

CAPÍTULO IV

**AFECTACIONES PSICOSOCIALES DE
COMUNIDADES VÍCTIMAS DE LA
VIOLENCIA**

En este capítulo, se presentan los hallazgos más importantes de investigaciones orientadas a identificar el impacto psicológico de la violencia asociada al conflicto armado en el departamento de Sucre, en algunas de las poblaciones que resultaron más afectadas.

Salud mental y trauma en mujeres víctimas de desplazamiento forzado

La investigación cuyos resultados se presentan a continuación, se denominó “Estudio correlacional de la salud mental y el trauma en las mujeres víctimas del desplazamiento forzado por violencia política” y se llevó a cabo en el municipio de Ovejas.

Esta investigación se suma a otras investigaciones vinculadas al estudio de la salud mental de las personas en situación de desplazamiento, pero en esta oportunidad orientada a las mujeres, quienes han padecido varios tipos de violencia en el conflicto armado colombiano, por lo que estudiar su salud mental y las consecuencias del estrés postraumático se hace indispensable. Son ellas quienes en la mayoría de los casos deben asumir la jefatura del hogar, lo que las convierte no sólo en proveedoras sino en el único soporte emocional para sus hijos.

En el estudio de la salud mental, Keyes (2005) propuso un modelo denominado Modelo de Estado Completo de Salud, que permite abordar este concepto como “un conjunto de síntomas de hedonía y funcionamiento positivo, operativizado por medidas de bienestar subjetivo, bienestar psicológico y bienestar social” (Keyes 2005, p.540), así como “la existencia de un funcionamiento psicosocial positivo (...metas claras en la vida, alta resiliencia, relaciones positivas e íntimas con otras personas, sentimiento

de pertenencia, confianza en la sociedad y en sus instituciones)” (Keyes 2005, p.287).

A su vez, el trauma ha sido definido como los problemas psíquicos en un individuo originados por el impacto de una determinada experiencia en la vida de los sujetos (Manrique, Martínez & Turizo, 2008). Los síntomas de éste han sido entendidos como el Trastorno de Estrés Postraumático.

El trastorno de estrés postraumático está definido por la Asociación Psiquiátrica Americana - APA (2014) como un problema de ansiedad que se desarrolla en algunas personas después de eventos extremadamente traumáticos, tales como combate, accidente o desastre natural.

Al hacer una revisión histórica de Colombia teniendo en cuenta hechos de violencia, se puede considerar que gran parte de la población, especialmente aquella que ha vivido de forma directa los efectos de la guerra, muestra síntomas de estrés postraumático, lo que representa un desafío para su proyecto de vida personal, así como para el desarrollo social de estas comunidades.

Particularmente la experiencia de ser víctima de desplazamiento forzado siendo mujer, permite reconocer tres dimensiones que favorecen la discriminación, la opresión y la subordinación de género. Estas dimensiones según Miller-Restrepo et al (2013, p. 56): “la violencia física, psicológica y sexual experimentada por las mujeres, las pérdidas y renuncias sufridas por las mujeres, y el incremento del control masculino sobre las vidas de las mujeres”.

Las mujeres que participaron en esta investigación se encuentran en el RUV (Registro Único de Víctimas) localizadas en el municipio de Ovejas en el casco urbano y rural. El tamaño de la muestra fue de 130 mujeres.

Se utilizaron como instrumentos de medición las escalas de Bienestar (Psicológico, Subjetivo y Social) con la adaptación de Blanco y Díaz (2005); y la Escala de Síntomas de Davidson (Davidson et al, 1997) para evaluar síntomas de estrés postraumático.

Entre los resultados más importantes se evidenció una correlación negativa de la frecuencia y gravedad de los síntomas del trauma y la autoaceptación que constituye una de las dimensiones del bienestar psicológico ($r = -.201^*$ y $p < 0,05$). Lo que apunta a que la experiencia

traumática ha generado en las mujeres cierta dificultad para reconocer quiénes son ellas y cuáles son sus fortalezas y limitaciones, generándoles mayor presencia de síntomas, lo que a su vez puede ocasionarles menos sentimientos positivos, si se toma lo expresado por Ryff (1989, p. 1072) se puede considerar que ellas “no se sienten satisfechas con el self y están en desacuerdo con lo ocurrido en sus vidas pasadas”.

