes señala que el evento traumático ha desarrollado en las mujeres dificultad para conocer quiénes son, identificar fortalezas y limitaciones, aumentando la presencia de síntomas, que puede causarles menos sentimientos positivos, teniendo en cuenta lo manifestado por Ryff (1989) se puede inferir que las mujeres “no se sienten satisfechas con el self y no están desacuerdo con lo ocurrido en el pasado”.

Para finalizar el último objetivo de esta investigación, facilitará las futuras intervenciones a poblaciones que compartan características similares a las de la población objeto de estudio, debido a que existen investigaciones realizadas por Bell, Méndez, Martínez, Palma, & Bosch, (2012) señalan que las afectaciones más significativas de la salud mental, están relacionadas con estrés postraumático, ansiedad y depresión.

En este caso la ruta va dirigida a la atención de la ansiedad desde el enfoque bienestar, con el fin de que las víctimas reciban una atención integral que abarque todas las áreas del desarrollo y permita la reorientación de su proyecto de vida, resaltando que la vivencia generada en el marco del conflicto armado, tiene una incidencia significativamente de hasta ocho años después del evento, lo que fue evidente en las mujeres. Por lo que se recomienda atención psicológica, intervención en crisis y atención especializada, las cuales son necesarias para las víctimas. (Shemyakina & Plagnol, 2013).

Conclusiones

Esta investigación pretendió describir la experiencia de ansiedad, desde el enfoque de bienestar, en mujeres víctimas de violencia sexual en la ciudad de Cartagena, que han estado en situación de desplazamiento.

Teniendo presente el análisis de los resultados se puede afirmar que los síntomas de ansiedad experimentados a partir de las experiencias traumáticas relacionadas con la violencia sexual y el desplazamiento, han dejado en las mujeres evaluadas afectaciones en la salud mental, específicamente en el bienestar psicológico, notándose en la incapacidad que tienen las mujeres de construir relaciones, confiar en el otro, utilizar estrategias de afrontamiento, enfrentar las circunstancias difíciles, afanes diarios, como las situaciones a nivel personal, familiar y social. Se resalta que muy pocas de estas mujeres logran ser autónomas, manejar sus emociones y enfrentar su entorno.

Lo anterior se puede relacionar con el bienestar social, ya que a las mujeres objeto del presente estudio se les dificulta entablar relaciones con el otro, debido a que se han fragmentado y se ha perdido la confianza, por lo que utilizan la evitación como estrategia para protegerse, con el fin de que el otro no represente daño, ni sufrimiento. Además, se le adiciona los problemas relacionados con las ayudas brindadas por el estado que pretenden brindar estabilidad económica y psicosocial, pero al no cumplirse o haber llegado en el tiempo propicio genera en las mujeres ansiedad y alteraciones en los estados de bienestar y sumado a ello estas mujeres no logran establecer redes de apoyo que generen un soporte que facilite la reorientación de su proyecto de vida a partir de sus nuevas realidades, lo que puede llegar a originar trastornos mentales que deterioren su vida y la de sus familias.

Por otro lado, el hecho de no sentirse parte de la sociedad y el no confiar en las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, provocan síntomas ansiosos, relacionados con la salud mental.

El bienestar subjetivo permite que el ser humano le dé significado a las experiencias vividas, las cuales pueden ser positivas o negativas. Partiendo de lo descrito por el bienestar subjetivo se puede afirmar que las mujeres exteriorizaron que la experiencia de la violencia sexual y el desplazamiento, le han generado significados positivos, como el hecho de estar vivas y el desarrollo de la resiliencia. Paralelo al significado positivo se generaron también significados negativos, donde expresaron que fue una experiencia “horrible” incorporando miedos y desesperanzas. Lo anterior provoca en ellas dificultades para acomodarse a las nuevas realidades y tratar de modificar sus entornos.

Partiendo de lo manifestado por Keyes (2005), en el modelo de estado completo de salud, donde afirma que la ausencia de trastorno no es salud y viceversa, se resalta que las mujeres que vivenciaron violencia sexual y desplazamiento, cuentan con recursos personales positivos que les han permitido soportar las situaciones traumáticas y vivir el aquí y el ahora. Por lo que de ahora en adelante se tomaran esos elementos positivos para el restablecimiento de los vínculos con los otros y la sociedad, con el fin de resignificar los eventos, a través de la intervención psicológica individual y familiar, y de esa manera puedan adquirir un estado adecuado de bienestar.

