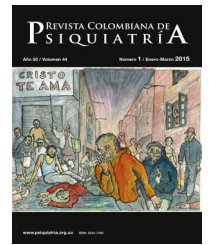




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Polivictimización por el conflicto armado y sufrimiento emocional en el Departamento del Magdalena, Colombia

Adalberto Campo-Arias^{a,*}, Adriana R. Sanabria^b, Anyelly Ospino^b, Valeria M. Guerra^b y Beatriz H. Caamaño^a

^a Grupo de Investigación Corazón y Diabetes, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia

^b Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de abril de 2016

Aceptado el 22 de junio de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Victimización

Aspectos mentales

Síntomas depresivos

Estigma social

Ansiedad

Estrés emocional

Estudio transversal

R E S U M E N

Introducción: El sufrimiento emocional es frecuente en víctimas del conflicto armado colombiano. La polivictimización se asocia a mayor número de sufrimientos emocionales que la victimización debida un único evento. Sin embargo, hasta la fecha no se ha documentado la asociación entre polivictimización y sufrimiento emocional en víctimas del conflicto armado en Colombia.

Objetivo: Estudiar la asociación entre polivictimización y sufrimiento emocional en víctimas del conflicto armado del Departamento del Magdalena, Colombia.

Métodos: Se diseñó un estudio transversal, un análisis secundario del registro del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) del Departamento del Magdalena, 2013-2014. El formulario de caracterización agrupó variables demográficas, eventos victimizantes y un conjunto de manifestaciones de sufrimiento emocional (discriminación percibida, depresión y ansiedad). Se establecieron razones de disparidades como medidas de asociación.

Resultados: Se incluyó a 943 personas, el 67,4% mujeres, con edad de 18-94 años (media, 47,9 ± 14,2). Un total de 109 (11,7%) presentaron polivictimización. La polivictimización se asoció a mayor sufrimiento emocional que la victimización por un único evento, síntomas depresivos (odds ratio = 1,5; intervalo de confianza del 95%, 1,3-1,8), estigmatización percibida (odds ratio = 1,3; intervalo de confianza del 95%, 1,1-1,5) y ansiedad-estrés (odds ratio = 1,2; intervalo de confianza del 95%, 1,0-1,4).

Conclusiones: La polivictimización incrementa el sufrimiento emocional más que la victimización por un único evento en personas víctimas del conflicto armado en esta región colombiana. Es necesario investigar más en esta área.

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: acampoa@unimagdalena.edu.co (A. Campo-Arias).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.06.005>

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

Multiple-Victimisation due to Armed Conflict and Emotional Distress in the State of Magdalena, Colombia

A B S T R A C T

Keywords:

Victimisation
Mental aspects
Depressive symptoms
Social stigma
Anxiety
Emotional stress
Cross-sectional study

Background: Emotional distress is common in Colombian armed conflict victims. Multiple-victimisation is associated with an increase in emotional distress than victimisation due a single event. However, the association between poly-victimisation and emotional distress among victims of the armed conflict in Colombia has not been documented.

Objective: To study the association between multiple-victimisation and emotional distress in victims of armed conflict in the State of Magdalena, Colombia.

Methods: A cross-sectional study was designed, with a secondary analysis of registration of the Psychosocial Care Program and Victim Integral Health (PAPSIVI) in the State of Magdalena, from 2013 to 2014. The profile formula grouped demographic variables, victimising events, and a set of symptoms of emotional distress (perceived discrimination, depressive and anxiety-stress). Odds ratio (OR, 95%CI) were established as measures of association.

Results: A total of 943 people were included, with 67.4% women, and ages between 18 and 94 years (mean 47.9 ± 14.2). A total of 109 (11.7%) suffered from multiple victimisation. Multiple victimisation events were associated with more emotional distress, depressive symptoms (OR = 1.5; 95%CI, 1.3-1.8), perceived stigma (OR = 1.3; 95%CI, 1.1-1.5), and anxiety-stress (OR = 1.2; 95%CI 1.0-1.4) than a single event.