Asimismo, se encontró que existe una correlación negativa significativa entre las relaciones positivas y la frecuencia de los síntomas del trauma ($r = -.232^{**}$ y $p < 0,01$), lo que indicaría que las mujeres víctimas de desplazamiento forzado no cuentan o no establecen relaciones positivas con las demás personas incrementando de esta manera los síntomas del trauma e incluso la gravedad del mismo. Otros estudios han señalado que las mujeres tienden a experimentar de manera más frecuente e intensa los síntomas de estrés postraumático (Gaborit, 2006). Al respecto, Beser & Neria (2012) han encontrado que jóvenes universitarios israelíes que han vivido eventos traumáticos muestran un mayor repertorio de síntomas asociados a bajos niveles de apoyo social. En el caso específico de estudios con personas en situación de desplazamiento, se ha encontrado que, la relación entre problemas de adaptación social y el trastorno afectivo bipolar, especialmente en las mujeres cabezas de hogar, se debe a la dificultad de conformar nuevas redes sociales, a dificultades económicas que les impiden satisfacer sus necesidades físicas y psicológicas como también al carecer de un ambiente agradable en donde vivir (Andrade-Salazar, Parra-Giraldo y Torres-Padilla, 2013).

De manera similar, Santamaría (2009) reafirma el apoyo social como un mediador de la salud mental ante un evento traumático. La investigadora sostiene que desde el ámbito social la mujer recobra su percepción de valía. El sentido de pertenencia y de valor dentro de un grupo, es un recurso que le permite a la mujer sostener su búsqueda del sentido de la vida y que le ayuda a nutrir su futuro. En el caso de las mujeres víctimas de desplazamiento y, además, de violencia de género, la familia se convierte en el gran propulsor; pero, las redes de apoyo que logran crear en el lugar que las recibe, les sirven de soporte para lograr la superación del trauma.

Ahora bien, siguiendo con los resultados de la presente investigación, no se encontraron correlaciones significativas entre la frecuencia y la gravedad del trauma y las dimensiones de autonomía ($r = -.134$), dominio del entorno ($r = -.120$), crecimiento personal ($r = -.064$) y propósito en la vida ($r = -.109$), es decir que no existe una relación entre el trauma y las capacidades de las mujeres para tomar decisiones bajo sus propios parámetros, para hacer buen uso de las posibilidades que se generan en su entorno mediante acciones propositivas, o para la consecución de metas siguiendo el camino proyectado que les genere un significado en la vida. Lo expuesto concuerda con lo expuesto por Buelvas y Amarís (2010) al señalar que el bienestar es más que una condición de felicidad, y se refiere a una serie de aspectos subjetivos, psicológicos y sociales que le facilitan al individuo actuar funcionalmente ante situaciones vitales de diversa índole, incluyendo las de mayor conmoción y cambio vital.

Estos resultados coinciden con lo referente a la correlación entre la frecuencia y la gravedad del trauma, y la variable satisfacción con la vida, donde se encuentra una correlación positiva ($r = .224^*$ y $p < 0,05$) y ($r = .212^*$ y $p < 0,05$). Se evidencia que las mujeres víctimas de desplazamiento forzado, pese a presentar indicadores de trauma, pueden seguir experimentando satisfacción con lo que ha sido su vida, rescatan que han sido capaces de extraer los aspectos positivos de los diferentes eventos traumáticos vividos, así como valorar o presentar emociones positivas más que las negativas. Otra posible explicación con los resultados obtenidos en esta investigación en cuanto a la relación significativa entre el trauma y el bienestar subjetivo, puede ser atribuido a que las mujeres víctimas de desplazamiento forzado han establecido un grado de adaptación que les ha permitido ir superando el trauma, como lo demostraron en su investigación Shemyakina y Plagnol (2012) en Bosnia-Herzegovina, encontrando que había un alza significativa en la satisfacción con la vida después de la guerra, lo que era indicador de que las personas se estaban adaptando gradualmente y la salud psicológica estaba tomando su lugar.