Esta investigación permitió brindar nuevos aportes a la salud mental desde la ansiedad y el enfoque del bienestar en las mujeres, los datos encontrados indican que las mujeres requieren trabajar los síntomas ansiosos y las afectaciones en el bienestar psicológico, social y subjetivo, haciendo énfasis en el psicológico que fue el más afectado. Por ello el evento traumático experimentado por las mujeres en el marco del conflicto armado ha incidido de manera negativa a nivel personal, familiar y social, por lo que se recomienda realizar intervención y seguimiento, con el propósito de que las mujeres desarrollen capacidades y agencien su propio desarrollo, a través de la incorporación de las técnicas para el manejo de la ansiedad, autonomía, resiliencia y estrategias de afrontamiento.

Es relevante continuar investigando con esta población para conocer los motivos por los cuales se les hace complicado relacionarse con el otro, y de esa manera poder usar criterios reales frente a los procesos de restablecimiento psicosocial. Así mismo permitió identificar que las mujeres en la actualidad requieren acompañamiento y seguimiento psicológico, por lo que se observan cicatrices significativas que están marcando sus vidas, con el fin de que elaboren procesos de duelo, sanar heridas y perdonarse a sí mismas.

Las investigaciones deben centrarse en programas de intervención psicosocial, orientados al diseño, implementación y evaluación, de las afectaciones de la salud mental, que faciliten la adaptación a los nuevos contextos, la reelaboración del proyecto de vida, el empoderamiento de las víctimas, el manejo de la sexualidad y la estructura de la familia. Además, se podría realizar caracterización de la población y de esa manera investigaciones longitudinales que contrasten los efectos de los programas de intervención para así mejorar la calidad de vida de las víctimas.

Recomendaciones y limitaciones

Colombia es un País que ha atravesado conflicto armado por largos periodos, donde las cicatrices han generado afectaciones en la salud mental de manera directa e indirecta en la población, por lo que desde la psicología se buscan dar aportes que permitan la creación e implementación de programas y políticas públicas que respondan de manera adecuada a cada una de las necesidades de las víctimas, de manera sostenible en el tiempo y durante los distintos gobiernos, resaltando que es un deber del estado, según lo estipulado en la ley 1448 de 2011 y en la ley 1719 de 2014.

Es necesario que en futuras investigaciones se haga énfasis en la atención integral para las víctimas que incluya atenciones en salud (medicina general, nutrición, psicología, psiquiatría, entre otras), servicios jurídicos y emprendimiento o actividades de generación de ingresos, debido a que se tienen que adaptar a nuevas realidades y reconstruir sus proyectos de vida. Cabe destacar que lo anterior hacer parte de políticas públicas establecidas, las cuales no se están implementando de manera adecuada.

En procesos de intervención se recomienda el uso de psicoterapia desde diferentes enfoques y tratamientos farmacológicos en los casos que se requiera. Acompañado de técnicas de respiración y relajación, reestructuración cognitiva, hábitos de vida saludables, entre otros. La duración de la intervención puede oscilar entre 6 y 12 meses aproximadamente y los seguimientos periódicos son relevantes para lograr estabilizar a las víctimas.

De igual forma fortalecer las redes de apoyo, trabajar con grupos focales, talleres de fortalecimiento y ejercicios de catarsis, que favorezcan la resignificación de eventos traumáticos, teniendo en cuenta el enfoque de género.

Dentro de las limitaciones encontramos el recurso económico, debido a que la mayoría de las mujeres no trabajan, por lo que no contaban con el transporte para asistir a los talleres de fortalecimiento personal, sumado a que sus necesidades básicas no estaban satisfechas. Por lo que se les brindó auxilio de transporte y de alimentación

Para finalizar se recomienda continuar realizando estudios con estas poblaciones, ya que, requieren intervención psicosocial, para que puedan reorientar su proyecto de vida a nivel individual y familiar. Con el fin de mejorar su salud mental y tener condiciones dignas.

