

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ACERCA DE LA SALUD – ENFERMEDAD Y SU RELACIÓN CON EL CONFLICTO ARMADO EN LA PROVINCIA DE ESMERALDAS. HOSPITAL GENERAL ESMERALDAS SUR DELFINA TORRES DE CONCHA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2019

AUTOR: JORGE EDUARDO APUNTE FAJARDO

DIRECTOR: DR. FREDDY CARRIÓN

QUITO 2019

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme puesto en un hogar maravilloso y permitirme llegar hasta aquí con su bendición.

A Jorge Apunte, mi padre por enseñarme el valor del esfuerzo y el trabajo duro.

A Carmita Fajardo mi madre, una mujer virtuosa, mi mayor ejemplo, mi refugio y fundamento, mi amiga y cómplice, quien siempre me ha apoyado y sustentado en todo lo que me he propuesto, quien me ha encaminado en la senda de la rectitud, altruismo y humanismo, gracias mamá por convertirme en quien soy, te amo.

A Victor mi hermano mayor, mi segundo padre, quien desde niño me inculcó el deseo de la curiosidad y el interés por el saber.

A Adriana mi hermana, mi compañera de batallas y mi red de seguridad, quien siempre ha estado para mi sin importar los limitantes.

A Sofía la mujer que Dios puso en mi camino, quien siempre me ha ayudado en todos los ámbitos de mi vida, quien con palabras de amor y paciencia me ha impulsado a seguir adelante y ha sido parte de este largo camino que apenas comienza llamado medicina.

A la Facultad de Medicina de la PUCE por haberme permitido el honor de ser parte de la misma y brindarme la formación académica necesaria para mi vida profesional.

Al Dr. Freddy Carrión y al Dr. Alexis Rivas quienes me han guidado en este proyecto de la forma más acertada logrando hacerlo realidad.

Al Hospital General Esmeraldas Sur "Delfina Torres de Concha" por abrirme sus puertas y haber sido mi hogar durante un año.

A las personas que han sido parte de mi formación académica universitaria así como a los grandes seres humanos que conocí durante mi año de internado y que ahora puedo llamar amigos.

Jorge Eduardo Apunte Fajardo

DEDICATORIA

A mis padres Jorge Apunte y Carmita Fajardo, mis hermanos Victor y Adriana, para mis sobrinos Mateo, Ezequiel y Nicolás esto es un ejemplo de que los objetivos propuestos se cumplen con dedicación, trabajo duro y perseverancia, así mismo para Sofía.

Jorge Eduardo Apunte Fajardo

«El conocimiento no es una vasija que se llena, sino un fuego que se enciende».
Plutarco

ÍNDICE

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS……..……..……...2
DEDICATORIA ……..……..…….3
TABLA DE CONTENIDOS……..……..4
ÍNDICE DE TABLAS……...……...7
ÍNDICE DE FIGURAS……..…….8
RESUMEN Y ABSTRACT……..……...9
Resumen…….…...9
Abstract ..……11
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN…….……..13
CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA……..…..15
2.1. Problemática de los conflictos armados en la salud mental…….15
2.2. Los conflictos armados y la relación con la salud mental……..……16
2.2.1. Depresión en conflictos armados……17
2.2.2. Ansiedad en conflictos armados……..……...22
2.3. Salud mental y conflictos armados…….....25
2.3.1. Experiencias internacionales…….….25
2.3.2. Conflicto armado a nivel regional……..27
2.4. Conflictos armados en el Ecuador…….…….28
2.5. Área de investigación……..28
2.5.1. San Lorenzo……...29
2.5.1.1. Ubicación geográfica…….……....29
2.5.1.2. Historia…….……..29
2.5.1.3. Superficie y división política…….……30
2.5.1.4. Población …….……..31
2.5.1.5. Demografía ……...32
2.5.1.6. Actividades económicas…….……32
2.5.1.7. Servicios de salud…….....……..33
2.5.1.8. Área de conflicto frontera Ecuador - Colombia…….……..…..35
2.5.1.9. Narcotráfico y presencia de grupos armados…….……..….36
2.5.1.10. Atentados …….……...….37

2.5.1.11. Efectos en la población……38
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA……40
3.1. Planteamiento del problema……40
3.2. Objetivos de investigación……40
3.2.1. Objetivo general……40
3.2.2. Objetivos específicos ……40
3.3. Justificación ……41
3.4. Hipótesis ……41
3.5. Tipo de estudio……41
3.6. Estrategia metodológica……42
3.6.1. Selección de informantes……42
3.6.2. Criterios de inclusión……42
3.6.3. Criterios de exclusión……43
3.7. Procedimientos de recolección de información……43
3.8. Test de Hamilton……45
3.9. Entrevista semi estructurada……46
3.10. Análisis de datos……46
3.10.1. Análisis cuantitativo……47
3.10.2. Análisis cualitativo……49
3.11. Aspectos bioéticos……52
3.12. Limitaciones de la investigación……53
CAPITULO IV: RESULTADOS……54
4.1. Análisis cuantitativo……54
4.1.1. Análisis sociodemográfico……54
4.1.2. Análisis del test de Hamilton……54
4.2. Análisis cualitativo……57
4.2.1. Nivel informativo……57
4.2.2. Estado pre exposición……58
4.2.3. Estado post exposición……61
4.2.4. Etapa durante la exposición……64
4.2.5. Nivel de impacto relacionado con los ámbitos: socio laboral y personal…. ……68
4.2.6. Grado de conmoción vinculado a la salud del sujeto investigado……71

4.2.7. Actitudes y prácticas resilientes…….……74
4.2.8. Incursión de los servicios de salud……..……77
4.3. Apreciación de la problemática por parte del investigador……..…80
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN…….,……...……82
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES……..……87
6. 1. Conclusiones…….…….……87
6.2. Recomendaciones …….……..……89
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS……..…….91
CAPÍTULO VIII: ANEXOS ..……..……...……100
8.1. Anexo 1: Entrevista semi estructurada ……100
8.2. Anexo 2: Consentimiento informado ……..……..101
8.3. Anexo 3: Hamilton Depression Rating Scale 1960 (HDRS)…….106

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos para depresión según DSM – V…….21
Tabla 2. Distribución Poblacional de San Lorenzo……..…...…….31
Tabla 3. Matriz operacional de variables cuantitativas…….……...48
Tabla 4. Matriz operacional de variables cualitativas…….…….....50
Tabla 5. Caracterización sociodemográfica de la muestra …….…….55
Tabla 6. HDRS tabla de medidas de tendencia central …….....……57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa político de la provincia de Esmeraldas……...31
Figura 2. Procedimiento de recolección de la información……..45
Figura 3. Nube de ideas estado pre – exposición……..……...……58
Figura 4. Resumen sistemático estado pre – exposición…….…….60
Figura 5. Nube de ideas estado post – exposición……...…….61
Figura 6. Resumen sistemático estado post – exposición……...…….63
Figura 7. Nube de ideas etapa durante la exposición……...……64
Figura 8. Resumen sistemático etapa durante la exposición..…….……67
Figura 9. Nube de ideas impacto en los ámbitos: socio laboral, personal y familiar……68
Figura 10. Resumen sistemático impacto en los ámbitos: socio laboral, personal y familiar……..……...70
Figura 11. Nube de ideas grado de conmoción vinculado a la salud……71
Figura 12. Resumen sistemático grado de conmoción vinculado a la salud……....…73
Figura 13. Nube de ideas actitudes y prácticas resilientes……..…....74
Figura 14. Resumen sistemático actitudes y prácticas resilientes…….…...76
Figura 15. Nube de ideas incursión de los servicios gubernamentales de salud……..77
Figura 16. Resumen sistemático incursión de los servicios gubernamentales de salud…….80

RESUMEN

La salud mental puede deteriorarse en varias situaciones y ser la consecuencia de eventos que marcaron a la persona a lo largo de su vida o simplemente la vivencia de situaciones específicas lo cual conlleva a un franco desequilibrio en la homeostasis del ser humano; haciendo referencia al tema de este estudio, un conflicto armado es una situación que se lleva a cabo debido a causas territoriales, políticas, administrativas, religiosas, ideológicas o de narcotráfico, que puede ser entre un mismo pueblo o diferentes pueblos y que abarca un problema externo o interno (Bembire,2013). A lo largo de la historia se han documentado innumerables conflictos en la población mundial teniendo como denominador común consecuencias y secuelas tanto políticas, económicas, ideológicas sociales y biológicas como psíquicas en las personas que han vivido estas situaciones tanto directa como indirectamente.

En este estudio se buscó identificar y analizar cuáles son las prácticas, conocimientos y actitudes con relación a la salud – enfermedad en las personas que vivieron y fueron víctimas de un conflicto armado y así mismo clarificar las consecuencias y percepciones de lo experimentado.

La investigación involucro una metodología cualitativa en la cual se seleccionó a 15 informantes civiles adultos, de ambos sexos respetando criterios de diversidad y pluralidad que viven en los cantones afectados por el conflicto armado suscitado en el año 2018 en la frontera con Colombia de la provincia de Esmeraldas en el primer trimestre del año 2019 y con diagnóstico de patología psiquiátrica o en tratamiento de los diferentes servicios del Hospital General Esmeraldas Sur “Delfina Torres de Concha” de la provincia de Esmeraldas y a través de la aplicación del test de Hamilton y posteriormente la aplicación de una entrevista abierta semi estructurada, así también se realizó una ficha para bosquejar el perfil sociodemográfico de los individuos.

Se encontró que el 87% (n: 13) de los sujetos estudiados fueron ecuatorianos mientras que el restante fueron extranjeros 13% (n: 2), el 67% (n: 10) se identificó perteneciente a la etnia negra seguidos de la mestiza con el 27% (n: 4), el 73% (n: 11) correspondió al sexo femenino mientras que el 27% (n: 4) al género masculino. El test de Hamilton que se aplicó a los 15 participantes revelo que el 86,6% (n: 13) estaba vinculado a patología mental relacionada a depresión en varios niveles, de este grupo la mayoría fueron mujeres

con el 73,27% (n: 11), del total de los sujetos estudiados con patología mental estos fueron estratificados en grados de depresión según los puntos de corte del test de Hamilton, además se describieron y analizaron las actitudes, prácticas, pensamientos y conocimientos que poseen las personas afectadas con respecto a la violencia armada hallando al miedo, la desolación y desesperanza como denominadores comunes generando un problema en esta sociedad que además perciben el abandono y desinterés gubernamental como factor agravante de su situación.

PALABRAS CLAVE: Victimas, Violencia, Conflicto armado, población civil, Hamilton, Entrevista semi estructurada

ABSTRACT

Mental health can deteriorate in several situations and be the consequence of events that marked the person throughout his life or simply the experience of specific situations which leads to a frank imbalance in the homeostasis of the human being; referring to the subject of this study, an armed conflict is a situation that is carried out due to territorial, political, administrative, religious, ideological or drug trafficking causes, which may be between the same people or different peoples and that covers a problem external or internal (Bembire, 2013). Along the history, innumerable conflicts have been documented in the world population having as common denominator consequences and consequences both biological and psychic in people who have experienced these situations both directly and indirectly.

This study sought to identify and analyze what are the practices, knowledge and attitudes in relation to health - illness in people who lived and were victims of an armed conflict and also clarify the consequences and perceptions of what was experienced.

The research involved a qualitative methodology in which 15 adult informants, of both sexes were selected respecting criteria of diversity and plurality that live in the cantons affected by the armed conflict raised in 2018 in the first quarter of 2019 and with a diagnosis of psychiatric pathology or in treatment of the different services of the General Hospital Esmeraldas Sur Delfina Torres de Concha of the province of Esmeraldas and through the application of the Hamilton test and subsequently the application of a semi-structured open interview so it was also performed a sheet to outline the sociodemographic profile of individuals.

It was found that 87% (n: 13) of the studied subjects were Ecuadorian while the remaining 13% were foreigners (n: 2), 67% (n: 10) were identified belonging to the black ethnic group followed by the mestizo with 27% (n: 4), 73% (n: 11) corresponded to the female sex while 27% (n: 4) to the male gender. The Hamilton test that was applied to the 15 participants revealed that 86.6% (n: 13) was linked to mental pathology related to depression at various levels, of this group the majority were women with 73.27% (n: 11), of the total of the subjects studied with mental pathology, these were stratified in degrees of depression according to the cut-off points of the Hamilton test, and the attitudes, practices, thoughts and knowledge possessed by the affected people were described and analyzed. To armed violence finding fear, desolation and despair as common

denominators generating a problem in this society that also perceive government abandonment and disinterest as an aggravating factor in their situation.

KEYWORDS: Victims, Violence, Armed conflict, civil population, Hamilton, Semi-structured interview

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

En la Conferencia Sanitaria Internacional que se llevó a cabo en la ciudad de Nueva York los días 19 al 22 de junio de 1946, firmada el 22 de julio del mismo año por los representantes de 61 estados inscritos y asentada en las actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, entró en vigor el 7 de abril de 1948 la siguiente definición; "La salud es un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad", tomando en cuenta el enunciado planteado es importante dilucidar que el ser humano se encuentra en una homeostasis constante y el desequilibrio de cualquiera de los estados anteriormente mencionados implicará una alteración en la esfera global del ser humano. (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100)

En cuanto a la salud mental que será el tema a desarrollar, la Organización Mundial de la Salud precisa que: "Es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad". (OMS 2001a, p1).

La salud mental puede deteriorarse en varias situaciones y ser la consecuencia de eventos que marcaron a la persona a lo largo de su vida o simplemente la vivencia de situaciones específicas; haciendo referencia al tema de este estudio, un conflicto armado es una situación que se lleva a cabo debido a causas territoriales, políticas, administrativas, religiosas, ideológicas o de narcotráfico, que puede ser entre un mismo pueblo o diferentes pueblos y que abarca un problema externo o interno (Bembire,2013).

A lo largo de la historia se han documentado innumerables conflictos en la población mundial teniendo como denominador común consecuencias y secuelas tanto biológicas como psíquicas en las personas que han vivido estas situaciones tanto directa como indirectamente.