Ahora bien, en lo referente al bienestar social de las mujeres víctimas de desplazamiento y su relación con los indicadores de trauma, no se encontraron correlaciones significativas entre la frecuencia y gravedad del trauma y las dimensiones de integración social ($r = -.009$), aceptación social ($r = .004$), contribución social ($r = .131$), actualización social ($r = -.030$), coherencia social ($r = -.066$). La ausencia de correlación indica que los síntomas del trauma

no están relacionados necesariamente con las relaciones interpersonales positivas que establecen las mujeres víctimas de desplazamiento forzado, con las acciones favorables que realizan hacia los demás, con el sentido de pertenencia que demuestran hacia la comunidad de la que hacen parte, con la confianza en el crecimiento y avance de la sociedad y por sentirse parte del mundo social. Esto resulta contradictorio con lo identificado en otros estudios, donde pese a encontrarse buenos niveles de bienestar psicológico, las personas desplazadas se evidenciaban afectadas especialmente en su bienestar social, expresado en la capacidad de confiar en los demás, sentirse parte de un colectivo y capaz de aportar algo significativo a la sociedad (Manrique, Martínez y Turizo, 2008). De la misma forma, estudios como el ejecutado en Sri Lanka con niños y jóvenes víctimas del conflicto, demostraron afectación en el bienestar social porque sufrieron cambios en su estructura familiar y debido al desplazamiento perdieron sus redes comunitarias, lo que generó una afectación inherente al tejido social de los pueblos y de las comunidades (Thomas et al, 2016).

Teniendo en cuenta lo expresado por Keyes (2005), en el Modelo de Estado Completo de Salud, bajo el principio de que la salud y la enfermedad son dos dimensiones correlacionadas entre sí, se hace indispensable considerar que las mujeres víctimas de desplazamiento forzado, aunque evidencian síntomas de trauma cuentan con elementos positivos que les han ayudado a sobrellevar los eventos traumáticos vividos y que les permiten disfrutar de las experiencias actuales. Son precisamente esos elementos positivos los que tendrían que trabajarse enfocándose a reestablecer los vínculos sociales con el objetivo de sobreponerse a tales situaciones y lograr un estado adecuado de bienestar.

Además, estos elementos constituyen la base para restaurar los lazos sociales, facilitar procesos de inclusión, donde las mujeres pueden ser protagonistas, así como lo han sido al fungir como madres cabeza de hogar y convertirse en el pilar para el desarrollo de los miembros de sus familias.

Competencias socioemocionales y desarrollo de síndromes internalizantes y externalizantes en los adolescentes víctimas del conflicto

Colombia es un país afectado por el fenómeno de la violencia desde hace más de 50 años, situación que ha impactado negativamente a la sociedad colombiana en su estructura económica, política y social

(Madariaga, Gallardo, Salas y Santamaría. 2002). Este conflicto ha dejado según el Registro Único de Víctimas [RUV] (2017) 8.405.265 personas que han sido afectadas negativamente en su salud mental y física o incluso han perdido la vida. Estas secuelas se evidencian con mayor intensidad en las personas que se encuentran asentadas en el territorio del conflicto; territorios en donde las confrontaciones armadas han dejado innumerables afectados indiferentemente del grupo etario en el que se encuentren, produciendo en ellos efectos devastadores, en especial en los niños, niñas y adolescentes, quienes hoy representan más de la tercera parte de la población víctima del país, (2.237.049 niños, niñas y adolescentes víctimas directas) (USAID, OIM y Unidad de Víctimas, 2014); de los cuales, según los datos estadísticos del RUV (RNI, 2017) a nivel nacional, 1.231.295, son menores de 18 años.

Este panorama resulta poco alentador, considerando que este grupo es el más indefenso y vulnerable en medio del conflicto armado, que causa pérdidas irreparables en las etapas fundamentales del proceso de crecimiento, y en la adquisición de competencias socioemocionales (Hewitt et al., 2014) y “en la construcción de vínculos sociales y afectivos, el desarrollo de sus capacidades, habilidades y potencialidades, el desarrollo de las bases para la comunicación y expresión de emociones” (Plan, 2015, p. 8).

Posada y Parales (2012), exponen que las situaciones de violencia generan efectos negativos en los adolescentes en términos de síntomas y trastornos del comportamiento que han sido denominados internalizantes y externalizantes. Entre ellos se destacan los problemas de atención, las dificultades de aprendizaje y trastornos del estado de ánimo (Valencia, Ramírez, Fajardo y Ospina, 2015; Hewitt et al., 2014).