Conclusions: There is more emotional distress in multiple victimisations than in a single victimisation event during armed conflict in this region of Colombia. Further studies are required on this topic.

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

Introducción

Se entiende por polivictimización la ocurrencia o presentación simultánea de múltiples formas de violencia interpersonal^{1,2}. Sin duda, estos eventos negativos tienen un papel fundamental en la patogenia de los síntomas relacionados con trastornos mentales^{3,4}.

Las víctimas de único evento, ya sea de causa natural o resultado de acciones violentas humanas, frecuentemente refieren malestar emocional posterior a los hechos^{5,6}. Asimismo, se observa que las personas que informan de polivictimización refieren mayor sufrimiento emocional que quienes refieren un único evento en un periodo determinado⁷⁻¹¹. En consecuencia, en personas que presentan polivictimización es mayor la frecuencia de problemas emocionales y, por lo tanto, de la probabilidad de reunir criterios de trastorno mental¹²⁻¹⁵.

La polivictimización no es un fenómeno unidimensional, sino un conjunto diverso de experiencias dolorosas o traumáticas con implicaciones únicas para cada grupo de personas víctimas de un conflicto armado interno, debido a pérdidas materiales e inmateriales, cambios en el estilo de vida y afrontamiento de nuevos retos o riesgos^{16,17}. El conflicto armado interno en Colombia es una causa importante de polivictimización; al desplazamiento forzado, se suman otras formas de violencia como amenazas directas de muerte, desapariciones de familiares y conocidos, homicidios, secuestros, torturas y agresiones sexuales, y con ello se potencian las fuentes de sufrimiento¹⁸.

Los síntomas emocionales y los posibles casos de trastornos mentales son altamente frecuentes en víctimas del conflicto armado interno colombiano. En adultos colombianos víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento, la prevalencia de posibles casos de trastorno mental sobrepasa el 20%¹⁹. No obstante, en la población general, los posibles casos de trastornos mentales, ansiedad y depresión se observan con menor frecuencia y alcanzan el 10% cuantificado con el *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ)²⁰.

La polivictimización se ha estudiado en otros países, particularmente en niños, niñas y adolescentes⁷⁻¹¹ y, más recientemente, en varones y mujeres adultos en situaciones distintas de las que se dan en el contexto del conflicto armado colombiano¹²⁻¹⁵. La polivictimización es una eventualidad más estresora que la revictimización, es decir, la repetición de una misma situación de victimización⁷; sin embargo, hasta la fecha, no se ha cuantificado la asociación entre polivictimización y sufrimiento emocional en víctimas del conflicto armado colombiano. Se puede esperar una frecuencia mayor y, en consecuencia, un número desproporcionado de casos de sufrimiento emocional entre las personas que informan polivictimización que en quienes solo manifiestan un único evento de victimización en el contexto del conflicto armado¹.

Con el ánimo de atender a las necesidades de las personas afectadas directamente por el conflicto armado, se diseñó el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)²¹. El proceso se inició con el registro de las personas víctimas del conflicto, y después se diseñó un instrumento para registrar manifestaciones de sufrimiento emocional, congruente con el protocolo de abordaje

psicosocial para la adopción de medidas de atención integral, atención y acompañamiento psicosocial a las víctimas del conflicto armado²². Se evitó activamente la denominación de posibles trastornos mentales porque este instrumento no tenía pretensiones diagnósticas. Además, es necesario tener presente que el «diagnóstico» es el resultado de un elaborado proceso de análisis de clasificación y explicación del sufrimiento emocional de las personas y que únicamente lo pueden realizar profesionales con entrenamiento clínico. Asimismo, esta aproximación contribuye a minimizar la posibilidad de sumar una victimización adicional, secundaria al estigma, que conlleva el diagnóstico formal de un trastorno mental¹³.