Se han llevado a cabo varios ensayos e investigaciones a nivel mundial las cuales buscan analizar este fenómeno y de alguna manera realizar una concientización oportuna en los gobiernos y ONGs (Organizaciones no gubernamentales) para implementar intervenciones pertinentes y adecuadas que logren ayudar a las personas afectadas de una manera autentica empezando desde el primer contacto entre el personal de salud y estos grupos poblacionales perjudicados por hechos violentos armados.

El presente estudio se localiza en la república del Ecuador en la provincia costera de Esmeraldas que cuenta con una extensión territorial de 14.893 km² y que está conformada por 7 cantones (Muisne, Atacames, Esmeraldas, Quinindé, Rio Verde, Eloy Alfaro y San Lorenzo) en los que habitan un total de 534.092 personas según el último censo nacional (INEC, 2010) localizándonos específicamente en los cantones fronterizos con Colombia como Rio Verde, Eloy Alfaro y San Lorenzo los cuales tienen un contacto cercano con la violencia proveniente de grupos armados narco delictivos que operan en el sector.

Esta investigación plantea principalmente describir y analizar cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas civiles acerca de la salud y enfermedad y su relación frente al conflicto armado en la provincia de Esmeraldas en el Hospital General Esmeraldas Sur "Delfina Torres de Concha" durante el primer trimestre del año 2019, esto se propone lograr por medio de la aplicación de una entrevista abierta semiestructurada a informantes claves provenientes de los cantones fronterizos directamente afectados y que acuden a la casa de salud antes mencionada así mismo se buscara esbozar una ficha sociodemográfica de cada informante para dilucidar el medio en el que se desenvuelven.

En este contexto, este estudio se direcciona hacia la investigación cualitativa buscando informantes claves para lo cual de cierta forma se tamizo al conglomerado total de personas afectadas procedentes de dichos cantones respetando siempre los criterios de diversidad y pluralidad y obteniendo personas que aporten información valiosa para su posterior análisis.

En cuanto a la estructura y conformación de este estudio consta de:

- Revisión bibliográfica
- Metodología
- Resultados
- Discusión
- Conclusiones y recomendaciones
- Referencias
- Anexos

Los puntos mencionados anteriormente brindan orden en la investigación y logran explicar de manera sistemática y a profundidad las ideas planteadas por el autor.

CAPÍTULO II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Problemática de los conflictos armados en la salud mental:

Las situaciones como en este caso el conflicto armado conllevan varias manifestaciones psíquicas en las población general que sufre estas experiencias de manera directa o indirecta; a lo largo de revisiones, ensayos e investigaciones se han esclarecido las siguientes condiciones: (Quirk & Casco, 1994) (Bracken, Giller, & Summerfield, 1995)

- Trastornos o síntomas depresivos y ansiosos.
- Trastorno de estrés post – traumático
- Afecciones psicosomáticas (cefaleas, lumbagos, trastornos digestivos, etc.).
- Ideación y comportamiento suicida.
- Conflictos y violencia intrafamiliar.
- Abuso de alcohol y sustancias psicoactivas.
- Comportamientos antisociales.
- Trastornos de sueño.
- Trastornos o síntomas disociativos y conversivos.

En cuanto a grupos poblacionales especiales respecto a la salud materno infantil o mujeres puerperales que han sido desplazadas a consecuencia de algún conflicto armado, también se han reportado conductas, actitudes específicas y como factor determinante el estrés al que están sometidas estas mujeres, que no solamente influye en su salud biológica – mental sino también en el desarrollo gestacional de sus hijos generando problemas en su salud. (Gagnon, Carnevale, Mehta, Rousseau, & Stewart, 2013).

Es muy importante tener en cuenta el contexto social al que la mayoría de personas que viven un conflicto armado están expuestas, especialmente los niños y adolescentes, en los cuales la salud mental se ve deteriorada por varios factores, siendo el enfrentamiento bélico y sus consecuencias solamente una parte de este problema integral, como son: la pobreza extrema, la desatención médica, la falta de medicamentos, la educación deficiente y las prácticas y creencias culturales ancestrales como el acudir a curanderos o brujos que utilizan en sus ceremonias hojas, plantas y brebajes de origen desconocido

y con efectos secundarios no descritos, además de aportar con pseudo diagnósticos erróneos en la mayoría de casos lo cual hace aún más difícil el manejo de los afectados, jugando un papel fundamental en el hecho de que la salud mental en esta población se torne un problema y no solamente desde el ámbito de salubridad sino también económico, religioso y social. (Yoder, Tol, Reis, & De Jong, 2016).

Un problema que debe ser resuelto de la manera más rápida por que la progresión del mismo es desgastante en las personas que viven estas situaciones que buscan ayuda de cualquier fuente para salir adelante o recobrar la normalidad de sus vidas antes de los hechos vividos.

2.2 Conflictos armados y la relación con la salud mental:

Durante los conflictos armados, la salud mental tanto individual como colectiva, tiene alto riesgo de verse afectada no sólo de forma inmediata sino también a mediano y largo plazo, situación que se agrava por la poca atención que ha recibido. Es claro que la exposición a eventos traumáticos puede producir un mayor nivel de angustia en cualquier persona e inclusive afectar a amplios grupos de la comunidad, que en su gran mayoría, si bien no sufren en ese momento enfermedad mental alguna, sí están experimentando reacciones anormales producidas por un evento significativo. (Summerfield, 2000)

En Guatemala, un país que sufrió un conflicto armado de más de tres décadas, la Organización Panamericana de Salud realizó una investigación en el año de 1998, en la que se utilizaron principalmente técnicas cualitativas y algunos de los hallazgos más significativos fueron que los problemas de salud mental aparecieron o se incrementaron durante y después del conflicto armado. Actualmente a la mayoría de las personas, especialmente en las zonas rurales e indígenas, les invade una sensación de frustración y desesperanza y en jóvenes de las zonas rurales afectadas por la guerra, se observó un incremento de las adicciones, en especial alcohol y tabaco; también, aunque en menor proporción, se observó inhalación de pegamento o gasolina, lo cual era prácticamente desconocido hasta entonces. Se evidenció que a pesar de los motivos aparentemente banales de los actos suicidas, existía una gran desesperanza con respecto a su futuro, la frustración por no haber alcanzado los objetivos por los cuales lucharon sus padres o ellos mismos, además de la pobreza durante el conflicto armado se transformó la vida de las

familias y se produjo una gran desconfianza entre las personas, la comunicación era pobre y había mucho miedo o temor.

Las personas vieron o experimentaron situaciones muy traumáticas como muertes, violencia, torturas, masacres, desapariciones, entre otras, situaciones las cuales conllevan a un desequilibrio como sociedad puesto que las actividades diarias no se llevan con normalidad. La gente se empobreció más y muchos perdieron su pequeño patrimonio así mismo apareció el fenómeno de proliferación de sectas religiosas (fundamentalmente evangélicas) en detrimento de las prácticas tradicionales (mayas) y de la propia religión católica buscando un refugio para desbocar el problema de fondo del cual fueron víctimas. (Rodriguez, 2007)

En una investigación llevada a cabo en Uganda el objetivo fue determinar la extensión del trauma psíquico e identificar los problemas de salud mental más frecuentes en personas desplazadas en los últimos años por los conflictos armados y los investigadores lograron demostrar que el 94% de las personas sufrieron algún tipo de trauma psíquico por la separación forzada, así como también que el 83% de los sujetos estudiados tenían escasez de agua y alimento y por último que el 32% sufrieron trastorno de estrés postraumático. (Peltzer, 1999)

En la exposición a conflictos armados o hechos de violencia con intervención militar también se ha observado que las personas que estuvieron expuestas a eventos de guerra tienen más riesgo de sufrir trastornos mentales incluso 10 años después de haber sido parte de los sucesos, mostrándose con prevalencia de trastorno depresivo o de ansiedad casi en la mitad de ellos y estrés postraumático en un tercio lo cual señala evidencia fuerte acerca del nivel de afectación de la psiquis en eventos bélicos que involucran pugnas por intereses o demás. (Talbott, 2005)

2.2.1 Depresión en conflictos armados

Antes de ahondar específicamente a la depresión en los conflictos armados es importante y se debe considerar dos formas básicas de depresión, la exógena y la endógena.

La depresión exógena o reactiva obedece a una o varias causas externas generalmente bien definidas (perdida de un familiar o un ser amado, perdida monetaria o de posición social, enfermedad invalidante, etc.). La depresión endógena, en cambio, no tiene causa externa manifiesta, lo cual lleva a considerarla una alteración netamente biológica,

como ocurre en la psicosis bipolar (maniaco – depresiva) o unipolar (depresiva). (Guadamarra, Escobar, Zhang, 2008)

En la vida diaria los estímulos que pueden generar depresión son multifactoriales y todos ellos tienen como denominador común el constituir estresores con valor afectivo solo para el individuo que resulta afectado. Ese valor afectivo varía de individuo a individuo y como ya se mencionó antes la experiencia de cada individuo es la variable que introduce la diferencia en la respuesta. En otras palabras el estrés es un factor importante para el desarrollo del estado depresivo reactivo y este no pueda separarse de los cambios biológicos (fisiológicos y hormonales) que normalmente son concomitantes con el estrés, asociado todo ello al eje hipotálamo – hipófisis – suprarrenal. Por lo tanto se puede inferir que la depresión exógena depende de la calidad y cantidad del estímulo ambiental estresor y los substratos biológicos (genéticos, bioquímicos y moleculares) que determinan las alteraciones en la homeostasis y por ende en la función cerebral. (Escobar, 2004)

Al ser la depresión una patología exclusivamente de índole mental el desarrollo de la misma está relacionada directamente con el entorno de la persona afectada dado que la interacción con un medio que refuerce negativamente al individuo causara una sensibilización en relación compleja entre la disfunción de la serotonina, y la hipersensibilidad al estrés causando de cierta manera vulnerabilidad frente al desarrollo de un trastorno depresivo. (Acosta & Alberto, 2016)

Se piensa cada vez más que la dopamina desempeña un papel importante en la fisiopatología del trastorno depresivo debido a que las amenazas ambientales percibidas por la amígdala aumentan los niveles de dopamina en la corteza pre frontal y el núcleo estriado ventral, la retroalimentación inhibitoria local asegura un retorno a la homeostasis sin embargo, un factor estresante grave puede interrumpir este sistema de retroalimentación al alterar los niveles del factor neurotrófico derivado del cerebro. (Nestler & Carlezon, 2006)

La retroalimentación anormal en el sistema de dopamina estriatal puede ayudar a explicar por qué los pacientes deprimidos a menudo atribuyen una atención inadecuada a estímulos incluso levemente negativos además, se cree que los cambios en el sistema de dopamina en el núcleo estriado subyacen a la anhedonia informada por muchos pacientes. (Dunlop & Nemeroff, 2007)

La depresión mayor ocurre con más frecuencia en pacientes con factores de riesgo específicos. Estos múltiples factores interactivos constituyen vías amplias para el desarrollo de la enfermedad: (Kendler, Gardner, & Prescott, 2006)

- *Factores de internalización.*

  Son circunstancias mediante las cuales un individuo incorpora en su personalidad los patrones de conducta prevalecientes en la sociedad. (Zanden, 1995)

  - Genética
  - Neuroticismo
  - Baja autoestima
  - Trastorno de ansiedad de inicio temprano
  - Historia pasada de depresión mayor.

- *Factores de externalización.*

  Son elementos que derivan en problemas no dentro de cada individuo, sino como producto de la cultura y la historia, estos problemas se entienden como algo que ha sido creado socialmente a lo largo del tiempo que en un comienzo pudo haber sido tomado por parte del individuo afectado como un medio de aceptación que después origino un problema mayor o simplemente el hecho de haber sido una causa de base. (Carey & Russell, 2002)

  - Uso indebido de sustancias
  - Trastorno de conducta

- *Factores de Adversidad:*

  La presencia de circunstancias desfavorables, adversas u hostiles a las cuales un individuo está expuesto juega un papel fundamental en el posterior desarrollo de cuadros de depresión.

  - Trauma durante la infancia o la edad adulta.
  - Eventos estresantes de la vida en el último año.

- Pérdida familiar
- Baja calidez familiar
- Historia de divorcio.
- Problemas maritales.
- Bajo apoyo social.
- Baja educación

Cualquiera de los factores de riesgo que se presentan anteriormente podría hacer las veces de detonante en el desarrollo de la depresión pero en el caso de esta investigación son centrales los eventos estresantes de la vida durante el último año (conflicto armado) el bajo apoyo social que recibieron los afectados por dicho conflicto la perdida familiar que en esta población se presentó mayormente por el desplazamiento y como factor agravante la baja escolaridad de las personas damnificadas a estos factores se les debería brindar especial atención como agentes de adversidad que encaja de manera completa en la población sometida a conflictos armados.

Un episodio depresivo mayor se caracteriza por un estado de ánimo bajo o una incapacidad para experimentar placer, o ambos, durante más de 2 semanas, combinado con varios síntomas cognitivos y vegetativos así mismo la aparición de angustia o deterioro.(Frances, Pincus, First, Ross, & Davis, 2015)

Se puede hacer un diagnóstico de trastorno depresivo mayor si una persona sufre al menos uno de los episodios antes descritos (sin haber experimentado nunca manía).
La asociación americana de psiquiatría nos presenta en la última actualización del manual DSM – V los criterios para el diagnóstico de depresión. (Tabla 1). Sin embargo, la mayoría de las personas con trastorno depresivo mayor tienen episodios múltiples, es importante destacar que varias enfermedades médicas como la diabetes, enfermedades del corazón, trastornos autoinmunes y dolor son diagnósticos comórbidos comunes y los cuales pueden ser la causa o del detonador para desembocar en este tipo de patología psiquiátrica. (Demyttenaere et al., 2006)

Tabla 1. Criterios diagnósticos para depresión según DSM - V

Criterios Diagnósticos para Depresión DSM - V
Uno o más de los síntomas principales al menos durante 2 semanas
- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día. - Anhedonia o marcada disminución del interés o placer en casi todas las actividades.
Cinco o más de los siguientes síntomas adicionales durante un periodo de 2 semanas
- Pérdida de peso clínicamente significativa. - Insomnio o hipersomnia. - Agitación o retraso psicomotor. - Fatiga o pérdida de energía. - Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos. - Capacidad disminuida para pensar o concentrarse. - Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

Fuente: American Psychiatric Association. 2014 DSM – V

Como parte del manejo inicial es de vital importancia brindar al o los afectados un lugar seguro con comida, agua, refugio y comodidad, la separación de los seres queridos es un factor estresante importante es por eso que proporcionar información es prioritario así como ayudar a las personas a encontrar a sus familiares y seres queridos. (Drury et al., 2013) de esta manera se lograra aplacar inicialmente factores estresores que puedan desembocar en episodios relacionados a salud mental.