En Colombia muchas investigaciones se han dedicado a estudiar específicamente los efectos psicológicos del conflicto armado en los adolescentes víctimas (Giraldo, Gómez & Maestre, 2008; Hewitt et al., 2014; Ortiz & Chaskel, 2015), pero pocas se han interesado en investigar cómo se puede mitigar estos efectos (Cifuentes Patiño, 2015).

Revisando la literatura se encontró que en el departamento de Sucre no se han realizado investigaciones en busca de respuesta a cómo reducir ese impacto negativo que atenta contra la salud mental, o investigaciones evalúen el aporte que puedan tener las competencias socioemocionales en la mitigación de los efectos psicológicos del conflicto armado en adolescentes

víctimas. Por esta razón, la presente investigación toma como propósito analizar las competencias socioemocionales que actúan como factor protector ante el desarrollo de síndromes internalizantes y externalizantes en los adolescentes víctimas del conflicto armado.

De acuerdo con Bar-On (2006), el comportamiento emocional y socialmente inteligente es una característica de la adaptación efectiva. Este autor, desarrolló un modelo a partir del cual busca investigar “los factores claves y componentes del funcionamiento social y emocional que conducían a los individuos ser mejores psicológicamente.” (Cantero, 2012, p.50). El constructo competencia socioemocional según Bar-On (2006), se forma mediante una red de rasgos emocionales, sociales y de personalidad interrelacionados, que están bien establecidos e interactúan juntos en el individuo. Para este autor tener competencias socioemocionales, es tener capacidades para reconocer, comprender y expresar emociones y sentimientos; capacidades para comprender cómo se sienten y se relacionan con los demás; capacidades de gestión y de control de las emociones; capacidades de gestionar, cambiar, adaptarse y resolver los problemas personales e interpersonales, haciendo frente con éxito a las demandas, desafíos y presiones cotidianas; y capacidades de generar afecto positivo y auto motivado.

Bar-On (2006) presenta un modelo donde cinco factores componen la competencia socioemocional: habilidades intrapersonales: concebidas como la capacidad de ser consciente de sí mismo, de comprender sus fortalezas y debilidades y de expresar sus sentimientos y pensamientos de manera no destructiva; las habilidades interpersonales, abarcan la capacidad de ser consciente de las emociones, sentimientos y necesidades de los demás; la adaptabilidad, hace referencia al manejo del cambio, y la solución de problemas personales e interpersonales de manera efectiva; el manejo de estrés, comprende la conducción de las emociones de manera constructiva y efectiva; y por último el estado de ánimo general y la impresión positiva, entendidas como la automotivación, la alegría y el optimismo ante la vida.

La competencia socioemocional actúa como factor protector ante la sintomatología de ansiedad y depresión en adolescentes (Ruvalcaba, Gallegos, Flores y Fulquez, 2013), y ante el suicidio (Suárez, 2012); así mismo, está asociada con síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social (Shabani, Aishah, Ahmad & Baba, 2010), conductas disociales y antisociales

en adolescentes (Ruvalcaba, Salazar y Gallegos, 2012) y con la salud mental (Nikpour, 2012). En todos estos estudios se ha comprobado y concluido que existe una relación negativa y un valor predictivo entre las competencias socioemocionales y la sintomatología de ansiedad, depresión, disfunción social, los síntomas somáticos, el suicidio, conductas disociales; y que un aumento de estas competencias, disminuye los riesgos y la sintomatología de enfermedades mentales.

Ahora bien, la adolescencia es un periodo de cambios rápidos en todos los aspectos del desarrollo humano, en la que se suelen presentar dificultades y manifestaciones de problemas de salud mental como los problemas psicopatológicos que comienzan en esta etapa o fueron gestadas en los años previos (Pedreira, Blanco, Pérez y Quirósd, 2014)

Las investigaciones sobre la psicopatología en la adolescencia, han despertado interés en estudiar taxonomías empíricas de síndromes internalizantes y externalizantes en adolescentes (Daset, López & Hidalgo, 2009), encontrando sintomatologías ansiosas, depresivas, problemas sociales, conductas agresivas, agrupadas en síndrome depresión-ansiedad, síndrome prosocial, síndrome disocial, síndrome de oposición-impulsividad, síndrome de alteraciones del pensamiento, síndrome de quejas somáticas, síndrome de problemas sociales y síndrome de retraimiento-evitación. Los resultados de algunas investigaciones han permitido concluir que estas psicopatologías en la adolescencia se presentan de manera diferenciada según el sexo, identificando mayor incidencia de síndromes externalizantes en hombres e internalizantes en mujeres en todos los grupos de edad. (Zahn, Shirtcliff & Woods, 2006; López et al; 2009; Navarro, Meléndez, Sales y Sancerni, 2012).