La estigmatización de la víctima en algunas situaciones incrementa la probabilidad de informar síntomas de malestar, tradicionalmente relacionados con el trastorno de estrés postraumático¹³, y en el contexto del conflicto armado colombiano, la situación de desplazamiento *per se* se ha estigmatizado por diversos mecanismos o razones²³. En el presente estudio se cuantificó la asociación entre polivictimización y sufrimiento emocional en el Departamento del Magdalena para ir más allá de la simple deducción de que «más es peor»¹, dado que la victimización interpersonal muestra una dinámica diferente que victimización o polivictimización debida a eventos accidentales o desastres naturales².

La creciente implementación de la atención con enfoque diferencial en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano hace necesario contar con información que permita considerar la priorización o acciones particulares para las personas en situación de polivictimización, como lo exige la legislación colombiana para las víctimas del conflicto armado interno²⁴.

La presente investigación tiene por objetivo estudiar la asociación entre polivictimización y sufrimiento emocional en víctimas del conflicto armado en 15 municipios priorizados del Departamento del Magdalena en el periodo 2013-2014.

Métodos

Se diseñó un estudio cuantitativo, analítico, observacional y transversal para el que se tomó información de víctimas del conflicto armado del Departamento del Magdalena. Para la investigación se contó con el permiso para la revisión y el análisis de la información, a pesar de que este tipo de investigaciones no representa riesgo alguno para los participantes, dado que no se realizan entrevistas y solo se revisa material digitalizado. Igualmente, para el análisis se omitieron los nombres de las personas participantes y se reemplazaron por un código con el fin de respetar la confidencialidad, de manera acorde con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud²⁵.

Se incluyó en este análisis a personas adultas mayores de 18 años que participaron en el proceso de caracterización de víctimas del municipio priorizado en el Departamento del Magdalena. Se excluyeron los casos en que los entrevistadores no registraron evento victimizante, no completaron la información demográfica o no diligenciaron todas las manifestaciones de sufrimiento emocional. De igual manera, se excluyeron del análisis las fichas de caracterización que

presentaban errores en el proceso de digitalización que limitaran su lectura. En el Departamento del Magdalena, en 2013-2014 se registraron oficialmente 5.220 víctimas, distribuidas en los 30 municipios de este departamento; no obstante, hubo mayor concentración en la mitad de ellos. Para este análisis se contó con una muestra no probabilística, por conveniencia, de personas víctimas del conflicto armado en 15 municipios del Departamento del Magdalena.

La ficha de caracterización del PAPSIVI consolida información demográfica, características familiares y conjunto de manifestaciones de afección sufrida a causa de eventos victimizantes, con la inclusión de sufrimiento emocional.

Se evaluó un grupo de quince manifestaciones actuales de sufrimiento emocional más frecuentes informadas en los estudios realizados con personas víctimas de eventos victimizantes. Un equipo de psicólogos construyó una guía de caracterización, con la inclusión de 31 manifestaciones emocionales que en el contexto clínico pueden interpretarse como síntomas propios de ansiedad, depresión o estrés postraumático, entre otros. Se tomaron para este análisis las que teóricamente y en apariencia se relacionan cercanamente con estigma percibido (degradación, desamparo, humillación, sentimiento de inferioridad, sensación de inseguridad y vergüenza), y los síntomas de ansiedad-estrés listados en las clasificaciones internacionales (agresividad, ansiedad, temor o estado permanente de alerta, apatía o desinterés, desesperanza y sensación de vulnerabilidad) y síntomas depresivos (ciclos de rabia y tristeza, llanto frecuente, sentimiento de soledad y tristeza). Esta selección se llevó a cabo después de un proceso de análisis factorial exploratorio para extraer los ítems con mejor desempeño en las tres dimensiones antes anotadas. Cada manifestación emocional se evaluó en forma dicotómica, presente o ausente, en el momento de la entrevista²².