La utilidad de implementar terapia grupal para poder fomentar la narrativa de las experiencias vividas, compartir situaciones similares y ayudar mejorar la convivencia

en una sociedad en la cual han sufrido los mismos hechos de violencia es de ayuda para poder superar episodios que comprometan directamente a la salud mental disminuyendo los síntomas que a futuro se podrían presentar. (Ruf et al., 2010)

2.2.2 Ansiedad en conflictos armados

La ansiedad se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente que es difícil de controlar, genera angustia o deterioro significativo de la calidad de vida otras características incluyen síntomas psicológicos propios de la ansiedad como la aprensión y la irritabilidad además de los síntomas físicos o somáticos como el aumento de la fatiga y la tensión muscular esto por el hecho de vivir un conflicto armado y tomar parte de las experiencias de los actos de violencia. (Wittchen et al., 2011)
Ciertas estructuras neuroanatómicas juegan un papel fundamental en cuanto al desarrollo de la ansiedad entre las cuales destacan:

- La amígdala

Es una estructura localizada en el lóbulo temporal y sirve para coordinar y regular las reacciones de alarma involucradas en el miedo y la ansiedad. Las proyecciones se dirigen a los sistemas neurohumorales, autonómicos y musculo esqueléticos asociados con los mecanismos de respuesta a la ansiedad y el miedo. La amígdala sería también un centro regulador, evaluando los estímulos exteroceptivos e interoceptivos e iniciando respuestas viscerales y conductuales de alarma y su función estaría mediada por receptores noradrénérgicos, benzodiacepínicos y 5HT-1A. (Goddard, Charney, 1997).

- Locus ceruleus

Está localizado en el puente cerca del cuarto ventrículo, es el principal núcleo conteniendo norepinefrina en el cerebro y su acción está regulada por receptores GABA-benzodiacepínicos y serotoninérgicos con efecto inhibitorio y por el péptido intestinal vasoactivo (VIP), factor liberador de corticotropina, la substancia P y acetilcolina, con efecto activador, este recibe información de los sistemas que monitorean el ambiente interno y externo. El locus ceruleus envía eferencias a la amígdala, hipocampo, hipotálamo, corteza y médula espinal, implicados en las situaciones de miedo y ansiedad. Por todo esto se convierte en un centro imprescindible para la respuesta ante cambios del medio interno y externo. Se activa por reducción de la presión sanguínea y del volumen

sanguíneo, cambios de la termorregulación, hipercapnia, hipoglicemia, distensión de vejiga, estómago y colon, estímulos sensoriales nocivos y por amenaza, lo que lo convierte en un centro de alerta para la supervivencia de los individuos. (Goddard, Charney, 1997).

- El tálamo

Se localiza en el centro del diencéfalo y funciona como una estación de relevo que canaliza los estímulos ambientales a toda la corteza. En situaciones de peligro retransmite las señales sensoriales hacia la amígdala y cuando se lesiona no se presenta reacción de miedo esperada ante un estímulo acústico. (Goddard, Charney, 1997).

- El hipotálamo

Esta estructura es un conglomerado de núcleos y el segundo componente del diencéfalo, localizado rostralmente desde la región óptica hasta los cuerpos mamilares. Está involucrado en la activación simpática y en la liberación neuroendocrina y neuropéptidica inducida por el estrés. (Goddard, Charney, 1997).

- Substancia gris

Este conglomerado parece estar ligado a la respuesta al miedo. Un peligro inminente es trasmitido desde la amígdala, desarrollando un comportamiento defensivo a través de la substancia gris periacueductal lateral; mientras que un peligro menor provoca un comportamiento de "congelamiento" por la vía de la substancia gris periacueductal ventrolateral. (Goddard, Charney, 1997).

- Hipocampo

El sistema hipocampal tiene conexiones con estructuras límbicas y áreas sensoriales corticales así mismo tiene alta densidad de receptores 5HT-1A y se cree juega un papel importante en la ansiedad tomando en cuenta que los agonistas de estos receptores como la buspirona logran controlarla. (Goddard, Charney, 1997).

- Corteza orbito frontal

Esta estructura con la recepción de información sensorial y con sus ricas interacciones recíprocas con las estructuras límbicas juega un papel importante en la interpretación de los eventos emocionalmente significativos, seleccionando y planeando el

comportamiento de respuesta ante una amenaza, así como también monitoreando la efectividad de esas respuestas. La presencia de altas concentraciones de receptores 5HT-2 en esta región plantea la posibilidad de su involucramiento en la interpretación del material emocional (Goddard, Charney, 1997).

La patogenia de este estado mental está relacionada a un aumento relativo en el metabolismo de la glucosa en las partes del lóbulo occipital, lóbulo temporal posterior derecho, giro inferior, cerebelo y giro frontal derecho, además a una disminución absoluta de este metabolismo antes mencionado en los ganglios basales, también se encontró un aumento de la actividad anticipatoria posterior al estímulo captado bilateralmente en la amígdala dorsal, así pues estas señales son las que indican imágenes neutrales y aversivas futuras, lo que proporciona evidencia de una capacidad de respuesta emocional. (Nitschke et al., 2013).

Se ha encontrado evidencia de que los pacientes con trastorno de ansiedad generan amplios recursos de atención a estímulos amenazadores de esta forma detectan "amenazas" de manera rápida y efectiva malinterpretando la información ambigua como amenazadora especialmente cuando el material de amenaza visual está en formato verbal-lingüístico. (Dugas, Marchand, & Ladouceur, 2014).

En cuanto a la relación de la personalidad del individuo con el trastorno de ansiedad es más probable que ocurra en personas con "inhibición del comportamiento", y se refiere a la tendencia del individuo hacia la timidez, por ejemplo en situaciones claves en las cuales se requiere tomar decisiones rápidas como refugiarse del peligro, así mismo la afectividad negativa o neuroticismo en cuanto a ser un rasgo de personalidad el cual se asocia con el trastorno de ansiedad. (Wells & King, 2006).

La persistencia de la preocupación excesiva y generalizada caracteriza al trastorno de ansiedad explicándose como un origen completamente cognitivo como ejemplos, los individuos afectados pueden:

- Escanear constantemente el entorno en busca de señales de amenaza.
- Desarrollar la preocupación en un intento de resolver problemas.
- Preocuparse por evitar la respuesta de miedo.
- Tener intolerancia a la incertidumbre o ambigüedad.

- Preocuparse por lo incontrolable y las presuntas consecuencias peligrosas de preocuparse.

Cuando la persona afectada cumple con los criterios diagnósticos específicos descritos en el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, Quinta edición. (DSM-V) se tiene un diagnóstico claro de patología mental entre estos criterios las personas con trastorno de ansiedad experimentan ansiedad y preocupación excesivas e incontrolables que involucran varias áreas de funcionamiento la mayoría de los días durante al menos 6 meses.

La ansiedad debe asociarse con al menos tres de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga, disminución de la concentración, irritabilidad, tensión muscular o problemas para dormir. Los pacientes tienden a expresar nerviosismo excesivo crónico, preocupación exagerada, tensión e irritabilidad que parecen no tener causa o son más intensas de lo que justifica la situación.

Los signos físicos tales como dolores de cabeza, temblores, espasmos o sudoración a menudo se desarrollan, lo que conduce a más preocupaciones.
Los síntomas del trastorno de ansiedad tienden a aparecer y desaparecer con el tiempo, con exacerbaciones a corto plazo de ansiedad aguda en respuesta al estrés. (Goddard, 2019)

2.3 Salud mental y conflictos armados

2.3.1. Experiencias internacionales

En un estudio realizado en Liberia se ha descrito que el uso de sustancias durante un conflicto armado se volvió más frecuente en los adolescentes de dicha sociedad, esto a su vez desencadenó consecuencias tanto individuales como la adicción a dichas sustancias y mala salud física, así como problemas de salud mental per se, un ejemplo de esto; un entrevistado de dicho artículo refiere que el haber sido víctima del conflicto armado desembocó en tristeza y el uso de sustancias aplaca este sentimiento, en cuanto a las consecuencias sociales el aislamiento familiar y comunitario, el aumento del crimen en

las calles, la violencia en general, el trabajo y riesgo sexual en adolescentes, fueron las más destacadas. (Prust et al., 1234).

Jerusalén y la Franja de Gaza son zonas donde se han venido desarrollando conflictos armados de diferente índole desde hace varios años, frente a esto un grupo de investigadores planteó la necesidad de dilucidar los problemas resultantes de esta pugna, los sujetos de estudio estuvieron sometidos al mismo determinante estresor y desarrollaron trastorno de estrés post-traumático y depresión, la diferencia es que las mujeres quedaron destruidas por dicha situación y no sintieron estar realizadas como mujeres ya que no tenían acceso a la educación ni un auto crecimiento; en cuanto a los hombres, estos demostraron indicios de compromiso en su salud mental por el hecho de no poder sustentar un hogar o proteger a la familia dado el conflicto armado que estaban viviendo en el período de tiempo en el que se realizó el estudio.

En contraste con los síntomas discretos que comprenden las medidas convencionales de depresión como problemas con el sueño, apetito, falta de energía o apatía y el estrés relacionado con el trauma manifestado por pensamientos recurrentes o intrusivos, esfuerzos para evitar el pensamiento, lugares o actividades.

La población estudiada encontró una forma más existencial de sufrimiento social, que según ellos implica la participación gubernamental negativa con relación a los contextos económicos y políticos que a larga data se han ido deteriorando y afectando de forma directa a este grupo de habitantes que expresan sentimientos de ruptura o destrucción emocional y agotamiento psicológico. (Barber et al., 2016)

En un estudio llevado a cabo en la República Democrática del Congo en desplazados sudaneses que fueron los participantes de dicha investigación, describieron tres tipos principales de violencia: abuso emocional y verbal, violencia física y violencia sexual.
En general, el abuso verbal, a menudo descrito como "pelear", fue discutido con mayor frecuencia. Los participantes en ambos países describieron cómo los niños, los hombres borrachos y otras niñas perpetraron esta forma de violencia en entornos públicos como puntos de agua, campos deportivos, escuelas, mercados y carreteras. (Stark et al., 2017)

Este artículo proporcionó evidencia de que la violencia familiar, más la violencia política que se desencadena en algún tipo de conflicto armado, desplazamiento o conflicto bélico es un predictor consistente de la trayectoria de salud mental de los jóvenes, y que el conflicto político que separa los hogares, interrumpe el acceso de las familias a los recursos económicos y sociales.

Frente a la necesidad de una intervención para el tratamiento de la salud mental en niños y adolescentes, se realizó una investigación al noreste de Myanmar para lograr identificar, evaluar y generar un posterior tratamiento frente a las diferentes necesidades y problemas que se descubran, en este contexto las tesituras más frecuentes fueron problemas de comportamiento, uso de sustancias, sentirse triste, deprimido y desesperado.

Las descripciones enfatizaron la interconexión entre los problemas y en general, la mayoría de estos estaban relacionados con eventos específicos, que sugieren que los síntomas en sí mismos son respuestas a situaciones inusuales; sin embargo, los problemas también estaban vinculados a los factores estresantes psicosociales actuales, como la pobreza, la mala nutrición y la discriminación. De esta forma se ratifica que los niños, adolescentes y adultos que están expuestos a un conflicto armado por un corto o largo período de tiempo necesitan una intervención para evaluar su salud mental y tratar patologías o secuelas psiquiátricas. (Lee, Nguyen, Russell, Aules, & Bolton, 2018).

2.3.2. Conflicto armado a nivel regional:

En el marco regional, el conflicto armado en el vecino país de Colombia es uno de los ejemplos más polémicos, conocidos y duraderos puesto que sin duda alguna ha perdurado ya desde hace algunas décadas y aún en la actualidad continúa generando comentarios al respecto, en contraste a la salud mental se ha comenzado a visualizar en personas que vivieron esta situación:

- Trastorno de estrés post – traumático.
- Trastorno de duelo prolongado.
- Graves episodios de angustia con rasgos generales de trastorno de duelo prolongado y trastorno de estrés postraumático.
- Casi todos los casos de trastorno de estrés post traumático presentaron "problemas para recordar", "entumecimiento" e "irritabilidad".

- Disminución del sentido de la vida.
- También se encontraron altas probabilidades de que las personas con trastorno de estrés post traumático presenten "recuerdos intrusivos", "sentirse molesto", "reacciones físicas" y "evitar pensamientos".

Las personas expuestas a traumas y pérdidas corren un alto riesgo de desarrollar trastornos mentales como el trastorno de estrés post traumático y el trastorno de duelo prolongado. Este estudio muestra que se pueden identificar subgrupos, al separarlos o clasificarlos tanto por la gravedad de los síntomas como por el tipo de respuesta emocional. La evidencia presentada sugiere una asociación entre diferentes variables: la clase y el género, el nivel de exposición al conflicto y otros eventos traumáticos, la relación con la persona y la perdida (familiar, amigo cercano vs. lejano), el tiempo transcurrido desde la pérdida y también la cantidad de apoyo recibido.

Estas variables representan una gama de factores de riesgo que pueden ayudar a identificar y estratificar subgrupos de personas expuestas a traumas y pérdidas con alto riesgo de patrones de síntomas específicos. (Heeke, Stammel, Heinrich, & Knaevelsrud, n.d.).

2.4 Conflictos armados en el Ecuador:

El trastorno de estrés post traumático fue estudiado en ex combatientes ecuatorianos miembros de la asociación de comandos y paracaidistas en servicio activo y pasivo de las fuerzas armadas del Ecuador los cuales participaron directamente en los conflictos armados de 1941, 1981 y 1995. Los datos encontrados demuestran que en el 87% de los participantes del estudio presentaron complicaciones físicas o psicológicas, mientras que en el 13% restante no se evidenciaron. El tiempo promedio de permanencia activa en el conflicto bélico fue de 68 días con una mediana de 60 días y una moda de 30 días, tomando en cuenta que el mínimo de días fue de 3 y el máximo de 210 días.