Referencias bibliográficas

Afanador, M. C. (2012). La violencia sexual contra las mujeres. Un enfoque desde la criminología, la victimología y el derecho. Reflexión Política. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/110/11023066009.pdf>

Amnistía Internacional. (2012). Colombia: Invisibles ante la Justicia. Impunidad por actos de violencia sexual cometidos en el conflicto. Informe de Seguimiento. Colombia. Obtenido de <https://elturbion.com/?p=3607>

Andrade, J. (2010). Mujeres, niños y niñas víctimas mayoritarias del desplazamiento forzado . *Revista Científica Ciencias Humanas* , 6 (16), 28-53 .

Astaiza, G. (2013). *Dinámicas sociales, calidad de vida y salud en desplazados por la violencia del 2007 al 2010 en Neiva, Huila*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Colombia. .

Barlow, D. (2002). *Anxiety and its Disorders—The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*.

Bell, V., Méndez, F., Martínez, C., Palma, P., & Bosch M. (2012). Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. BioMed Central. Recuperado de <http://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1505-6-10>.

Bilbao, A. (2010). *Gestalt Para La Ansiedad*. Mexico : Editorial Alfa Omega .

- Blanco, A. V. (2007). *Los fundamentos de la intervención psicosocial*. Madrid : Pearson Educación.
- Boletín Especial Peace Brigades Internacional Colombia. (2010). Desplazamiento forzado en Colombia crimen y tragedia humanitaria. Colombia. Obtenido de <http://docplayer.es/11767444-Desplazamiento-forzado-en-colombia-crimen-ytragedia-humanitaria.html>.
- Britto, D. (2014). El desplazamiento forzado tiene rostro de mujer. *Revista la manzana de la discordia*, 65-78. Obtenido de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/2672/1/desplazamiento.pdf>
- Buelvas, & Amarís. (2010). *Comprensión del bienestar en una persona desplazada por la violencia sociopolitical*. Psicología desde el Caribe.
- Campo, A. O. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos, y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 177-185. .
- Campo, A. O. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos, y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. . *Revista Colombiana de Psiquiatría*, , 43(4), 177-185. .
- Castro, A. & Sánchez, M. (2000). Objetivos de vida y satisfacción auto-percibida en estudiantes universitarios. *Psicothema*, , pp. 87- 92.
- Casullo, M. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico. En Casullo: Cuadernos de evaluación psicológica*. Buenos Aires : Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica.

Chávez, Y., Bohórquez, M. (2011). Desplazamiento forzado y reconfiguraciones familiares: una mirada a la situación de madres solteras adolescentes en Soacha. *Prospectiva*. (16).

Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013). Centro Nacional de Memoria Histórica. Bogotá .

Obtenido de <https://studylib.es/doc/7497867/modulo-1---centro-nacional-de-memoria-hist%C3%B3rica>

CODHES . (2009). *CODHES* . CODHES .

Código Penal Colombiano . (s.f.). *Delitos contra la libertad* . Bogota .

Cogollo, J (2017). Cicatrices de la guerra en las Colombianas. Los impactos de la violencia sexual en Montes de María.

Constitucional, C. (2008). *Auto 092 del 2008*. Bogotá : Corte Constitucional .

Corral, E. &. (1997). *Repercusiones Psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo*.

Corral, E. &. (1997). *Repercusiones Psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo*.

Daniels, A. (2012). *Las políticas públicas para las regiones en transición en el caribe colombiano*. Bogotá : En Román.

De la Ossa, S. M. (2009). Study of internal consistency and factor structure of three versions of the Zung's rating instrument for anxiety disorders Colombia Médica. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165795342009000100006&lng=en&tlng=en.

Declaracion de los Derechos Humanos . (s.f.). Articulo 3.

Declaracion de los Derechos Humanos. (s.f.). *Articulo 8.*

Díaz, D. B. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema. La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. Psicothema*, 19 (2), 286-294. .

Díaz, D. R.-C.-J. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 18 (3), 572-577.

Diener, E. (2005). Guidelines for National Indicators. Obtenido de http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Guidelines_for_Nationa

Echenique, C. M. (2008). Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de restablecimiento en Sincelejo. *Psicología desde el Caribe.* , (21), 122 – 135.

Fiscó, S. (2005). *Atroces realidades: la violencia sexual contra la mujer en el conflicto armado Colombiano*. Bogota.

Gantiva C., L. A. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 63-72.

González, E. (2017). *Estudio Correlacional de la Salud Mental y el Trauma en Mujeres Víctimas del desplazamiento forzado por violencia política. Tesis de Maestría*. Colombia: Universidad del Norte. Colombia.

Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública Bogotá. (2007).

Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública Bogotá.
Colombia .

Gúzman, D., & Pijenburg, A. Y. (2012). *Acceso a la justicia de mujeres víctimas de violaciones graves de los derechos humanos en el contexto del conflicto armado.* Bogota : Justicia transicional, Documentos de discusión, No.12.

Hernandez. (2014). *Introduccion* .

Hernández, R., & Fernández, C. B. (2003). *Metodología de la Investigación.* Mexico: Mc Graw-Hill. IV Edición.

Humanos, D. d. (s.f.). *Artículo 5.*

Humanos, D. d. (s.f.). *Artículo 7.*

Keyes, C. (1998). Social well being. *Social Psychology Quarterly.* 61 (2), 121-140. .

Keyes, C. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 73, 539 – 548. .

la Ley 599 del 2000. (2000). *la Ley 599 del 2000.* Bogota: Corte Constitucional .

Ley 1257 de 2008. (2008). *Ley 1257 de 2008.* Bogotá: Corte Constitucional .

Ley 1257 del 2008. (2008). *Ley 1257 del 2008.* Bpgota: Corte Constitucional .

Ley 1448 de 2011. (2011). *Ley de víctimas y restitución de tierras.* Bogota : Congreso de la Republica .

Ley 1719 18 de junio del 2014. (2014). *Ley 1719 18 de junio del 2014*. Bogota : Corte Constitucional .

Ley General de Víctimas . (s.f.). Ley General de Víctimas .

Londoño, N. H. (2005). Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). . *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 34(4), 493–505.

Manrique, K. M. (2008). *Estudio correlacional entre el bienestar psicológico, subjetivo y social y el fatalismo, el trauma y las cogniciones irracionales postraumáticas, en personas adultas, desplazadas por la violencia sociopolítica, radicadas en la ciudad de Barranquilla*. Universidad del Norte Colombia. .

May, R. (1963). *El hombre en busca de sí mismo*. Buenos Aires: Editorial Central. .

Miller Restrepo, A. C. (2013). *La Verdad de las Mujeres: Víctimas del Conflicto Armado en Colombia*. Maguaré.

Morina, N. V. (2006). *Impact of war-related traumatic events on self evaluation and subjective well-being*. *Traumatology*.

Mosquera, S. L. (2010). Prevalencia del trastorno de estrés post traumático en población en situación de desplazamiento en la localidad de ciudad Bolivar Bogota. *Psychologia:avances de La Disciplina*, , 4(2), 83–97.

Oramas, A. S. (2006). El bienestar psicologico, un indicador positivo de la salud mental. Obtenido de <http://roa.ult.edu.cu/bitstream/123456789/1424/1/Bienestar%20Psicologico...Salud%20Mental.pdf>

- Organizacion Mundial de la Salud. (2013). Violencia sexual. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;jsessionid=84951A720CC8A9F8F612866F93B25BBA?sequence=1
- Páramo, M. S., & Escalante, E. (2002). *Bienestar psicologico, estilo de personalidad y objetivos de vida en estudiantes universitarios* . Argentina - Mendoza : Universidad del Aconcagua .
- Patiño, S. (2015). *Relación entre el bienestar social, bienestar psicológico y bienestar subjetivo de violencia sociopolitica*. Colombia: Tesis de Maestría. Universidad del Norte. Colombia .
- Pavese, C. (2005). *El oficio de vivir*. Barcelona. Seix Barral.
- Pupavac, V. (2002). Therapeutising refugees ,pathologising populations: international psychosocial programmes in Kosovo. New issues in refugee research. (U. N. (UNHCR), Ed.) Obtenido de <http://www.unhcr.org/3d57a9864.pdf>.
- Ramos, I. (2014). Influencia de la estructura de las redes personales sobre el desarrollo . *Psychologia: avances de la psicologia* , 8 (1), 43 – 54.
- Rojas, E. (2000). *La Ansiedad*. Barcelona, España. Barcelona : Editorial Temas De Hoy. .
- Romero, E. (2008). *Entre la Alegría y la Desesperación Humana, Sobre Los Estado de Animo*. Sao Paulo: Editorial Norte –Sur.
- Romero, Y; Arciniegas, L; Jiménez, J. (2006). Desplazamiento y reconstrucción del tejido social en el barrio altos de florida. *Tendencias & Retos*, (11) 11-23
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (6), 1069-1081.