En el listado de eventos victimizantes se incluyeron amenazas de muerte, desapariciones, desplazamiento forzado, homicidios, secuestros, torturas y diferentes formas de violencia sexual. Se consideró como polivictimización la presencia de dos o más eventos victimizantes percibidos por la misma persona y relacionados con el conflicto armado interno.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo univariable de cada una de las variables. Se observaron frecuencias y porcentajes de los datos nominales y media \pm desviación estándar de los datos cuantitativos. Para la exploración de la asociación entre polivictimización (tomada como variable independiente) y las manifestaciones de sufrimiento emocional (concebidas como variables dependientes) se estimaron las razones de disparidad (OR) con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%). Las asociaciones entre polivictimización y manifestaciones psicosociales se ajustaron mediante regresión logística, y se tomaron las variables demográficas como covariables o variables confusoras. Asimismo, se realizó un análisis factorial por método de componentes principales para transformar y reducir los tres grupos de manifestaciones de sufrimiento emocional a una única variable para cada uno²⁶. Este proceso se realizó porque el conjunto de síntomas no se tomó como constructos (estigma percibido, ansiedad-estrés y síntomas depresivos) en la construcción inicial del instrumento de medición, en cuyo caso habría sido suficiente el cálculo del alfa de Cronbach²⁷.

Tabla 1 – Caracterización demográfica

Variable	n (%)
Mujeres	636 (67,4)
Varones	367 (32,6)
Educación primaria o inferior	694 (73,6)
Secundaria o más	249 (26,4)
Pareja estable	688 (73,0)
Sin pareja estable	255 (27,0)
Ingresos inestables	812 (86,1)
Ingresos estables (empleo formal)	131 (13,9)
Afiliados al sistema de salud	889 (94,3)
No afiliados	54 (5,7)

Los cálculos se realizaron el paquete IBM-SPSS Statistics²⁸. Se aceptaron como significativas las asociaciones ajustadas que no incluyeran la unidad (1,0) en el intervalo de confianza²⁹. La bondad del ajuste se determinó con la prueba de Hosmer-Lemeshow³⁰.

Resultados

Del total de 5.220 víctimas registradas, se entrevistó a 1.388 personas. Sin embargo, se excluyeron 443 entrevistas (31,9%) por omisión de datos o imposibilidad de lectura debido a un proceso deficiente de digitalización. Finalmente, para este análisis se contó con un grupo 943 participantes que presentaron información completa.

Los participantes tenían entre 18 y 94 (media, 47,9 ± 14,2) años; tenían entre 18 y 64 años 881 personas (86,0%) y 65 o más, 132 (14,0%). Otras características se presentan en la [tabla 1](#).

En relación con los eventos victimizantes, se observó desde el 0,2% de secuestro y violencia sexual hasta el 87,9% de desplazamiento forzado ([tabla 2](#)).

Los indicadores de sufrimiento emocional se encontraban del 5,6% de degradación al 45,6% de tristeza ([tabla 3](#)).

Las asociaciones bruta y ajustada de polivictimización y los indicadores estudiados se muestran en la [tabla 4](#). Todos los ajustes mostraron adecuada bondad de Hosmer-Lemeshow.

Igualmente, con el proceso de reducción de las manifestaciones de sufrimiento emocional mediante análisis factorial, la polivictimización mostró asociación estadísticamente significativa con manifestaciones de discriminación percibida (OR = 1,3; IC95%, 1,1-1,5), ansiedad-estrés (OR = 1,3; IC95%, 1,1-1,5) y síntomas depresivos (OR = 1,6; IC95%, 1,3-1,9).

Tabla 2 – Eventos victimizantes

Eventos	n (%)
Desplazamiento	829 (87,9)
Homicidio	166 (17,6)
Desaparición	25 (2,7)
Amenazas de muerte	20 (2,1)
Tortura	10 (1,1)
Secuestro	2 (0,2)
Violencia sexual	2 (0,2)
Polivictimización	109 (11,6)

Tabla 3 – Indicadores de malestar emocional

Indicador	n (%)
Degradación ^a	53 (5,6)
Desamparo ^a	275 (29,2)
Humillación ^a	161 (17,1)
Sentimiento de inferioridad ^a	88 (9,3)
Sensación de inseguridad ^a	226 (24,0)
Vergüenza ^a	67 (7,1)
Agresividad ^b	55 (5,8)
Ansiedad, temor o estado permanente de alerta ^b	212 (22,5)
Apatía o desinterés ^b	92 (9,8)
Desesperanza ^b	97 (10,3)
Sensación de vulnerabilidad ^b	107 (11,3)
Ciclos de rabia y tristeza ^c	148 (15,7)
Llanto frecuente ^c	135 (14,3)
Sentimiento de soledad ^c	173 (18,3)
Tristeza ^c	430 (45,6)

^a Indica estigma percibido.