La prevalencia del trastorno de estrés post traumático analizado a través de la encuesta de Davidson alcanzó un valor de 73.5 % y fue estadísticamente significativo, de lo cual se puede inferir una fuerte asociación entre este trastorno y las personas que fueron participes de este conflicto bélico.

La conclusión y recomendación por parte del autor de este trabajo de investigación es que la religión cumple roles fundamentales en el ser humano y en el caso de la medicina se la

usaría como una red de apoyo, sin embargo, no se demostró como variable estadísticamente significativa, pero de todas maneras se debería considerar como un factor protector. (Paredes et al, 2017).

2.5. Área de investigación

La provincia de Esmeraldas es una de las 24 provincias que pertenecen al territorio ecuatoriano. Esta se encuentra ubicada en el área más septentrional del país y forma parte de la región litoral o costa cuenta con una extensión territorial de 14.893 km² en los que habitan un total de 534.092 personas según el último censo nacional (INEC, 2010) la provincia está conformada por 7 cantones que son Muisne, Quinindé, Atacames, Esmeraldas, Rio verde, Eloy Alfaro y San Lorenzo, cada uno constituido a su vez por parroquias urbanas y rurales. Para la presente investigación es de vital importancia recalcar cuatro de ellos que corresponden a San Lorenzo, Río Verde, Eloy Alfaro y Quinindé, puesto que dichos cantones fueron afectados por el conflicto armado en estudio, siendo San Lorenzo el mayormente perjudicado y el que más consecuencias experimentó. (GADPE, 2014)

2.5.1 San Lorenzo

2.5.1.1. Ubicación geográfica:

El cantón San Lorenzo está ubicado al nor-occidente de la provincia de Esmeraldas. Este limita al norte con el departamento de Nariño en la República de Colombia, hacia el sur con el cantón Eloy Alfaro, al este con las provincias de Carchi e Imbabura y hacia el oeste con el océano pacífico. (GAD San Lorenzo, 2011)

2.5.1.2. Historia

Los primeros habitantes y hasta el día de hoy pero en menor número fueron indígenas de diferentes etnias y culturas como los Awá, Chachis y Éperas que a medida del aumento de gente mestiza estos pueblos se fueron aislando hacia la periferia lejos de las ciudades, se sabe que las cinco primeras familias que se asentaron en esta región conocida entonces como El Pailón eran de origen colombiano, de la cual en 1735 Pedro Vicente Maldonado

tomó posesión a nombre de la Corona Española, para posteriormente llegar a posicionarse como gobernador en 1738 y finalmente fundarla el 10 de Agosto de 1743, fecha en la que también fue renombrada según el santoral católico de San Lorenzo.

Según la ley de división territorial de 1861, Esmeraldas se convierte en provincia contando con un solo cantón y a su vez este con seis parroquias; esta misma ley incluye a San Lorenzo a la provincia de Imbabura, pero cuando la administración de San Lorenzo se torna difícil para Imbabura, el Congreso Nacional la devuelve a la provincia de Esmeraldas. (Ministerio del Ambiente - COPADE, 2007)

Apenas iniciada su vida como parroquia, en 1869 fue entregada a la compañía inglesa Ecuador Land, como pago de una deuda. Eran los ingleses los únicos que tenían acceso al lugar, tanto que hasta llegaron a tener su propia moneda "Pailón", que circulaba en sus transacciones comerciales. Esta situación duró hasta el año de 1939, en el que nuestras tierras le fueron devueltas al Ecuador, En 1941 a la parroquia Eloy Alfaro se le confiere la categoría de cantón del cual formó parte la parroquia San Lorenzo, para finalmente alcanzar su cantonización que se cristaliza el 22 de marzo de 1978 a través de un decreto Supremo de Gobierno de aquella época, estableciéndolo con el nombre de San Lorenzo de Pailón como se mantiene hasta la actualidad. (Ministerio del Ambiente - COPADE, 2007)

2.5.1.3 Superficie y División Política:

Territorialmente San Lorenzo ocupa una superficie de 3.067,98 Km2 aproximadamente (representa el 19.2% del territorio de la provincia de Esmeraldas), en los cuales se asientan sus 13 parroquias, correspondientes a una parroquia urbana que a su vez es la cabecera cantonal que lleva el mismo nombre, y las doce restantes que son parroquias rurales: Ancón de Sardinas, San Javier, Cachaví, Tululbí, Mataje, Tambillo, Calderón, Santa Rita, Urbina, Alto tambo, Cinco de Junio, Concepción y Carondelet. (GAD San Lorenzo, 2011).

Figura 1. Mapa político de Esmeraldas.



Fuente: *David CS, 10 de Octubre del 2011, cantones de la provincia de Esmeraldas, Mapa político IMG JGP, recuperado de: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cantones_de_Esmeraldas.png*

2.5.1.4. Población:

El Cantón San Lorenzo actualmente cuenta con aproximadamente 42.500 habitantes (34.7% respecto a la provincia de Esmeraldas), cifra que determina una significativa tasa de crecimiento poblacional (5% anual) al comparar con el número de habitantes de años anteriores, tasa que se ha incrementado año tras año debido al proceso migratorio fronterizo debido al conflicto bélico en Colombia, calculando así que un 35% de la población actual no es originaria del Cantón. (INEC, 2010)

Tabla 2. Distribución Poblacional de San Lorenzo

		Población	Porcentaje
Género	**Hombres**	21.552	50.73%
	Mujeres	20.934	49.27%
	Total	42.486	100%
Área	**Rural**	19.204	45.2%
	Urbana	23.282	54.8%
	Total	42.486	100%

Fuente: Censo de Población y Vivienda (CPV-2010). Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC).

2.5.1.5. Demografía:

En su mayoría la población de este Cantón corresponde a la etnia afro descendiente (70%), aunque también podemos encontrar población mestiza tanto propia del país como extranjera originaria de Colombia. San Lorenzo es una región de gran biodiversidad en la que también confluyen varias culturas y etnias indígenas de las cuales podemos nombrar a las Awá, Chachi y Éperas. (Sistema Nacional de Información – SENPLADES, 2011)

2.5.1.6. Actividades económicas

La base de la economía de los habitantes del cantón San Lorenzo se fundamenta en varias actividades de las cuales destacan la actividad pesquera que incluye la recolección de la concha y crustáceos en las zonas de manglar por otro lado también se encuentra la agricultura con el cultivo industrializado de palma africana orientada al mercado nacional así como la producción en huertos más de uso familiar y doméstico e incluso comercializada en el marcado local. (Mendoza & Tafur, 2013)

La extracción de madera tanto de alta como baja calidad es otra actividad que permite el desarrollo del cantón a través de su comercialización a grandes empresas madereras que las utilizan como materia prima en la elaboración de muebles y viviendas.

La actividad camaronera por su parte tiene cabida a partir de los años 70 cuando se establecen las primeras piscinas destinadas a ser criaderos de camarones en el cantón, por su parte el comercio informal ocupa un lugar destacado en el desarrollo de la economía de San Lorenzo y radica principalmente en el sector alimenticio y del vestido.

Existen otras actividades que contribuyen en menor proporción a la economía del cantón como son la artesanía en la que los productos son confeccionados con fibras naturales propias de la región y finalmente pero no menos importante cabe destacar al turismo como una fuente de ingresos para el cantón y de empleo sus habitantes turismo autofinanciado por los mismos emprendedores que busca ser autosustentable. (Mendoza & Tafur, 2013)

2.5.1.7 Servicios de salud

El cantón San Lorenzo cuenta con varias instituciones prestadoras de salud entre ellas se encuentra un hospital fiscomisional que atiende al público en general, funciona desde hace 40 años, y cuenta con 68 camas y cuatro especialidades básicas: clínica, cirugía, pediatría y gineceo-obstetricia, el centro de atención tipo c de San Lorenzo del MSP (Ministerio de Salud Pública) que cuenta con consulta externa de psicología, un hospital oftalmológico de atención al público, con déficit de personal especializado y consultorios que no son ocupados, un dispensario médico del IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social) con equipamiento insuficiente para la demanda de atención y que estructuralmente se encuentra en mal estado además de la evidente falta de recursos humanos.

Un dispensario de la Empresa Nacional de Ferrocarriles (ENF) el cual atiende emergencias menores y que es de uso exclusivo de los trabajadores de la misma empresa pero que no niega atención emergente a quien lo necesite y por último el consultorio del patronato Municipal que de cierta manera busca brindar apoyo social pero que sigue siendo ineficiente y desprovisto para la población del sector así mismo sin olvidar los consultorios médicos particulares distribuidos en todo el sector. (Mendoza & Tafur, 2013)

Los casos de difícil manejo o que ameritan resolución compleja son trasladados al Hospital General Esmeraldas Sur “Delfina Torres de Concha” (HGES – DTC) la cual es una institución pública prestadora de servicios de salud que se ubica en el segundo nivel de complejidad y atención, este establecimiento está ubicado en la provincia de Esmeraldas en el cantón Esmeraldas al sur de la ciudad, dicha casa de salud es el hospital de referencia de la provincia por lo tanto llegan un sin número de casos de los cuales se logra resolver entre el 92% - 95% de los mismos y los restantes son derivados a un tercer nivel de atención para su resolución definitiva.

Esta casa de salud cuenta con 5 servicios los cuales son; el departamento de cirugía general al que se adjuntan las especialidades de traumatología & ortopedia, cirugía plástica, urología y neurocirugía, el departamento de ginecología & obstetricia, el servicio de medicina interna que está conformado por cardiología, hematología, dermatología, nefrología, endocrinología, gastroenterología, neurología y psiquiatría, el departamento de pediatría, la unidad de cuidados intensivos y el área de quemados, de todos los

servicios antes mencionados se ramifican la consulta externa y emergencia de cada uno, además el hospital cuenta con un laboratorio clínico equipado de segundo nivel de complejidad, banco de sangre y medicina transfusional, departamento de trabajo social, departamento de recursos humanos, área administrativa, departamento informático, farmacia interna y externa, 6 quirófanos, 3 áreas de recuperación post - quirúrgica, centro obstétrico, área de esterilización, comedor, cocina, lavandería, transportes, mantenimiento y morgue.

En cuanto al área de salud mental esta es una subdivisión adherente al servicio de medicina interna conformada por dos medicos psiquiatras y dos psicologos clinicos y cuenta con una considerable concurrencia de usuarios de los cuales la mayor parte son atendidos en la consulta externa y unos pocos son ingresados a hospitalización ya sean provenientes de la emergencia o de la consulta.

Durante el periodo enero – diciembre del año 2018 en hospitalización de salud mental se atendieron 102 pacientes de este grupo se registraron 28 usuarios entre hombres y mujeres desde los 14 años de edad hasta los 58 años siendo 8 provenientes del Cantón Rio Verde, 14 de San Lorenzo y 9 de Eloy Alfaro reportándose la mayor concurrencia en los meses de mayo/julio con 16 pacientes y octubre/diciembre con 12 respectivamente, dentro de esta atención hospitalaria se manejaron diagnósticos como cuadros psicóticos graves, depresión con signos de severidad (intento auto lítico), esquizofrenia y crisis de ansiedad debidos a estrés post traumático de los mismos usuarios oriundos de dichos cantones.

En la consulta externa del área de salud mental en el periodo que va de enero a diciembre del 2018 se atendieron un total de 8853 pacientes procedentes de toda la provincia de Esmeraldas de los cuales un total de 547 fueron de los cantones de San Lorenzo (193 usuarios), Eloy Alfaro (185 usuarios) y Rio Verde (169 usuarios) correspondientes a distintos grupos de edad desde los 14 años hasta los 69 años entre hombre y mujeres de distintos estados civiles, niveles de instrucción y ocupaciones manejando diagnósticos como; trastornos de ansiedad, depresión en varios grados, síndrome de estrés post traumático, angustia, cuadros psicóticos, esquizofrenia, irritabilidad/enojo, víctimas de violencia y trastornos mixtos de depresión y ansiedad. (Departamento de estadística HGES – DTC 2018 & Departamento de recursos humanos HGES – DTC 2018)

Como se expuso anteriormente la casa de salud en la cual se llevo a cabo la investigacion es uno de los ejes fundamentales y un pilar fuerte en cuanto a prestacion de servicos de salud en la provincia ya mencionada.

2.5.1.8. Área de conflicto frontera Ecuador – Colombia

Esta frontera, a pesar de su corta extensión, discurre por regiones de variada geografía, que incluye las planicies del Pacífico, el espacio andino y la Amazonía, los límites entre Ecuador y Colombia se empezaron a negociar tan pronto como se produjo la disolución de la Gran Colombia en 1830 mientras que el trazado actual de la frontera fue establecido por el Tratado Muñoz Vernaza-Suárez de 1916, esta frontera está compuesta tanto por espacio marítimo, terrestre y aéreo territorio de gran valor estratégico por las distintas formas de entrada y salida binacional. (Blanco, 2002)

El territorio fronterizo entre Ecuador y Colombia corresponde a un total de 586km abarcando tres provincias ecuatorianas (Esmeraldas, Carchi y Sucumbíos) en contraste con los departamentos colombianos (Nariño y Putumayo) extendiéndose entre la desembocadura del río Mataje en la bahía Ancón de Sardinas y la desembocadura del río Güepí en el río Putumayo como frontera terrestre mientras que el límite marítimo empieza en la desembocadura del río Mataje, ubicado en las coordenadas 1° 28' 10.49" de latitud norte y de 78° 52' 07.27" de longitud oeste, punto en que la frontera internacional terrestre colombo-ecuatoriana llega al mar, de conformidad con el Convenio sobre Delimitación de Áreas Marinas y Submarinas de 1975 y el Tratado de Límites de 1916. (Blanco, 2002) A partir de la intersección de la prolongación de la frontera terrestre y de la confluencia de las áreas territoriales de ambos países, se marca un punto medio en la bahía Ancón de Sardinas, desde este punto se continúa en línea recta a través del paralelo generado por éste hasta encontrar las 200 millas náuticas correspondientes a cada país. (Blanco, 2002)

Se considera el área ubicada a 10 millas náuticas alrededor de este límite como Zona de Manejo Especial, donde pescadores no serán sancionados al violar accidentalmente la frontera marítima, sin que esto constituya derecho de pesca o caza, en las aguas jurisdiccionales del país correspondiente ya sea Ecuador o Colombia. (Blanco, 2002)

El objetivo principal de la delimitacion territorial exacta y las fronteras claras de parte de los paises involucrados fue el generar el respeto a la soberania de cada uno y asi mismo gestar medidas de seguridad e intervencion oportuna en el caso de que cualquier gobierno las necesitara y fomentar el trabajo binacional asi como la hermandad entre los pueblos para lograr vivir en armonia y tranquilidad buscando el bienestar comun de la region.