Achenbach en su modelo psicopatológico de taxonomía basada empíricamente, expone que los síndromes internalizantes corresponden a las agrupaciones de síndromes encubiertos reflejados al interior de la persona (Achenbach & Edelbrock, 1978), siendo comportamiento no adaptativo porque produce perjuicios hacia así mismo, que involucra alteraciones emocionales como (Graber, 2004): ansiedad, depresión, quejas somáticas sin causa médica y retraimiento social; en cambio, los síndromes externalizantes se caracterizan por conductas dirigidas al exterior, involucrando y afectando a otras personas (Achenbach & Rescorla, 2001), desviándose de las normas establecidas en una sociedad

(Graber,2004). Con manifestaciones que refieren a la agresividad, falta de atención, desobediencia, conflicto con otras personas e incluso conductas delictivas (Achenbach & Edelbrock, 1978; Achenbach y Rescorla, 2001).

Partiendo del marco de referencia anterior, se decidió llevar a cabo una investigación cuantitativa, bajo un diseño no experimental de cohorte transversal y alcance correlacional, con un análisis comparativo de grupos. La muestra estuvo constituida por 100 adolescentes víctimas del conflicto armado, con edades entre los 14 a 17 años del municipio de Ovejas.

Las técnicas de recolección de información utilizadas fueron el Auto Reporte de los Comportamientos de Jóvenes 11-18 años YSR, diseñado para obtener información sistematizada directamente de niños y adolescentes (entre 11 y 18 años) sobre diversas competencias y problemas de conducta externalizante e internalizante (Sandoval, Lemos & Vallejo, 2006). El YSR se subdivide en tres subescalas que evalúan los síndromes internalizantes (aislamiento, quejas somáticas, ansiedad y depresión), dos que engloba los síndromes externalizantes (conductas de agresión y conductas delictivas) y tres que se categorizan como no internalizadas y no externalizadas (problemas sociales, problemas de pensamiento y problemas de atención). Asimismo, se utilizó el Inventario Emocional BarOn Ice:Na - Completo para Adolescentes, diseñado para medir la competencia Socioemocional de niños y adolescentes de 7 a 18 años. El instrumento valora cinco dimensiones: competencias intrapersonales, interpersonales, manejo del estrés, adaptabilidad e impresión positiva o estado de ánimo general.

En la siguiente tabla se aprecian las puntuaciones que ayudan describir las competencias en los adolescentes participantes. La mayor frecuencia se concentra alrededor de la categoría adecuada, esto indica que los adolescentes participantes cuentan con habilidades para hacer frente a las demandas diarias que el contexto en donde se desenvuelven les demanda (Bar-On, 2006).

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las competencias socioemocionales

Competencias	Categorías	Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Cociente Emocional Total	Atípica y Deficiente		2,8%a	2,0%
	Muy Baja	3,6%a	22,2%b	17,0%
	Baja	10,7%a	12,5%a	12,0%
	Adecuada	46,4%a	47,2%a	47,0%
	Alta	25,0%a	9,7%b	14,0%
	Muy Alta	10,7%a	1,4%b	4,0%
	Atípica	3,6%a	4,2%a	4,0%
Escala Emocional Intrapersonal	Atípica y Deficiente	3,6%a	8,3%a	7,0%
	Muy Baja	7,1%a	9,7%a	9,0%
	Baja	10,7%a	12,5%a	12,0%
	Adecuada	50,0%a	56,9%a	55,0%
	Alta	21,4%a	5,6%b	10,0%
	Muy Alta	7,1%a	2,8%a	4,0%
	Atípica		4,2%a	3,0%
Escala Emocional Interpersonal	Atípica y Deficiente		5,6%a	4,0%
	Muy Baja	7,1%a	11,1%a	10,0%
	Baja	3,6%a	12,5%a	10,0%
	Adecuada	50,0%a	43,1%a	45,0%
	Alta	21,4%a	15,3%a	17,0%
	Muy Alta	10,7%a	12,5%a	12,0%
	Atípica	7,1%a		2,0%
Escala Emocional de Adaptabilidad	Atípica y Deficiente		6,9%a	5,0%
	Muy Baja	3,6%a	9,7%a	8,0%
	Baja	7,1%a	13,9%a	12,0%
	Adecuada	25,0%a	38,9%a	35,0%
	Alta	39,3%a	13,9%b	21,0%
	Muy Alta	17,9%a	9,7%a	12,0%
	Atípica	7,1%a	6,9%a	7,0%