^b Indica ansiedad y estrés postraumático.

^c Síntomas depresivos.

Discusión

En el presente estudio se observa que el 11,6% de las víctimas del conflicto armado interno en el Departamento del Magdalena, Colombia, informa de polivictimización. La polivictimización se asoció estadísticamente a más sufrimiento emocional (discriminación percibida, depresión y ansiedad) que la victimización por un único evento.

En la presente investigación se encontró que la polivictimización se asoció positivamente a manifestaciones de sufrimiento emocional informado como síntomas relacionados con síntomas depresivos y ansiedad-estrés. Estos

Tabla 4 – Asociación entre polivictimización y malestar emocional (bruta y ajustada)

Indicador	OR (IC95%)	ORa (IC95%)
Degradación ^a	2,1 (1,1-4,2)	2,0 (0,9-4,0)
Desamparo ^a	1,9 (1,3-2,9)	1,8 (1,2-2,8)
Humillación ^a	1,5 (0,9-2,5)	1,5 (0,9-2,4)
Sentimiento de inferioridad ^a	2,3 (1,4-4,1)	2,3 (1,3-4,1)
Sensación de inseguridad ^a	2,5 (1,7-3,8)	2,5 (1,6-3,8)
Vergüenza ^a	2,6 (1,5-4,8)	2,6 (1,4-4,7)
Agresividad ^b	2,3 (1,2-4,5)	2,2 (1,1-4,3)
Ansiedad, temor o estado permanente de alerta ^b	1,4 (0,9-2,2)	1,5 (0,9-2,3)
Apatía o desinterés ^b	3,4 (2,0-5,7)	3,2 (1,9-5,4)
Desesperanza ^b	1,7 (0,9-3,1)	1,5 (0,9-2,8)
Sensación de vulnerabilidad ^b	2,2 (1,3-3,7)	2,0 (1,2-3,4)
Ciclos de rabia y tristeza ^c	2,1 (1,3-3,3)	2,1 (1,3-3,3)
Llanto frecuente ^c	3,5 (2,2-5,5)	3,2 (2,0-5,1)
Sentimiento de soledad ^c	2,9 (1,9-4,5)	2,5 (1,6-3,9)
Tristeza ^c	2,3 (1,5-3,4)	2,1 (1,4-3,2)

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio; ORa: odds ratio ajustada por edad, sexo, escolaridad, pareja estable, empleo y afiliación al sistema de salud.

^a Indica estigma percibido.

^b Indica ansiedad y estrés postraumático.

^c Síntomas depresivos.

hallazgos son completamente congruentes con estudios precedentes realizados en otros contextos que señalaron que las personas con polivictimización presentaron más distrés o síntomas emocionales del espectro de la ansiedad, depresión y estrés que quienes informaron victimización por un único evento^{10-15,31-34}. Por ejemplo, Cuevas et al. observaron en un grupo de 870 mujeres que la experiencia de polivictimización incrementó significativamente la proporción de síntomas con importancia clínica que cualquier forma específica de violencia o un único incidente de victimización³⁵. También Hunt et al. evidenciaron en un grupo de 66 personas refugiadas que solicitaron servicios en salud mental que quienes informaron de varios eventos traumáticos presentaban con mayor frecuencia síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático que el grupo que refirió un único evento de victimización³⁶.