2.5.1.9. Narcotráfico y presencia de grupos armados

El Ecuador ha sido definido como un país de tránsito desde la década de los sesentas con el contrabando de licor, tabacos prendas de vestir y calzado hasta la década de los noventas en donde detono el boom de la cocaína en distintas formas de elaboración, como un centro posible de distribución de insumo químicos y de lavado de dinero desde el año de 1984 hasta la actualidad así mismo la producción de drogas y el conflicto armado en Colombia con las narco guerrillas han puesto en situación de alta vulnerabilidad a la frontera norte del Ecuador a sus comunidades y habitantes civiles, puesto que son los principales afectados por los efectos indirectos de la inestabilidad del conflicto colombiano en el ámbito del narcotráfico y grupos irregulares que mantiene este país.
Al encontrarse cerca de Colombia, la frontera ecuatoriana se ha trasformado en un paso de alcaloides y rutas comerciales de diversos carteles latinoamericanos, que se aprovechan de los sectores económicamente vulnerables del territorio ecuatoriano para trasportar sus productos ilícitos y a la vez comercializarlos. (López, 1994)

Las organizaciones narco delictivas que controlan el tráfico de sustancias ilegales hacen uso principalmente de puertos marítimos con poca vigilancia y control gubernamental haciendo evidente la presencia de grupos armados irregulares y aumentando la inseguridad y los índices de violencia, al norte de la provincia de Esmeraldas los sectores de San Lorenzo y Tumaco han sido utilizados como principales puertos de desembarque y envío de sustancias estupefacientes con lo cual han atraído hacia el sector una mala calidad de vida para los habitantes y la apertura de “trabajos” relacionados con actos ilegales. (Arroyo, 2013)
El narcotráfico y la presencia de grupos armados irregulares en la región se ha vuelto de cierta forma cotidiana debido a que el desarrollo de las principales actividades delictivas de estos grupos se llevan a cabo en el sector que es un punto estratégico con salidas y entradas al mar y por vía terrestre apear de los controles por autoridades marítimas y

terrestres de ambos países aún sigue existiendo la problemática de la presencia de estos grupos que mantienen en zozobra e incertidumbre a los habitantes del sector que buscan desarrollar sus actividades diarias tanto artesanales, formales e informales.
Debido al fuerte afluente económico que estas organizaciones manejan las mismas se convierten en una opción sería de sustento para los pobladores y sus familias buscando un mejor porvenir y oportunidades reales con las cuales puedan salir adelante.

2.5.1.10. Atentados

En el año 2018, se materializaron eventos bélicos en la frontera de Ecuador con Colombia, específicamente en los cantones San Lorenzo, Eloy Alfaro y Río Verde de la provincia de Esmeraldas, que tuvieron lugar el 7 de enero en las afueras de las instalaciones del distrito de la Policía Nacional de San Lorenzo en horas de la madrugada, la explosión de un coche bomba que dejó 23 personas heridas, así como también severos daños en la infraestructura del recinto policial y en 37 viviendas cercanas al lugar del atentado además del pánico generado y la inseguridad y miedo que se instauro en los habitantes del sector y de la provincia. (El Comercio, 2018)
En los días siguientes, en San Lorenzo empezaron a registrarse varios atentados menores pero que de cierta forma seguían alimentando el pánico en la población general y la estabilidad emocional de las mismas sin encontrar resolución o alguna respuesta clara; sin embargo, el 22 de marzo ocurrió la explosión de una bomba ubicada a un costado de la carretera San Lorenzo - Mataje, que provocó la muerte de 3 infantes de marina además de dejar otros 7 heridos lo cual se tradujo en actos que evidentemente comprometieron la vida.
Esta crisis se agravó el 26 de marzo con el secuestro de 3 miembros del equipo periodístico del diario El Comercio, quienes cubrían un reportaje sobre los hechos de violencia que se estaban suscitando en Mataje y sus cercanías.

El secuestro y posterior asesinato de los periodistas, así como la autoría de los atentados antes mencionados, fueron adjudicados al Frente Oliver Sinisterra, un grupo disidente de la columna móvil Daniel Aldana de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), quienes se rebatieron a deponer las armas y a aceptar los acuerdos de paz entre esta guerrilla y el gobierno colombiano, autodenominándose como un frente activo, pero Colombia no les dio el calificativo de grupo insurgente sino de grupo delincuencial,

denominándolo un Grupo Armado Organizado Residual (GAOR) del cual sus principal fuente de ingreso es el narcotráfico, extorsión y secuestros. (El universo, 2018)

2.5.1.11. Efectos en la población

En San Andrés de Tumaco departamento de Nariño - Colombia el temor es cotidiano los habitantes de la frontera sienten la pugna por el negocio del narcotráfico entre enero de 2017 y el 21 de agosto de 2018.

La mayoría de las personas consultadas por otro equipo de esta alianza internacional no permitió que las entrevistas fueran grabadas, ni siquiera en audio, por temor a posibles represalias. Varias fuentes dijeron que los pobladores se abstienen de denunciar los delitos ante la Fiscalía General, pues algunos denunciantes han sido asesinados, desplazados y amenazados. Aseguraron que desde la institución se comparte información con los grupos armados ilegales y que los mismos vigilan quién entra a las instalaciones de la Fiscalía. (León, 2018)

En una entrevista que se llevó a cabo en pobladores de este sector por parte de la prensa se recabo la siguiente información; “No, no puedo hablar” es la frase que usan los habitantes del municipio colombiano como su garantía de autoprotección. Lo dice una personera de Tumaco, autoridad encargada de velar por el cumplimiento de los derechos humanos en ese lugar. “En muchos de los territorios críticos de Tumaco, los líderes y lideresas se están yendo a otras ciudades y muchas comunidades están quedando huérfanas”, dice, pero J. Cortés, coordinador de la Guardia Indígena Awá de la zona del Alto Pianulpí, resguardo Piguambí Pa langala, retrata mejor la vida en la frontera con una frase: “Uno anda con miedo, se acuesta con miedo”.

Los más jóvenes de las comunidades fronterizas sufren del conflicto y de una de las tasas más baja de escolarización del país que corresponde al 4.9 en Ricaurte, Ecuador, los juegos cotidianos conviven con una realidad diaria de violencia. (León, 2018)

La pobreza aumento debido a los hechos de violencia materializados por grupos armados con los cuales varias familias perdieron sus viviendas y aún siguen en la pugna buscando ayuda gubernamental debido a su calidad de damnificados no pueden subsistir ya que aún no existe una reactivación económica y social del lugar. (Freire, 2018)

Como se dilucido en los párrafos anteriores que son recopilaciones de notas de prensa e investigaciones periodísticas previas la extrapolación de esta problemática se reduce al miedo, angustia y pánico como principales efectos en la población afectada una población que seguramente gesta problemas relacionados con la salud mental afectando su calidad de vida y jugando un papel modificante en todos los ámbitos de la vida.

CAPÍTULO III. METODOLOGIA

3.1 Planteamiento del problema

¿Cómo se construyeron los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la salud-enfermedad, y su relación con el conflicto armado en la provincia de Esmeraldas en el Hospital General Esmeraldas Sur "Delfina Torres de Concha" en el primer trimestre del año 2019?

3.2 Objetivos de investigación

3.2.1 Objetivo general

- Describir cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la salud-enfermedad, y su relación con el conflicto armado en la provincia de Esmeraldas en usuarios civiles del Hospital General Esmeraldas Sur "Delfina Torres de Concha" en el primer trimestre del año 2019.

3.2.2 Objetivos específicos

- Identificar las percepciones de las personas implicadas en los eventos violentos antes y después de los mismos.

- Analizar las consecuencias que tuvo este conflicto en la salud de las personas involucradas tanto en la aparición de nuevos síntomas o patologías así como en la exacerbación de enfermedades ya diagnosticadas antes del conflicto.

- Distinguir la capacidad de resiliencia que poseen las personas estudiadas en presencia de enfrentamientos armados.

- Precisar la apreciación de los sujetos estudiados en cuanto a la intervención del estado para mejorar su situación frente al conflicto antes mencionado.

3.3 Justificación:

Estos sucesos violentos descritos anteriormente son los que seguramente marcaron un antes y un después en la vida de los habitantes de las localidades mencionadas; es justamente la carencia de bibliografía y de investigaciones previas realizadas en el país acerca de este tópico, la que planteó la necesidad urgente de descubrir cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de esta población que está en contacto activo y directo con este tipo de eventos armados y violentos, para los cuales no se está preparado y que siempre dejan secuelas importantes no solo materiales sino también emocionales y mentales, e incluso la muerte.

A través de este estudio se buscó recabar información de primera mano de las personas inmersas en dicha situación, personas que viven su día a día intentando sobrellevar cada una de las secuelas y consecuencias que el conflicto armado les dejó a su paso en todas las esferas de su persona tanto sociales, biológicas, emocionales y afectivas para de esta forma lograr analizar cada experiencia a fondo y generar soluciones reales que involucren activamente a diversas instituciones del país que tengan un verdadero interés frente a esta problemática y que velen por el bienestar de los directamente afectados.

3.4 Hipótesis:

Los conflictos armados son un factor determinante y detonante para el desarrollo de afecciones de índole mental así como también para la exacerbación de patologías de base sin dejar de lado el cambio de las prácticas, actitudes y conocimientos de las personas que viven la realidad de un enfrentamiento armado en Esmeraldas, Hospital Delfina Torres de Concha en el primer trimestre del año 2019.

3.5 Tipo de estudio

Investigación cualitativa - descriptiva analítica.

3.6 Estrategia metodológica

3.6.1 Selección de informantes.

Por conveniencia, usuarios civiles del Hospital General Delfina Torres de Concha de la provincia de Esmeraldas, mayores de edad, de ambos sexos, con diagnóstico de patología psiquiátrica, diagnosticada o en tratamiento por la casa de salud antes mencionada o través de la aplicación del test de Hamilton, y que vivan en los cantones afectados por el conflicto armado suscitado en el año 2018 aplicando y respetando los criterios de diversidad y pluralidad en cada sujeto participante como la ocupación, estado civil, nivel de educación, grupo étnico y nacionalidad limitando al servicio de psiquiatría de este hospital en cual la afluencia de usuarios fue grande pero escasa en cuanto personas referidas de los cantones antes mencionados para lo cual se decidió tamizar en cada servicio y dependencia del hospital a usuarios civiles provenientes de las localidades damnificadas y realizar el diagnostico de patología psiquiátrica mediante el test de Hamilton.

En total en todos los servicios del hospital se hallaron 35 personas provenientes de los cantones afectados de los cuales 22 aceptaron libre y voluntariamente ser parte de esta investigación firmando el respectivo consentimiento informado y autorizando al grabación por voz de las entrevistas, al aplicar el test de Hamilton en busca de patología psiquiátrica, los mismos 22 sujetos anteriormente mencionados presentaron la condición esperada pero algunos aportaron con información insuficiente o respuestas cortas frente a la aplicación de la entrevista abierta semi estructurada por lo cual se validaron 15 entrevistas de los informantes que contribuyeron con la información más relevante al posterior análisis para este estudio.

3.6.2 Criterios de inclusión:

- Pacientes del Hospital Delfina Torres de Concha de cualquier servicio con diagnóstico de patología mental o a través de la aplicación del test de Hamilton.
- Mayores de 18 años.
- Ambos sexos.

- Que estén domiciliados en los cantones afectados por el conflicto armado en el año 2018.
- Presencia de patologías psiquiátricas.
- Haber leído y firmado el consentimiento informado.

3.6.3 Criterios de exclusión:

- Pacientes del Hospital Delfina Torres de Concha de cualquier servicio sin patología mental.
- Menores de edad.
- Domiciliados fuera de la provincia o en cantones inherentes al enfrentamiento armado.
- No haber leído o firmado el consentimiento informado.

3.7 Procedimientos de recolección de información:

La cronología que a continuación se detalla sirvió para obtener la mayor cantidad de información de una forma óptima y sistemática:

1. Se realizó el procedimiento de recolección de información en el Hospital General Esmeraldas Sur "Delfina Torres de Concha", con la colaboración y autorización por parte del personal del área de salud mental o de cualquier servicio con los debidos permisos por parte del área de docencia de hospital así como por parte de la universidad.

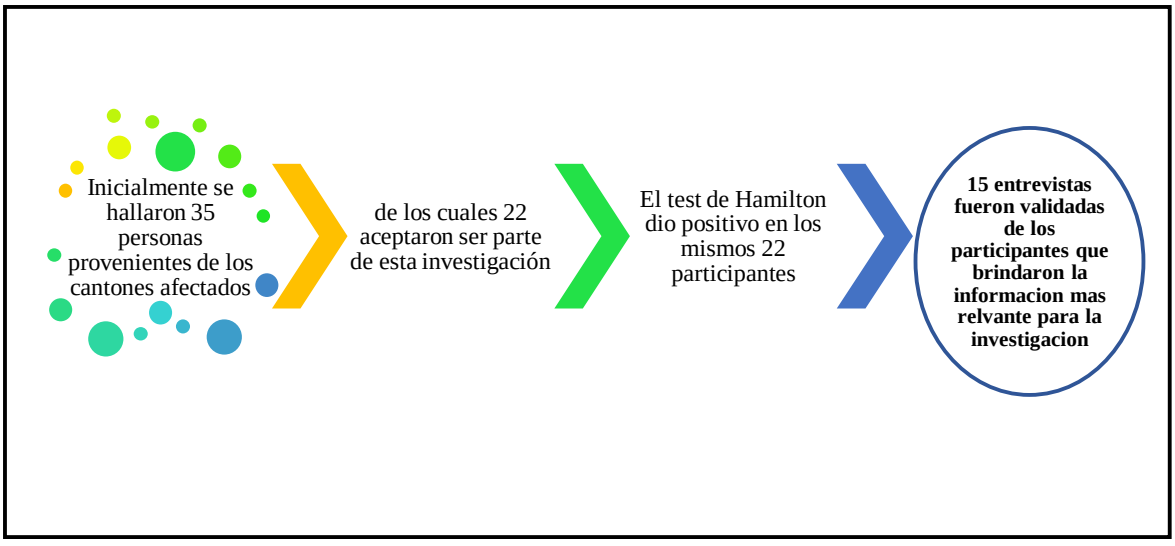
2. Después del período de atención de los pacientes en la consulta externa o en referencia a los pacientes del área de hospitalización en momentos que fueran de visita, aplicación de medicamentos o alimentación se aplicó los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados y también respetando los criterios de pluralidad diversidad se invitó a las personas que se adaptaban al perfil de informantes a formar parte de esta investigación.