- Ryff, C. C. (2013). Challenges of Minority Life Hone Purpose and Growth?. *Journal of Health and Social Behavior*. *Journal of Health and Social Behavior*, 44 (3), pp. 275-291. Obtenido de <http://links.jstor.org>.
- Ryff, C. (s.f.). Psychological well – being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychoter Psychosom*. 83, 10 -28 .
- Ryff, C., & Heidrich, S. (1997). Life experiences and well-being: Explorations on what happens and how it matters. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 193-206.
- Salud-OMS, O. M. (2013). *Organización Mundial de la Salud-OMS* .
- Sayago, J. (2011). *Desplazamiento Forzoso: Expulsión y Movilidad, Dos dinámica que interactúan*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Recuperado el 27 de Febrero de 2015, de http://www.bdigital.unal.edu.co/5901/1/tesis_sayago_Agosto_21.pdf.
- Shemyakina, O. &. (2012). *Subjective well-being and armed conflict: evidence* .
- Summerfield, D. (2000). War and mental health: a brief overview. *BMJ (Clinical Research Ed)*, 321(7255), 232–235.
- Theidon, K. (2004). Entre prójimos. El Conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú. Lima, Peru. Obtenido de <http://colombia.unwomen.org/es/onu-mujeres-en-colombia/las-mujeres-en-colombia>.
- Thomas, F. T. (2016). *Emic perspectives on the impact of armed conflict on children's mental health and psychosocial well-being: applying a social ecological framework of resilience in Northern Sri Lanka*. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1037/pac0000172>.

Trejos, L. (2013). Colombia. Una revision teorica de su conflicto armado. *Revista Enfoques*. XI , (18) 55-57.

Unidad para las Victimas. (2016). Enfoques diferenciales. Obtenido de www.unidadvictimas.gov.co/es/%C2%BFqu%C3%A9-son-los-enfoques-diferenciales/88

USAID, OIM, Unidad para la Atención y la Reparación de las Víctimas. (2014). Mujeres Conflicto armado. Obtenido de <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/mujeres.PDF>

Wilches, I. (2010). Lo que hemos aprendido sobre la atención a mujeres víctimas de violencia sexual en el conflicto armado colombiano. *Revista de estudios sociales* , 36, 86 – 94.

WWA, Z. (s.f).

Zung, W. (1971). Rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. 12: 371-9.

Anexos

Anexo 1.



Consentimiento informado

Título de la investigación: experiencia de ansiedad, desde el enfoque de bienestar, en mujeres víctimas de violencia sexual en condición de desplazamiento de la ciudad de Cartagena. Con el objetivo de describir la experiencia de ansiedad, desde el enfoque de bienestar, en mujeres víctimas de violencia sexual en la ciudad de Cartagena, que han estado en situación de desplazamiento.

Este estudio propone aplicar una encuesta de caracterización de la población, la escala de ansiedad de Zung y las escalas psicométricas que permitirán medir niveles de bienestar de los participantes. Para la evaluación de la variable de bienestar será utilizada la escala de bienestar psicológico de Ryff, la escala de bienestar subjetivo de Diener y la escala de bienestar social de Keyes.

Riesgos y beneficios: el estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe ningún beneficio. Compensación: no se dará ninguna compensación económica por participar. El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados. Participación voluntaria: la participación es estrictamente voluntaria. Derecho de retirarse del estudio: el participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias.

Autorización, he leído el procedimiento descrito arriba. La docente y las estudiantes practicante de psicología, me han explicado el estudio y han contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento _____, para participar en el estudio de la docente _____ y las practicantes de psicología _____ sobre: experiencia de ansiedad, desde el enfoque de bienestar, en mujeres víctimas de violencia sexual en condición de desplazamiento de la ciudad de Cartagena.