En el presente estudio también se observó que la polivictimización se asocia a mayor discriminación percibida que la victimización por un único evento. No hay estudios precedentes que informen de esta asociación. No obstante, se debe considerar que las personas víctimas del conflicto armado colombiano vivieron un proceso de desacreditación, el llamado complejo estigma-discriminación, generalmente secundario a la situación de desplazamiento^{23,37,38}. El complejo estigma-discriminación en sí mismo no solo representa un estresor más para las víctimas del conflicto armado²³, sino que también multiplica las posibilidades de que se presenten síntomas relacionados con trastorno de estrés postraumático posterior a un nuevo evento victimizante¹³. Asimismo se debe tener presente que el complejo estigma-discriminación, por cualquier condición, rasgo o situación, representa una barrera de acceso a servicios de salud aun cuando la necesidad de servicios sea completamente manifiesta³⁹.

Puesto que Colombia avanza a un periodo de posconflicto, se necesita una atención psicosocial integral a todas las víctimas del conflicto armado interno, no solo con el objetivo de dar respuesta al sufrimiento emocional, sino también con el propósito de romper los ciclos de violencia que culminan en polivictimización^{40,41}. Asimismo es indispensable interrumpir el espiral que llevan a la pobreza y la revictimización de estos colectivos⁴²⁻⁴⁴ y con ello promover el bienestar individual, familiar y colectivo, basado principalmente en acciones comunitarias^{40,45,46}. Sin duda, el cuidado de las víctimas de un conflicto armado es un reto mayor para cualquier sistema de salud, dada la complejidad resultante de la imbricación de fenómenos humanitarios y sociales complejos que demandan acciones intersectoriales integradas^{47,48}. El PAPSIVI debe incorporar un elemento más al trato diferencial de las personas en situación de polivictimización^{21,24}. Más aún cuando un número importante de víctimas del conflicto armado interno pertenecen a comunidades étnicas, afrocolombianas e indígenas, que sufren desigualdades para el ejercicio pleno de los derechos como ciudadanos⁴⁹.

Esta investigación tiene la fortaleza de presentar cuantitativamente la asociación entre polivictimización y sufrimiento emocional en víctimas del conflicto armado interno colombiano. Además, se llevó a cabo un análisis estadístico avanzado para cuantificar las asociaciones, lo que es muy infrecuente o excepcional en los informes que publican las organizaciones estatales. Sin embargo, este análisis tiene la

limitación propia de los estudios que no cuentan con muestreo probabilístico que permita generalizar las observaciones a poblaciones con características similares o comparables⁵⁰. La investigación presenta otra desventaja, propia de los análisis transversales que no permiten mostrar una línea inequívoca de causalidad, de relación causa-efecto⁵¹. Asimismo, para el análisis fue preciso excluir un porcentaje importante de las entrevistadas realizadas; no obstante, dado que se contaba con una muestra grande, cercana a los mil participantes, es posible la minimización de varios probables sesgos o errores que pudieran darse debido a esa pérdida de información⁵².

Se concluye que la polivictimización es un fenómeno vivido por aproximadamente 1 de cada 10 víctimas del conflicto armado interno en el Departamento del Magdalena. La polivictimización se asocia a mayor sufrimiento emocional que la victimización por un único evento. Se debe considerar la polivictimización en la atención psicosocial y la salud integral de las víctimas. Se necesita mayor investigación en esta área en el posconflicto.

Responsabilidades éticas

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

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

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A la Dra. Patricia Serrano, coordinadora de víctimas, PAPSIVI Magdalena, por la amable gestión en la consecución de la información de las víctimas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scott-Storey K. Cumulative abuse: do things add up? An evaluation of the conceptualization, operationalization, and methodological approaches in the study of the phenomenon of cumulative abuse. *Trauma Violence Abuse*. 2011;12:135-50.
2. Finkelhor D. Developmental victimology. En: Davis RC, Luirigio AJ, Herman S, editores. *Victims of crime*. 3.ª ed. Thousand Oaks: Sage Publication; 2007. p. 9-34.