3. Luego se aplicó la entrevista abierta semi estructurada (Anexo 1) previamente explicada, dicha entrevista fue grabada en audio para su posterior análisis narrativo y asignación de códigos de esta forma se buscó generar orden y un mejor manejo de la toda la información recabada.

4. Se aplicó el test de Hamilton (Anexo 3) en pacientes de otros servicios provenientes de los sectores afectados concatenando los criterios de inclusión con los de diversidad y pluralidad, a los usuarios civiles que resultaron positivos de patología mental se les aplico la entrevista abierta semi estructurada con los parámetros antes explicados.

5. En total en todos los servicios y dependencias del hospital se hallaron 35 personas provenientes de los cantones afectados de los cuales 22 aceptaron libre y voluntariamente ser parte de esta investigación firmando el respectivo consentimiento informado, al aplicar el test de Hamilton en busca de patología psiquiátrica, los mismos 22 sujetos anteriormente mencionados presentaron la condición esperada pero algunos aportaron con información insuficiente o respuestas cortas frente a la aplicación de la entrevista abierta semi estructurada por lo cual se validaron un total 15 entrevistas de los informantes que contribuyeron con la información más relevante para este estudio. (Figura 3)

Figura 2. Procedimiento de recolección de información.



Elaborado por: Apunte J. 2019

3.8 Test de Hamilton

Este test es una herramienta útil para la valoración y estratificación de la depresión desarrollada en el año de 1957 y publicada en 1959 por el médico psiquiatra ingles Max Hamilton en el Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry pero utilizada desde el año 1960, este recurso evalúa síntomas en general tanto psiquiátricos, biológicos y somáticos, siendo la HDRS (Hamilton depression rating scale) un artefacto heteroaplicado para ser utilizado en pacientes diagnosticados previamente de depresión o diagnosticar dicha patología mental esto con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. (Hamilton, 1960)

Con la escala de depresión de Hamilton se valora de acuerdo con la información obtenida del paciente en la entrevista clínica y se acepta información complementaria de otras fuentes secundarias siempre y cuando la información brindada sea fidedigna y útil. Es de importancia mencionar que la versión original de esta herramienta en su diseño primario constaba de 21 ítems, pero posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems logrando de esta forma que dicho recurso sea mucho más práctico y manejable durante la consulta médica llegando a ser un importante requerimiento para el diagnóstico, esta escala de 17 ítems es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos.

De esta forma diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad de dicha escala, tanto en poblaciones hospitalizadas como en pacientes ambulatorios. (Bobes et al., 2003)

En la guía de práctica clínica elaborada por el NICE (National Institute for Health and Care Excellence), que cuenta con alta credibilidad y gran calidad en su elaboración presenta una puntuación la cual es de las más recomendadas al momentos de cuantificar y estratificar los resultados, esta guía sugiere emplear los siguientes puntos de corte: (NICE, 2004)

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18

- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

Esta práctica manera de estratificar los resultados deriva de cierta forma en beneficio del paciente puesto que con la misma resulta útil diseñar una intervención adecuada de acuerdo al grado de afectación y así mismo un buen seguimiento ya que esta no solamente es utilizada para el diagnóstico sino también para el acompañamiento.

3.9 Entrevista semi estructurada

Este tipo de entrevista sirvió como ayuda fundamental para la recolección de la información de los sujetos de estudio, al ser semi estructurada la primera parte de esta entrevista recolecto datos sociodemográficos para de esta forma poder bosquejar a los informantes estudiados realizando una ficha o perfil de los mismos, mientras que la segunda parte de la entrevista busco entablar una conversación para así poder recabar información relacionada con experiencias vividas, pensamientos, percepciones, ámbitos y detalles de la situación a la que estas personas fueron expuestas lo cual genera un gran valor añadido al estudio ya que el logar generar empatía y poder de cierta forma ser parte de la realidad de las personas sometidas a esta problemática exige un mayor compromiso para obtener los mejores resultados.

3.10 Análisis de datos

El análisis de la información reunida se dividió en dos partes; primero en la conformación y posterior análisis del perfil sociodemográfico de las personas participantes y en segundo lugar los datos netamente cualitativos esto con el fin de que la información obtenida pueda ser procesada e interpretada de mejor manera y en un orden sistemático el cual sirvió para entender más a fondo la problemática de los informantes de la investigación, para el mismo proceso de análisis de la información fueron de apoyo varias herramientas tales como el software de Word salad que se describe a continuación; esta es un software digital y de libre acceso con el cual se generan nubes de palabras a partir de un texto proporcionado creando una primera impresión rápida y efectiva para el lector dibujando

un conglomerado de las palabras más frecuentes mencionadas en el texto analizado, el tamaño de cada palabra es variable pueden ser grandes o muy pequeñas y esto depende esencialmente de la reiteración con que estas aparezcan en un párrafo o texto previamente seleccionado.

Al ser esto un útil instrumento se lo utilizó en los testimonios más relevantes de los informantes los cuales se presentan en el capítulo de resultados de las distintas variables cualitativas de esta investigación, buscando esbozar las características que aparecen con mayor frecuencia en cada variable según su categorización y de esta forma originar cierto impacto en el lector de esta investigación, sin embargo esta herramienta apoyo sobremanera al análisis de los testimonios recabados puesto que el proceso de extrapolación de los mismos se facilitó gracias a esta suerte de ideograma.

El resumen sistemático de los datos cualitativos al final de cada conglomerado de testimonios también fue incluido, y consistió en básicamente crear un diagrama explicativo de las ideas principales provenientes de los informantes y que fueron obtenidas con éxito acorde a la percepción de salud y enfermedad de las personas conforme con el medio en el que se desenvuelven o realizan sus actividades de la vida diaria. (Giddens & Sutton, 2014) Así mismo el desarrollar este proceso resulto de gran utilidad para el análisis de los datos.

3.10.1 Análisis cuantitativo

Una vez recolectada toda la información se fracciono la misma en dos partes para su posterior análisis y cuantificación, con respecto a las variables como edad, sexo, estado civil, ocupación y nivel de educación fueron utilizadas para la elaboración de un perfil sociodemográfico (Tabla 4), así mismo el material recogido del test de Hamilton aplicado a los informantes fueron materia de análisis y mediante medidas de tendencia central de cada una de estas variables antes mencionadas se encontró el promedio, mediana, moda y frecuencia toda esta información encontrada, posteriormente fue procesada haciendo uso del programa Microsoft Excel 2016 para su distinción y estratificación de los datos.

Tabla 3. Matriz de operacionalización de las variables cuantitativas

Categorización de variables cuantitativas					
Variables especificas	**Clasificación**	**Definición**	**Indicadores**	**Escala**	**Definición operacional**
Depresión	Cuantitativa (HDRS)	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos. (RAE, 2018)	Cambios en el estilo de vida Gravedad de los síntomas Presencia de trastornos somáticos o neurovegetativos	Numérica valor entre 0 – 4 puntos por cada ítem	Frecuencia Porcentaje
Edad	Cuantitativa	Años transcurridos desde el nacimientos hasta el día de la realización de la entrevista	Años	Años	Media Mediana Moda Desviación estándar Frecuencia Porcentaje
Género	Cuantitativa	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico. (RAE,2018)	Género	Masculino Femenino Otros	Frecuencia Porcentaje
Nivel educativo	Cuantitativa	Grado de estudios realizados o en curso hasta el día de la entrevista	Años culminados	Primaria Secundaria Superior Otros	Frecuencia Porcentaje

Nacionalidad	Cuantitativo	País de nacimiento del entrevistado	Nacionalidad	Ecuatoriano Otro	Frecuencia Porcentaje
Etnia	Cuantitativo	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales (RAE, 2018)	Etnia	Blanco Mestizo Montubio Negro	Frecuencia Porcentaje
Estado civil	Cuantitativa	Condición de una persona según el registro civil en función su tiene o no pareja y su estado legal.	Estado civil	Soltero Unión Libre Casado Divorciado Viudo	Frecuencia Porcentaje
Ocupación	Cuantitativo	Actividades que realiza el entrevistado a cambio de un redito económico.	Ocupación	Ocupación	Frecuencia Porcentaje

Elaborado por: Apunte J. 2019

3.10.2 Análisis cualitativo

Esta parte de la investigación fue realizada a través de un estudio cualitativo las entrevistas abierta semi estructuradas se realizaron escuchando, viendo, preguntando y observando, a los participante lo cual es un trabajo exclusivamente etnográfico para obtener información relevante e importante a nivel social, inmediatamente después de aplicar las entrevistas abiertas semi estructuradas en el grupo de estudio pertinente, se las registró por voz y dicho material se procesó manualmente en el programa Microsoft Word 2016 en donde se asignaron los códigos a cada informante para lograr un manejo practico de la información y brindar seguridad a los participantes en cuanto a las declaraciones realizadas, posteriormente las variables como el nivel de conocimiento y la difusión de la información al momento de los acontecimientos, el impacto pre y post conflicto, las

experiencias vividas durante los eventos, las secuelas resultantes de los conflictos en el entorno social y personal del individuo, la alteración tanto biológica como psicológica, la capacidad de resiliencia del universo estudiado frente a los hechos y la apreciación de la participación gubernamental frente a estos, fueron sometidas a un análisis narrativo de su contenido estableciendo semejanzas para según sus características realizar resúmenes representativos.

Así de este modo, se pudieron investigar las prácticas, conocimientos, actitudes y percepciones de esta población en particular siendo de suma importancia toda la información analizada, información la cual en las siguientes hojas busca ser expresada mediante párrafos que contienen ideas concretas acerca de la investigación, los testimonios, puntos de vista y análisis de los mismos, pero también haciendo uso de esquemas y nubes de ideas que son de mucha utilidad para la comprensión y transmisión de los pensamientos por parte del autor.

Tabla 4. Matriz de operacionalización de las variables cualitativas

Categorización de variables cualitativas			
Variable	**Definición conceptual**	**Indicador**	**Instrumento**
Nivel informativo	Espacio de conocimiento concreto o abstracto que se caracteriza por el conjunto organizado de datos que a partir de la inferencia e interpretación con el uso racional de los mismos se convierten en información. (Pérez Porto & Merino, 2010)	Conocimiento sobre los hechos de violencia y el conflicto armado suscitado en el año 2018 en la frontera con Colombia de la provincia de Esmeraldas	Entrevista semiestructurada
Estado pre y post exposición	El conglomerado de situaciones que marcan un antes y un después de la coyuntura a la que se somete la persona afectada y que están relacionadas con las actividades en las que se desenvuelve en la cotidianidad.	¿Cómo fue su vida antes y después de los hechos?	Entrevista semiestructurada

Etapa durante la exposición	Periodo especifico de tiempo en el que un determinado grupo poblacional fue sometido a cualquier tipo de circunstancia en la que experimentaron algún cambio o cambios sustanciales.	¿Cuál fue la forma en la que vivieron los hechos de violencia armada las personas expuestas?	Entrevista semiestructurada
Nivel de impacto relacionado con los ámbitos; socio laboral y personal.	Los cambios en cuanto a relaciones sociales y de trabajo son inminentes en un ser humano, y hasta cierto punto normales, pero al ser estos cambios de origen precipitados o forzados por una situación de riesgo estos se convierten en elementos generadores de tensión, que actúan como determinantes claves en el desarrollo de ciertas patologías. (Quintero, Alvarado & Miranda, 2016)	Las principales consecuencias por el conflicto armado en los ámbitos: • Personal • Laboral • Social • Familiar	Entrevista semiestructurada
Grado de conmoción vinculado a la salud del sujeto investigado	La dimensión relacionada al ámbito salud -enfermedad supone variaciones dependientes de múltiples factores y entre ellos se encuentra principalmente el ecosistema del cual el individuo forma parte y lleva a cabo su desenvolvimiento normal, pero también emergen complicaciones propias del medio que hacen parte del individuo y que posteriormente son detonantes en el desarrollo de ciertos trastornos de índole psicosocial o degenerativos previamente establecidos. (Schininá, 2014)	¿Cómo afecto en la salud de los entrevistados el conflicto armado? • Estado de animo • Enfermedades nuevas • Exacerbación de patologías anteriores	Entrevista semiestructurada
Actitudes y prácticas resilientes	Esa flexibilidad del ser humano es la resiliencia, o sea, la capacidad para resistir el sufrimiento en eventos adversos y encontrar las vías para establecer una vida no sólo normal sino feliz logrando adaptarse al medio exitosamente. (Cyrulnik, 2003)	Como se adaptó él infórmate frente a los hechos y experiencias vividas.	Entrevista semiestructurada

Incursión de los servicios de salud, atención oportuna, expectativas y realidades	La protección de la salud así como las intervenciones diseñadas en situación de conflicto armado es una prioridad para la población, ya que tales situaciones siempre originan una perturbación del medio ambiente y del equilibrio socioeconómico que, por su parte, son patógenos. Los conflictos armados pueden causar, para poblaciones enteras, pobreza, enfermedad y muerte. (Russbach, 1991)	¿Cuál fue la percepción del individuo en cuanto a la intervención del gobierno para mejorar las situaciones vividas?	Entrevista semiestructurada

Elaborado por: Apunte J. 2019

3.11. Aspectos bioéticos:

Se presentó el protocolo de este trabajo de investigación al sub-comité de bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, para solicitar revisión y aprobación del mismo, con las previas y respectivas autorizaciones tanto por parte de la institución educativa como de la casa de salud donde se llevó a cabo la investigación propuesta.