Competencias	Categorías	Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Escala Emocional Manejo del Estrés	Atípica y Deficiente	3,6%a	2,8%a	3,0%
	Muy Baja	14,3%a	6,9%a	9,0%
	Baja	25,0%a	18,1%a	20,0%
	Adecuada	39,3%a	43,1%a	42,0%
	Alta	14,3%a	19,4%a	18,0%
	Muy Alta		5,6%a	4,0%
	Atípica	3,6%a	4,2%a	4,0%
Escala de Impresión Positiva	Atípica y Deficiente	3,6%a	4,2%a	4,0%
	Muy Baja	7,1%a	16,7%a	14,0%
	Baja	14,3%a	22,2%a	20,0%
	Adecuada	46,4%a	45,8%a	46,0%
	Alta	17,9%a	6,9%a	10,0%
	Muy Alta	3,6%a	2,8%a	3,0%
	Atípica	7,1%a	1,4%a	3,0%

Fuente: elaboración propia

Con relación a los síndromes internalizantes, se evidencia que el 19% de los adolescentes participantes del estudio se encuentran en riesgo de padecer este tipo de situaciones o lo padecen en el rango clínico. El 17% de los adolescentes se identificó con el síndrome ansioso – depresivo en rango clínico y 13% en riesgo de desarrollarlo. El 19% está en riesgo de padecer el síndrome retraído - depresivo. La subescala de quejas somáticas indica que solo el 6% se está clínicamente afectado, y 16% en riesgo de sufrirlo. Aunque en ninguno de los casos los indicadores superan el 20% de los participantes, sigue siendo una proporción importante que demanda atención para la reducción de estas sintomatologías.

En lo referente al síndrome externalizante, solo el 13 % de los participantes están en riesgos de manifestarlo, encontrándose que la subescala de ruptura de reglas señala en riesgo al 11 % de los participantes y la de comportamiento agresivo al 13%.

Tabla 4. Descriptivos de los Síndromes Internalizantes y Externalizantes

Síndromes	Categorías	Total
Síndromes Internalizantes	Normal	62,0%
	En Riesgo	19,0%
	Rango Clínico	19,0%
Ansioso Depresivo	Normal	70,0%
	En Riesgo	13,0%
	Rango Clínico	17,0%
Retraído Depresivo	Normal	72,0%
	En Riesgo	19,0%
	Rango Clínico	9,0%
Quejas Somáticas	Normal	75,0%
	En Riesgo	16,0%
	Rango Clínico	9,0%
Síndromes Externalizantes	Normal	81,0%
	En Riesgo	13,0%
	Rango Clínico	6,0%
Comportamiento de Ruptura de Reglas	Normal	86,0%
	En Riesgo	11,0%
	Rango Clínico	3,0%
Comportamiento Agresivo	Normal	83,0%
	En Riesgo	13,0%
	Rango Clínico	4,0%

Al realizar las correlaciones entre las variables se evidencia una relación inversa o negativa entre las competencias socioemocionales y los síndromes internalizantes y externalizantes.

Tabla 5. Relación entre competencias socioemocionales y síndromes internalizantes e internalizantes

	Cociente Emocional Total	Escala Emocional Intrapersonal	Escala Emocional Interpersonal	Escala Emocional de Adaptabilidad	Escala Emocional Manejo del Estrés	Escala de Impresión Positiva
Síndromes Internalizantes	-,330**	-,214*	,011	-,324**	-,211*	-,173
Ansioso Depresivo	-,372**	-,309**	-,020	-,380**	-,245*	-,146
Retraído Depresivo	-,313**	-,236*	-,013	-,243*	-,218*	-,193
Quejas Somáticas	-,125	,042	,068	-,153	-,054	-,112
Síndromes Externalizantes	-,502**	-,246*	-,266**	-,490**	-,171	-,271**
Comportamiento de Ruptura de Reglas	-,350**	-,215*	-,225*	-,268**	-,138	-,218*
Comportamiento Agresivo	-,539**	-,227*	-,253*	-,587**	-,168	-,266**