3. Seedat S, Stein DJ, Jackson PB, Heeringa SG, Williams DR, Myer L. Life stress and mental disorders in the South African stress and health study. *South Afr Med J*. 2009;99:375–82.
4. Dias BG, Maddox SA, Klengel T, Ressler KJ. Epigenetic mechanisms underlying learning and the inheritance of learned behaviors. *Trend Neurosci*. 2015;38:96–107.
5. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*. 2005;294:602–12.
6. Forbes D, Alkemade N, Waters E, Gibbs L, Gallagher C, Pattison P, et al. The role of anger and ongoing stressors in mental health following a natural disaster. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015;49:706–13.
7. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Poly-victimization. A neglected component in child victimization. *Child Abuse Negl*. 2007;31:7–26.
8. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse Negl*. 2009;33:403–11.
9. Babchishin LK, Romano E. Evaluating the frequency, co-occurrence, and psychosocial correlates of childhood multiple victimization. *Can J Community Mental Health*. 2014;33:47–65.
10. Simmons J, Wijma B, Swahnberg K. Lifetime co-occurrence of violence victimisation and symptoms of psychological ill health: a cross-sectional study of Swedish male and female clinical and population samples. *BMC Public Health*. 2015;15:979.
11. Cortez CP, Sanhueza KV. Experiencias de victimización y polivictimización en jóvenes chilenos. *Señales*. 2015;9:5–25.
12. Boxer P, Terranova AM. Effects of multiple maltreatment experiences among psychiatrically hospitalized youth. *Child Abuse Negl*. 2008;32:637–47.
13. Kennedy AC, Bybee D, Greeson MR. Examining cumulative victimization, community violence exposure, and stigma as contributors to PTSD symptoms among high-risk young women. *Am J Orthopsychiatry*. 2014;84:284–94.
14. Moreira FG, Quintana MI, Ribeiro W, Bressan RA, Mello MF, Mari JJ, et al. Revictimization of violence suffered by those diagnosed with alcohol dependence in the general population. *BioMed Res Int*. 2015:e805424.
15. Palm A, Danielsson I, Skalkidou A, Olofsson N, Högberg U. Violence victimization—a watershed for young women's mental and physical health. *Eur J Public Health*. 2016 [Epub ahead of print].
16. Shultz JM, Garfín DR, Espinel Z, Araya R, Oquendo MA, Wainberg ML, et al. Internally displaced victims of armed conflict in Colombia: The trajectory and trauma signature of forced migration. *Cur Psychiatr Report*. 2014;16:1–16.
17. Adams ZW, Moreland A, Cohen JR, Lee RC, Hanson RF, Danielson CK, et al. Polyvictimization: Latent profiles and mental health outcomes in a clinical sample of adolescents. *Psychol Violence*. 2016;6:145–55.
18. Arias BE. Salud mental y violencia política. Atender al enfermo psiquiátrico o reconocer al sujeto de la micropolítica. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2013;42:275–82.
19. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2014;43:177–85.
20. Minsalud-Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015. Bogotá: Javegraf; 2015.
21. Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIIVI). Bogotá: Ministerio de Salud y de la Protección Social [citado 29 Feb 2016]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas_PAPSIIVI.aspx
22. Protocolo de abordaje psicosocial para la adopción de medidas de atención integral, atención y acompañamiento psicosocial a las víctimas del conflicto armado. Bogotá: Ministerio de la Protección Social y Organización Internacional para las Migraciones; 2011. Disponible en: <http://corporacionvinculos.org/home/wp-content/uploads/2013/02/Anexo-1.-Fundamentos-legales-y-marco-normativo-del-Protocolo.pdf>
23. Campo-Arias A, Herazo E. Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2014;43:212–7.
24. Ley 1448 (junio 10) por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2011.
25. Resolución 008430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 1993.
26. Katz MH. *Multivariable analysis*. 2.^a ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
27. Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005;34:572–80.
28. IBM-SPSS Statistics for Windows, version 22.0. Armonk: SPSS. Inc.; 2013.
29. Scotto MG, Tobías-Garcés A. Interpretando correctamente en salud pública estimaciones puntuales, intervalos de confianza y contrastes de hipótesis. *Salud Publica Mex*. 2003;45:506–11.
30. Hosmer DW, Taber S, Lemeshow S. The importance of assessing the fit of logistic regression models: a case study. *Am J Public Health*. 1991;81:1630–5.
31. Michultka D, Blanchard EB, Kalous T. Responses to civilian war experiences: predictors of psychological functioning and coping. *J Trauma Stress*. 1998;11:571–7.
32. Kozarić-Kovacic D, Ljubin T, Grappe M. Comorbidity of posttraumatic stress disorder and alcohol dependence in displaced persons. *Croat Med J*. 2000;41:173–8.
33. Sabina C, Straus MA. Polyvictimization by dating partners and mental health among US college students. *Violence Victim*. 2008;23:667–82.
34. Nilsson D, Dahlström Ö, Priebe G, Svedin CG. Polytraumatization in an adult national sample and its association with psychological distress and self-esteem. *Brain Behav*. 2015;5:e00298.
35. Cuevas CA, Sabina C, Picard EH. Interpersonal victimization patterns and psychopathology among Latino women: Results from the SALAS study. *Psychol Trauma*. 2010;2:296–306.
36. Teodorescu DS, Heir T, Hauff E, Wentzel-Larsen T, Lien L. Mental health problems and post-migration stress among multi-traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway. *Scand J Psychol*. 2012;53:316–32.
37. Campo-Arias A, Herazo E. El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2015;44:243–50.
38. Roldan I. El estado actual de las víctimas en Colombia: la búsqueda de la verdad. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2007;36:41–66.
39. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2014;43:162–7.
40. Rodríguez A. Atención psicosocial y en salud mental; claves para el tránsito en Colombia de la confrontación armada a la política. *Rev Salud Bosque*. 2015;5:5–7.
41. Grych J, Swan S. Toward a more comprehensive understanding of interpersonal violence: Introduction to the special issue on interconnections among different types of violence. *Psychol Violence*. 2012;2:105–10.