Firma y Documento de Identidad:

He recibido copia de este procedimiento. _____

Fecha _____

Anexo 2. Encuesta sociodemográfica

Nombres					
Apellidos					
Edad		Fecha de nacimiento			
Lugar de nacimiento		Estado Civil			
Tipo de documento			# Documento		
Teléfonos:		Dirección			
Estrato	1	2	3	4	5
Etnia :					
Mestizo	Indígena	Afrodescendiente	Raizal	Palenquero	Gitano
Otro		Cuál?		No se autoreconoce	
Género	Masculino	Femenino			
Estudia actualmente	SI	NO	¿Donde?		
Nivel de estudio					
Trabaja		SI	NO	¿Donde?	
¿En qué año ingresó a trabajar?					
Hechos victimizantes:					
Desplazamiento	Tortura	Reclutamiento	Violencia sexual	Abandono o despojo forzado de tierras	
Amenazas					
Lugar del desplazamiento		Municipio		Departamento	
Tiene RUV		# de RUV			
¿Has recibido ayuda del Estado?		SI NO	Tipo		
¿Cómo te reconoces hoy?		Víctima	Sobreviviente		

Anexo 3. Escala de ansiedad de Zung

Ítems		Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1	Se ha sentido últimamente más nervioso y ansioso				
2	Se ha sentido temeroso sin razón				
3	Se ha irritado fácilmente o ha sentido pánico				
4	Ha sentido que se está derrumbando				
5	Ha sentido que nada malo va a pasar, que todo va bien				
6	Se ha sentido tembloroso				
7	Le ha dolido el cuello, la espalda o la cabeza				
8	Se ha sentido débil y se cansa fácilmente				
9	Se ha sentido calmado y puede mantenerse quieto				
10	Ha sentido palpitaciones, taquicardia últimamente				
11	Se ha sentido últimamente mareado				
12	Se ha desmayado o ha sentido síntomas de desmayo				
13	Ha podido respirar con facilidad				
14	Ha sentido hormigueo/ falta de sensibilidad en los dedos				
15	Ha sentido náuseas y malestar en el estómago				
16	Ha orinado con mayor frecuencia de lo normal				
17	Ha sentido sus manos secas y calientes				
18	Se ha ruborizado con frecuencia				
19	Ha dormido bien y descansado toda la noche				
20	Ha tenido pesadilla				

Anexo 4. Escala de bienestar social de Keyes

Señale en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones.

De acuerdo (A)	En desacuerdo (D)	Neutro (N)
1	2	3

0	A	D	N
1	1	2	3
2	1	2	3
3	1	2	3
4	1	2	3
5	1	2	3
6	1	2	3
7	1	2	3
8	1	2	3
9	1	2	3
10	1	2	3
11	1	2	3
12	1	2	3
13	1	2	3
14	1	2	3
15	1	2	3
16	1	2	3
17	1	2	3
18	1	2	3
19	1	2	3
20	1	2	3
21	1	2	3
22	1	2	3
23	1	2	3
24	1	2	3
25	1	2	3

Anexo 5. Escala de bienestar subjetivo de Diener

Señale en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

De acuerdo (A)	En desacuerdo (D)	Neutro (N)
1	2	3

		A	D	N
1	El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar.	1	2	3
2	Las condiciones de mi vida son excelentes.	1	2	3
3	Estoy satisfecho con mi vida.	1	2	3
4	Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida.	1	2	3
5	Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual.	1	2	3

Anexo 6. Escala de bienestar psicológico de Riff

Señale en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

De acuerdo (A)	En desacuerdo (D)	Neutro (N)
1	2	3

		A	D	N
1	Cuando repaso la historia de mi vida, estoy contento con cómo han resultado las cosas.	1	2	3
2	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	1	2	3
3	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	1	2	3
4	Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	1	2	3
5	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	1	2	3
6	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajando para hacerlos realidad.	1	2	3
7	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	1	2	3
8	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	1	2	3
9	Tiendo a preocuparme sobre lo que la otra gente piensa de mí.	1	2	3
10	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	1	2	3
11	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propongo para mí mismo.	1	2	3
12	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	1	2	3
13	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.	1	2	3
14	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	1	2	3
15	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	1	2	3
16	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.	1	2	3
17	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.	1	2	3
18	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	1	2	3
19	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.	1	2	3
20	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	1	2	3
21	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	1	2	3
22	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	1	2	3
23	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.	1	2	3
24	En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo.	1	2	3
25	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.	1	2	3
26	Pienso que con los años no he mejorado mucho como persona.	1	2	3
27	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	1	2	3

28	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.	1	2	3
29	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida, daría los pasos más eficaces para cambiarla.	1	2	3

Anexo 7.Registro de talleres de fortalecimiento

REGISTRO TALLERES DE FORTALECIMIENTO	
Taller:	Fecha:
Actividades Realizadas:	
Logros Alcanzados	
Observaciones	