Fuente: elaboración propia

En cuanto a los síndromes internalizantes correlacionaron de forma muy significativa con las competencias socioemocionales en su cociente emocional general, y evidenciaron correlaciones negativas significativas específicas con la competencia intrapersonal, el manejo de estrés, y la adaptabilidad. Al analizar las subescalas, se evidencia que, los síndromes ansioso-depresivo y retraído-depresivo, mostraron relación negativa significativa con las competencias intrapersonal, adaptabilidad y manejo de estrés; mientras que las quejas somáticas no mostraron relación significativa con ninguna de las competencias socioemocionales.

En los síndromes externalizantes se observó una fuerte correlación negativa con el cociente emocional general y de forma específica con las subescalas de competencia intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad e impresión positiva. En las subescalas de rupturas de reglas y comportamiento agresivo se encontró fuerte correlación con el cociente emocional general

y con las subescalas de competencia intrapersonal e interpersonal, la adaptabilidad y la impresión positiva.

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos de esta investigación fue identificar los síndromes internalizantes y externalizantes en los adolescentes víctimas del conflicto armado, se evidenció la presencia de conductas internalizantes coincidiendo con lo señalado por diferentes investigadores (Hernández-Barrera, 2011; Mels, 2012; Soler, 2008).

La adolescencia es una etapa del desarrollo donde la sintomatología afectiva y comportamental es bastante frecuente, los resultados de esta investigación indicaron que en los adolescentes participantes se encontró principalmente la presencia o el riesgo de los síndromes internalizantes ansioso-depresivo, retraído-depresivo, quejas somáticas, y síndromes externalizantes del tipo comportamiento de comportamiento agresivo y ruptura de reglas en menor grado. Estos síndromes también fueron identificados en estudios sobre psicopatología en la adolescencia (Daset et al., 2009) y afectaciones psicológicas de adolescentes expuestos al conflicto armado (Hewitt et al., 2014).

Los resultados obtenidos confirman la hipótesis planteada inicialmente sobre la relación negativa entre las competencias socioemocionales y los síndromes internalizantes y externalizantes, coincidiendo con los resultados encontrados por otros investigadores en diferentes contextos, lo que permite concluir que existe un valor predictivo entre las competencias socioemocionales y la disminución de sintomatología de ansiedad, depresión, difusión social, síntomas somáticos, suicidio, conductas disociales; y que los niveles bajos de competencias socioemocional se pueden asociar a trastornos mentales (Garaigordobil, 2005; Shabani et al., 2010; Ruvalcaba et al., 2013; Suárez, 2012; Ruvalcaba et al., 2012; Nikpour, 2012). Estos hallazgos son acordes con el aporte teórico de Bar-On (2006), que sostiene que las capacidades para manejar las emociones, la adaptabilidad, las relaciones interpersonales y el manejo del estrés, favorecen la salud mental al evitar predecir el desarrollo de alteraciones psicológicas y facilitar las destrezas necesarias para la resolución de problemas.

Atendiendo a lo expuesto, las instituciones educativas como entorno activo en donde el adolescente interactúa la mayor parte de su tiempo, pueden actuar como facilitador de la estimulación de conductas emocionales

Marina Begoña Martínez-González, Diana C. Pérez Pedraza, Isaura E. García-Chávez,
Jesús Banquez, Paola Córdoba, Esquelin Canchila, Eliana T. González-Montes,
Cindy P. Hernández Henríquez, Aracelis López Díaz, Leidy Luz Hadechini Meza

y sociales adecuadas; por lo tanto, se recomienda que en las instituciones educativas se brinden oportunidades de enseñanza-aprendizaje enfatizadas en el desarrollo de las competencias socioemocionales, pues, estas se desarrollan y modifican en todas las etapas de la vida. Así mismo, esta investigación resalta la necesidad de que en las instituciones encargadas de velar por el bienestar psicosocial de las personas víctimas del conflicto armado, se diseñen e implementen programas de intervención psicológica basados en el fortalecimiento de competencias socioemocionales.