Los sujetos fueron libres y voluntarios siendo participantes informados en el proyecto de investigación (Declaración de Helsinki) y "en particular, nadie pudo ser sometido sin su libre consentimiento a experimentación médica o científica." (Naciones Unidas, convención internacional de Derechos Civiles y Políticos).

Para estos fines se entregó a los usuarios del área de salud mental una hoja informativa que contuvo el consentimiento informado (Anexo 2) en donde se explica los detalles de la investigación y el uso que se dará a la información recolectada.
Se utilizó una entrevista semi estructurada (Anexo 1) donde se brindó toda la información necesaria y se aclaró cualquier duda que tuvieron los participantes, además se guardó confidencialidad absoluta acerca de la información provista por los sujetos de estudio (encuestas sin nombre e identificadas únicamente por un código único).

Todas las entrevistas recabadas fueron tratadas como confidenciales, anónimas, y de uso exclusivo para el trabajo de titulación con fines netamente académicos, así mismo en todo momento se respetó los principios bioéticos de no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía.

Cabe recalcar que los resultados e información obtenida fueron manejados únicamente por el investigador y el director del trabajo de titulación.

3.12. Limitaciones de la investigación

- El nivel educativo de las personas de la provincia resulto ser bajo y al momento del planteamiento de la entrevista semi estructurada no había la comprensión completa de las preguntas por ende una respuesta deficiente que poco o nada aportaba a pesar de la simplificación y previa explicación de las preguntas esta limitación fue una constante.

- El persistente miedo vinculado al tema del conflicto armado, grupos disidentes irregulares y hechos violentos perpetrados por los mismos generó en las personas provenientes de los sectores afectados poca colaboración o el negarse a colaborar con la investigación por miedo a represalias.

- El diagnostico errado o sub diagnostico proveniente de las distintas casas de salud del sector generó cierta confusión y una fuga de potenciales informantes para la participación de este estudio.

- La percepción errónea por parte de la población en cuanto a salud mental y el poco o nulo interés en cuanto a problemas de este ámbito complico la forma de abordaje para la aplicación de este modelo de estudio.

- El número de participantes de esta investigación pudo haber sido en mayor cuantía pero la distancia de las zonas afectadas y el difícil acceso a los servicios de salud por parte de los afectados desemboco en una pequeña selección de informantes.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 Análisis cuantitativo

4.1.1. Análisis socio-demográfico

De las 15 personas estudiadas se encontró una población con un promedio de edad de 35,46 años, con una desviación estándar de 14,70 años, una mediana aritmética de 37 años y una moda no cuantificable debido a que ningún dato tiende a repetirse, una máxima de 59 años de edad y una mínima de 17 años.

El grupo etario encontrado con más frecuencia fue el de 35 a 55 años con un 40% (n: 6) de todos los entrevistados, mientras que los menores de 25 y mayores de 55 se encuentran en un promedio entre 34% (n: 5) y 13% (n: 2) respectivamente. (Tabla 5)

De la población entrevistada existió un 73% (n: 11) de mujeres, y un 27% (n: 4) de hombres.

De los entrevistados, el 87% (n: 13) fueron ecuatorianos, mientras que el 13% (n: 2) fueron extranjeros (colombianos).

El 46% (n: 7) de los encuestados tuvieron un nivel educativo de segundo nivel, posteriormente los que cursaron el primer nivel con 27% (n: 4).

También se pude observar que entre los entrevistados la mayor parte de la población fueron las amas de casa (n: 5; 33 %), seguidos de los docentes y luego estudiantes.

Se pudo observar que, del total de los investigados, la mayoría se identificaron como pertenecientes a la etnia negra con promedio de 67 % (n: 10) seguidos de la etnia mestiza con promedio del 27% (n: 4).

4.1.2. Análisis del test de Hamilton

En cuanto a la HDRS (Hamilton depression rating scale) se aplicó a los 22 informantes que participaron originalmente en la investigación pero algunos de ellos aportaron con información insuficiente y poco relevante tomando en cuenta solamente a 15 entrevistados que participaron de manera libre y voluntaria aportando con información destacada y notable el 86,6% (n: 13) resulto con presencia de patología mental mientras que el 13,4% (n: 2) no presento patología mental, del 86,6% (n: 13) de personas deprimidas el 73,27% (n: 11) son pertenecientes al género femenino mientras que el 13.32% (n: 2) al género masculino.

Inmediatamente después se estimó el grado de afectación emocional estratificando a los participantes en categorías de depresión, un dato llamativo fue encontrar a una sola persona con depresión grave que corresponde al 7% del total. (Tabla 6)

El 47% (n: 7) de los evaluados fueron catalogados con depresión moderada seguidos del 33% (n: 5) con depresión ligera y un 13% que equivale a dos participantes no deprimidos. Estas cifras nos brindan un panorama claro en cual nos podemos direccionar hacia las características de la población estudiada, sus principales representantes y la variabilidad socio demográfica de la cual son parte.

Tabla 5. Caracterización sociodemográfica de la muestra

VARIABLE	CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad	Menos de 25 años	5	34%
	25 – 35 años	2	13%
	35 – 55 años	6	40%
	Más de 55 años	2	13%
Sexo	Masculino	4	27%
	Femenino	11	73%
Nacionalidad	Ecuatoriana	13	87%
	Otras	2	13%
Estado civil	Soltero/a	7	47%
	Casado/a	3	20%
	Unión libre	3	20%
	Divorciado/a	2	13%
	Viudo/a	0	0%
	Primaria	4	27%

Nivel educativo	Secundaria	7	46%
	Tercer nivel	3	20%
	Tecnología	1	7%
Ocupación	Ama de casa	5	33%
	Estudiante	2	13%
	Docente	3	20%
	Comerciante	1	6%
	Cocinera	1	7%
	Agente de seguridad	1	7%
	Conchadora	1	7%
	Agricultor	1	7%
Etnia	Negra	10	67%
	Mestiza	4	27%
	Blanca	0	0%
	Montubia	1	6%

Elaborado por: Apunte J. 2019

Tabla 6. HDRS tabla de medidas de tendencia central.

HDRS (Hamilton Depresión Rating Scale)		
Clasificación	***Frecuencia***	***Porcentaje***
No deprimido	2	13%
Depresión ligera	5	33%
Depresión moderada	7	47%
Depresión grave	1	7%
Depresión severa	0	0%

Elaborado por: Apunte J. 2019

4.2 Análisis cualitativo

4.2.1 Nivel informativo

El espacio de conocimiento concreto o abstracto que se caracteriza por el conjunto organizado de datos con respecto a cualquier tema, que a partir de la inferencia e interpretación, con el uso racional de los mismos se convierten en información puede ser usado fácilmente para su posterior uso llevando a cabo una función mental superior. (Pérez Porto & Merino, 2010)

Así pues tras el análisis del enunciado anterior se concluye que la información que cada persona obtiene es un tipo de conocimiento y puede provenir de distintas fuentes o en este caso ser el resultante de hechos vividos previamente o situaciones las cuales afectaron a cercanos de esta forma se dice que en esta investigación el nivel informativo de la población estudiada fue muy alto acerca del tema tratado, en concreto en las entrevistas abiertas semi estructuradas todos los sujetos a los cuales se incluyó y aplico dicha

herramienta de investigación planteada en este proyecto estuvieron al tanto de los hechos antes descritos.

4.2.2 Estado pre exposición

El conglomerado de situaciones que marcan un antes y un después de la coyuntura a la que se somete la persona afectada y que están relacionadas con las actividades en las que se desenvuelve en la cotidianidad es la forma más cercana a la descripción del estado pre exposición en cuanto a la población estudiada, se apreció que la mayor parte de los mismos tenía una vida tranquila llevada con normalidad, con situaciones comunes a la vida diaria que cumplían con una cierta rutina, sin conmoción de ningún tipo.

Figura 3. Estado pre exposición



Elaborado por: Apunte J. 2019

Tranquila porque nosotros nos manteníamos bien allá yo después de salir del colegio entrenaba fútbol o sino algunas veces iba a agarrar cangrejos para vender

Mujer afrodescendiente de 18 años, estudiante.

Ya… antes vivíamos la vida tranquila porque no pasaban ese tipo de cosas como se dice llevaba una vida normal sin complicaciones

Mujer afrodescendiente de 37años, conchadora.

Bueno, antes era una vida tranquila, por lo menos antes uno podía salir a las calles andar con tranquilidad no tenía que preocuparse uno era tranquilo y feliz

Mujer afrodescendiente de 43 años, ama de casa.

Antes era tranquila, iba a mi trabajo con confianza llegaba a mi casa salía a la hora normal con confianza mis hijos también, sentía confianza de que mis hijos estudien, de que vayan y vuelvan del colegio a cualquier hora

Mujer afrodescendiente de 53 años, docente.

Mientras que para unos las situaciones de la vida diaria se limitaban a un ámbito personal de estabilidad y tranquilidad propia para otros esto se convertía en la plenitud de tener un hogar su núcleo familiar el tener empleo para generar ingresos y poder sustentar dicho núcleo.

La vivía tranquila sin meterme con nadie yo pasaba limpiando la casa de una amiga sin problemas después iba a mi casa comía y al otro día lo mismo.

Mujer afrodescendiente de 58 años, ama de casa.

Tranquila porque nosotros nos manteníamos bien allá yo después de salir del colegio entrenaba futbol o sino algunas veces iba a agarrar cangrejos para vender

Hombre afrodescendiente de 18 años, estudiante.

Antes pues allá la vida era donde nosotros vivíamos eh era normal, tranquilo todo contento la familia estaba toda unida

Mujer afrodescendiente de 38 años, ama de casa

En definitiva se puede apreciar claramente que el entorno social y salubre de la población investigada antes de ser expuestos a los hechos de violencia era calmo y sobretodo se llevada con mucha normalidad, lo cual apoya el hecho de que las situaciones de tipo favorables o adversas desempeñan un rol fundamental en la homeostasis del ser humano, a continuación se esquematizan los principales gravitantes del estado pre exposición de los sujetos investigados.

Figura 4. Estado pre exposición



Elaborado por: Apunte J. 2019

4.2.3 Estado post exposición

Un grupo de personas entrevistadas reaccionaron de manera negativa frente al planteamiento de este tema, puesto que comparar dos panoramas: un antes y un después, generó cierto peso emocional que hasta cierto punto llegaba a irritar a las personas al darse cuenta cómo su vida se complicó debido a los múltiples refuerzos negativos.

Figura 5. Estado post exposición



Elaborado por: Apunte J. 2019

> *Después con los acontecimientos de Guacho* fue un… un momento terrible donde uno no tenía seguridad en su casa que daba miedo salir peor aún que tus hijos quieran salir al pueblo con el miedo de que regresarán, de que pasara algo o les vayan a secuestrar, fue un momento que nos dejó cicatrices de terror dentro del pueblo y en cada persona de San Lorenzo*
>
> *Mujer afrodescendiente de 53 años, docente.*

**Alias del líder de grupo armado disidente de las FARC quien se atribuyó los atentados y asesinatos perpetrados.*

Después yo creo que ya todo cambió, San Lorenzo no sigue siendo el mismo porque ya todas las personas vivimos con miedo de que vuelva a ocurrir de que va a pasar de andar pero con miedo ya no con esa confianza en la que se deleitaba ir a San Lorenzo como ya diferente no se siente la misma seguridad de antes todo cambio para mal.

Mujer mestiza de 22 años, cocinera.

El miedo de sufrir consecuencias fatales tan solo por el hecho de vivir en dicho sector de conflicto predominó en otro grupo de entrevistados, personas que se expresaron con diferentes adjetivos intentando describir sus experiencias inseguridad que desembocaron en terror.

Porque ahí estaban todos esos grupos armados todos esos manes y la gente tenía temor porque si iban allá y nos veían creían que éramos sapos y nos podían matar o algo así, mi vida después del conflicto fue fea bien fea porque ya no podía hacer nada de lo que hacía antes.

Hombre afrodescendiente de 18 años, estudiante.

Teníamos como o sea estamos en… en una zozobra con miedo terror de lo que pasen las cosas no sabía si se regresaba o no o a cualquier rato algo que nos podía pasar.

Hombre afrodescendiente de 26 años, docente.

Yo quede prácticamente asustada sola sin ningún apoyo porque lo que uno vivió allá fue cosa que uno no lo puede olvidar y jamás lo hare y peor que uno vive casi por la parte de allá donde tiraron las bombas pro detrás de la policía entonces eso fueron unos momentos que no se pueden ni contar fueron momentos duros, feos.

Mujer afrodescendiente de 24 años, ama de casa.

Dentro de los testimonios la idea central se resume en el cambio abrupto del estilo de vida cotidiana y habitual a un entorno estresor, un medio hostil que evidentemente mermo la salud mental de dicha población lo que se concatena con el planteamiento de que el hecho de ser parte de un conflicto armado concluye en un desequilibrio emocional, en la siguiente figura se presentan los principales elementos emocionales que orbitan alrededor del estado post exposición al conflicto armado según las voces de los entrevistados.

Figura 6. Estado post exposición



Elaborado por: Apunte J. 2019

4.2.4 Etapa durante la exposición

Se estimó que casi la totalidad de los sujetos a los cuales se les aplicó las entrevistas mostraron un patrón similar en cuanto a diferentes sentimientos y actitudes, que de forma frecuente eran negativas frente a lo sucedido.

Figura 7. Etapa durante la exposición



Elaborado por: Apunte J. 2019

Llanto ---------- llanto ---------- llanto ---------- pues nosotros cuando fue este conflicto ----- llanto ------ llanto -------- la gente tuvo que salir de donde nosotros vivíamos hubo mucha muerte fue feo ----- llanto ------ la gente salió corriendo huyendo porque estos grupos llegaron como como que si fueran los dueños y querían llevarse los hijos a la fuerza para sus grupo eso fue terrible algo horrible no hay palabras porque dos grupos se enfrentaron a bala en uno de esos pueblitos y los muertos bajaban por el rio de niños, jóvenes gente que conocíamos cuando uno para Tumaco veía los muertos como bajaban como pedazo de palo por ahí en el río ---------- llanto -------- llanto --------, ellos llegaron a amenazar a la gente fue terrible algo feo feo.