42. Moya J, López-Moreno S. Changes in perceived health in war-displaced population, Ayacucho, Peru: 1980-2004. *Cienc Saude Colet.* 2011;16:1699–708.
43. Herrera-Lopez V, Cruzado L. Estrés postraumático y comorbilidad asociada en víctimas de la violencia política de una comunidad campesina de Huancavelica, Perú. 2013. *Rev Neuro-Psiquiatr.* 2014;77:144–59.
44. Romero-Acosta K, Contreras EM. Revisión teórica sobre el post-conflicto: una oportunidad para empoderar a mujeres víctimas de desplazamiento. *Cult Educ Soc.* 2015;6:79–92.
45. Buitrago MT. La rehabilitación basada en la comunidad: un recuento histórico internacional, nacional y distrital, 1979-2004. *Invest Enferm.* 2008;10:39–61.
46. Pérez P, Fernández A. Violencia y trauma: del trabajo comunitario a la psicoterapia. Guías de procesos y programas integrados. Bogotá: Inredentos Libros; 2015.
47. Gómez GM, Arias Astaiza GM, Minayo MC. Las migraciones forzadas por la violencia: el caso de Colombia. *Cienc Saude Colet.* 2008;13:1649–60.
48. Franco S, Suarez CM, Naranjo CB, Báez LC, Roza P. The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia. *Cienc Saude Colet.* 2006;11:1247–58.
49. Diez AV, Álvarez G. La necesidad de un enfoque multinivel en epidemiología: desafíos conceptuales y metodológicos. En: Haro JA, editor. *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances.* Buenos Aires: Lugar Editorial, Centro de Estudios en Salud y Sociedad; 2011. p. 67–87.
50. Kamangar F, Islami F. Sample size calculation for epidemiologic studies: principles and methods. *Arch Iran Med.* 2013;16:295–300.
51. Rothman KJ, Greenland S. Causation and causal inference in epidemiology. *Am J Public Health.* 2005;95 Suppl 1:S144–50.
52. Bacchetti P. Current sample size conventions: flaws, harms, and alternatives. *BMC Med.* 2010;8:17.