Mujer afrodescendiente de 38 años, ama de casa.

La verdad bastante atemorizada porque uno no podía saber a qué hora podía salir, saber que podía pasar o sea había ese temor ese miedo de a qué hora pasaba algo, uno no podía dormir tranquilo.

Mujer afrodescendiente de 43 años, ama de casa

Yo lo viví con susto con mucho miedo e incertidumbre porque uno no sabía a qué rato venían y hacían otro atentado y cuantos iríamos a morir, vivía con pánico tan solo de ver tanta gente que venía armada, el ejército o los mismos guerrilleros, la gente herida después del atentado, los militares muertos después del atentado, fue impactante ver todo eso fue muy feo ver como lloraban los que estaban vivos o heridos y yo veía todo eso entonces el terror uno lo lleva en la mente lleva ese trauma

Mujer montubia de 50 años, comerciante.

Mientras un grupo de sujetos entrevistados mostraron sentimientos y actitudes negativas de forma superficial otros fueron mucho más puntuales, ahondando al describir sus emociones y experiencias lo es de gran valor al momento de orientarse hacia la situación en la que estas personas se encuentran.

Con mucho miedo no quería salir a ninguna parte por mi trabajo la gente me decía que no me encierre que ya va a pasar pero no quería, me sentía más segura en mi casa mis hijos me quisieron llevar a esmeraldas pero no quería salir tenía mucho miedo porque cuando fueron las explosiones yo estaba cerca visitando a mi hijo que es policía y en la detonación salí afectada me golpee la cabeza muy fuerte y perdí la razón estuve internada 6 días en el hospital de San Lorenzo, casi me muero --------- llanto.

Mujer afrodescendiente de 58 años, ama de casa.

Lo viví fue asustada porque decían que podían poner otras bombas por el parque por la parte del municipio entonces pues la gente asustada ahí en el barrio vivíamos asustados porque como la podían poner allá la podían poner en cualquier parte de las casas donde habitamos la gente en esos tiempos uno no podía ni dormir fue feo tiempo malos ya hasta apagada por último me sentía con ganas de no vivir si fuera posible la única esperanza que tenia de vivir era por mi bebe de 1 año 3 meses.

Mujer afrodescendiente de 24 años, ama de casa.

Lo viví con temor con miedo a que… podríamos ser un pueblo olvidado… el temor de que san Lorenzo se llenara de terror de terroristas porque estamos cerca de la frontera con Colombia y nuestro pueblo fuera un pueblo de terroristas de la del país de Colombia con el temor de que nuestra vida cambio al no estar con seguridad en las calles en las instituciones porque sabíamos que podían poner explosivos.

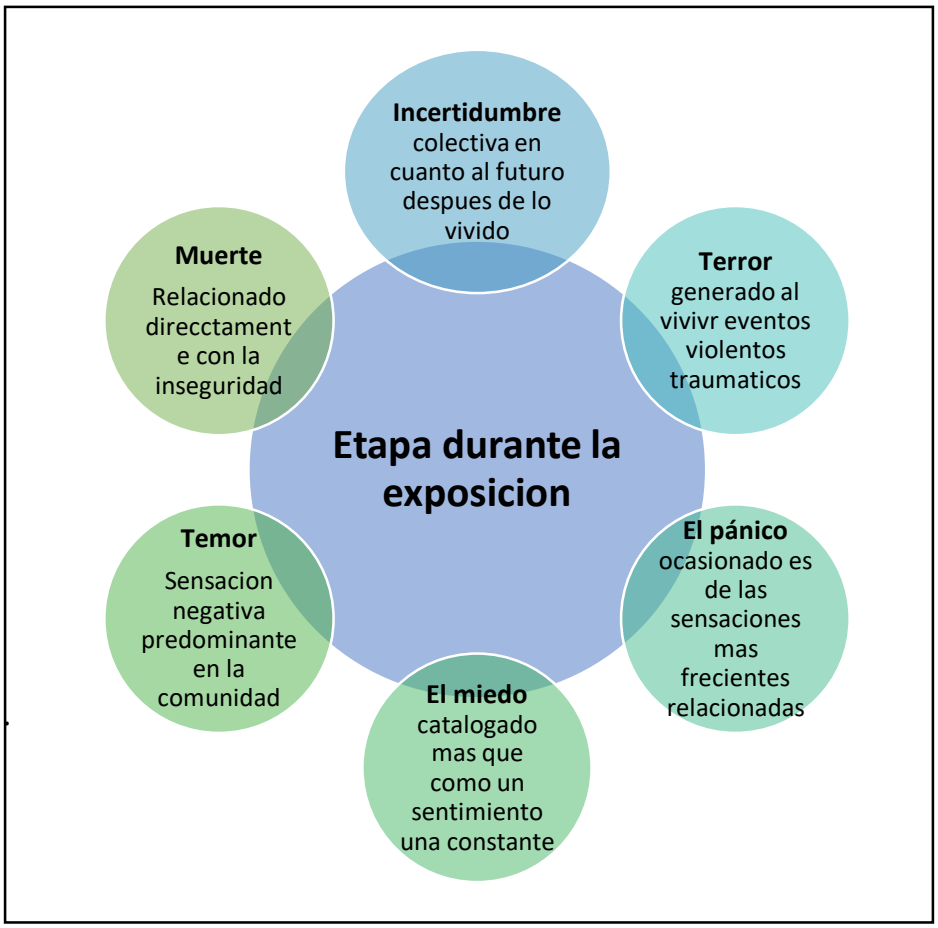
Mujer afrodescendiente de 53 años, docente.

Con tristeza me sentía deprimida y con mucho miedo con temor uno anda con miedo uno no sabe a qué momento vuelvan a suceder las cosas de que vuelvan a enfrentarnos con cosas más fuertes matando a más gente haciéndonos más daño.

Mujer afrodescendiente de 37 años, conchadora.

Concretamente las nociones y representaciones encontradas en el grupo estudiado durante la etapa de exposición ratifican que las personas sometidas a un periodo específico de tiempo en el cual experimentaron cambios sustanciales con respecto a la normalidad vivencial diaria así como al tipo de estímulos y refuerzos percibidos que en su mayoría fueron negativos debido al conflicto armado, generaron sentimientos, pensamientos y percepciones que sirvieron como detonantes en este caso para la alteración psíquica y desbalance social, en el siguiente esquema se denotan las ideas centrales de los entrevistados que giran en torno a la etapa durante la exposición.

Figura 8. Etapa durante la exposición



Elaborado por: Apunte J. 2019

4.2.5 Nivel de impacto relacionado con los ámbitos: socios laborales y personales

La vivencia del conflicto armado en las personas que se sometieron a la entrevista resultó con gran relevancia en un impacto sumamente fuerte en todos los ámbitos de su vida en unos más que otros pero al fin y al cabo generando grandes consecuencias, que en algunos casos se tornan irreparables o que marcarán un antes y un después en su vida.

Figura 9. Impacto en los ámbitos sociolaboral, personal y familiar



Elaborado por: Apunte J. 2019

Lo del trabajo se fue mal los trabajos se suspendieron este mire San Lorenzo era un lugar de comercio, gente de otros lados venía a comprar porque es puerto pero ya no eso se acabó a raíz de la violencia eso se acabó porque ya ni las tiendas vendían nada, la población se quedó sin trabajo ni los dueños de los almacenes tenían trabajo pasaba todo cerrado todo se acabo es que van de otros pueblos, Tambillo Palma Real a comprar en San Lorenzo y se acabó todo, hay personas que se fueron pero hay otros que se quedaron esperando a ver qué pasa porque uno no tiene a donde irse por su vivienda no hay trabajo no había ni cómo salir a pescar porque San Lorenzo es una fuente de trabajo solamente de palmeras, pesca y concha ese es nuestro medio esos trabajos

Mujer mestiza de 40 años, ama de casa.

Solamente en lo personal tenía temor miedo, quería salir a la calle y no podía porque no sabía en qué momento me podía pasar algo o algo así en mi vida laboral obvio que tenía que estar pendiente a alguna cosa, perdí mi trabajo en la construcción porque todo se paralizó, pase un tiempo decaído como triste encerrado con mi familia ni las niñas podían ir a la escuela ni nada no había que comer fueron momentos de angustia tiempo después encontré mi trabajito de guardia, y pues mi familia se unió mas todos tratamos de estar más unidos para que no nos pase nada.

Hombre mestizo de 27 años, agente de seguridad.

En lo personal tenía mucho miedo, no quería salir me sentía muy mal, muy triste deprimida y con mucha incertidumbre, pensando que me podía morir si salía, los ataques de este hombre eran inciertos, no se sabía nada, vivíamos desolados perdí mi trabajo al no querer salir de mi casa, me aislé completamente y mi familia se fue a un lugar más seguro.

Mujer afrodescendiente de 58 años, ama de casa.

Entretanto algo interesante que se develo es que para un grupo de individuos en el ámbito familiar ciertas personas se unieron más a su familia creando un vínculo más fuerte encontrando seguridad en la unión ya formada, reforzándose y apoyándose mutuamente siendo esto de vital importancia para cada sujeto.

En lo social si por lo que ya no nos quedábamos hasta tarde conversando en el colegio ya, sino que apenas cuando nos mandaban nos íbamos a la casa ya no conversábamos mucho, la familia nos quedamos juntos todos vivimos aquí más consecuencias no hubo.

Mujer afrodescendiente de 18 años, estudiante.

Familiar porque se fueron todos de ahí de la familia, en el trabajo también nos afectó porque ahí quedaban las cosas yo ya no podía salir a conchar, no teníamos el mismo sustento en la casa era necesario traer plata de alguna parte comida, pero por el miedo no salíamos o por las leyes de no poder salir pasado cierta hora todo se complicó.

Mujer afrodescendiente de 37 años, conchadora.

En lo personal me sentí muy triste le baja el ánimo a uno, no quiere hacer nada y el trabajo desapareció, teníamos una finca y eso nos tocó dejar botando, nos quedamos sin nada era eso o la vida de uno tocaba salir a correr y uno llega acá a la deriva sin nada hubieron consecuencias malas muy malas mis hijos estaban estudiando y les toco dejar el colegio, me toco cargar la responsabilidad de huir para que a nuestros hijos no se los vayan a llevar.

Mujer afrodescendiente de 38 años, ama de casa.

Todos los testimonios anteriormente expresados confirman el enunciado acerca del rol que desempeñan los cambios de origen precipitados o forzados debido a algún tipo situación de riesgo convirtiéndose en elementos generadores de tensión, que actúan como determinantes claves en el desarrollo de ciertas patologías psiquiátricas como en este caso. La pérdida de empleo que por ende conlleva a la disminución del afluente económico en el núcleo familiar o la incertidumbre acerca del futuro laboral y social resulto ser un denominador común en los participantes de la investigación, estas y otras más ideas son resumidas en sentimientos y percepciones que en el siguiente grafico se articulan con el nivel de impacto relacionado con los ámbitos socio-laboral personal y familiar.

Figura 10. Impacto en los ámbitos socio-laboral, personal y familiar



Elaborado por: Apunte J. 2019

4.2.6 Grado de conmoción vinculado a la salud del sujeto investigado:

Sin duda alguna el grado de conmoción fue muy grande en los sujetos estudiados, se comprometió la salud de la población de manera global ya sea exacerbando enfermedades biológicas previas que tenían o directamente comprometiendo su salud mental que resulto ser la más perjudicada debido a los hechos de violencia y diferentes vivencias, sentimientos, realidades y sensaciones experimentadas durante este período, refiriendo principalmente un sentimiento de tristeza, decaimiento, miedo, ansiedad, preocupación y en la mayoría de casos un estado depresivo.

Figura 11. Grado de conmoción vinculado a la salud



Elaborado por: Apunte J. 2019

El estado de ánimo me afectó al ver a mi mamá nerviosa y mis niñas encerradas, mi mujer sufriendo y sin poder darles de comer yo sentía temor, pero a la vez rabia ira con esa gente porque como nos pudieron haber hecho esto tanto daño muchas personas perdieron sus casitas por eso sus trabajos, así como yo.

Hombre mestizo de 27 años, agente de seguridad.

Me sentía triste y con preocupación pues por lo que decían que iba a pasar, sentía miedo mucho miedo deprimida.

Mujer afrodescendiente de 18 años, estudiante.

Nerviosismo, miedo, terror, susto me sentía con mucha tristeza y depresión porque hubieron personas que conocíamos que murieron o lo perdieron todo a raíz de eso, la presión se me subía a veces siento que se me altera cuando oigo algún balazo o algo siento un sobresalto porque tengo dos hijos mayores y apenas se van yo pienso que es con ellos.

Mujer mestiza de 40 años, ama de casa.

Triste, deprimida con mucho miedo de que si salgo me podía pasar me podían matar ni siquiera dormía bien me sentía asustada no me hacían efecto los remedios que me daban en el hospital para dormir y la presión se me subía cada vez que veía a un militar pasar por la casa me dolía la cabeza todo eso me afecto mucho y todavía sigo así me siento enferma

Mujer afrodescendiente de 58 años, ama de casa.

Mientras que para unos el grado de conmoción fue en su mayoría vinculado a la salud biológica y mental para otros fue relacionado a una incertidumbre hacia el futuro sin tener expectativa alguna acerca de que es lo que pasara debido al conflicto vivido teniendo como resultado un factor estresor para el desemboque en alguna afectación salubre.

Mal me afecto mucho porque uno se siente, así como decaído triste como enfermo, mire mi hijo cuando llegamos acá enfermo y me toco dejar a los otros acá y recién llegando todo fue ahí mismo muy fuerte me sentía triste bien triste deprimida sin ánimo de nada a veces me siento a pensar la vida que tenía antes y lo de ahora y no tengo nada y eso le pone a uno cabizbajo.

Mujer afrodescendiente de 38 años, ama de casa.

En cuanto a mi estado de ánimo por último no me dan ni ganas de vivir en San Lorenzo porque uno está allá pero esta aterrado uno es diciendo que tiene un pie en la tierra y otro en el cementerio entonces el ánimo mío esta como que ahí mismo quedo en el momento que paso todo.

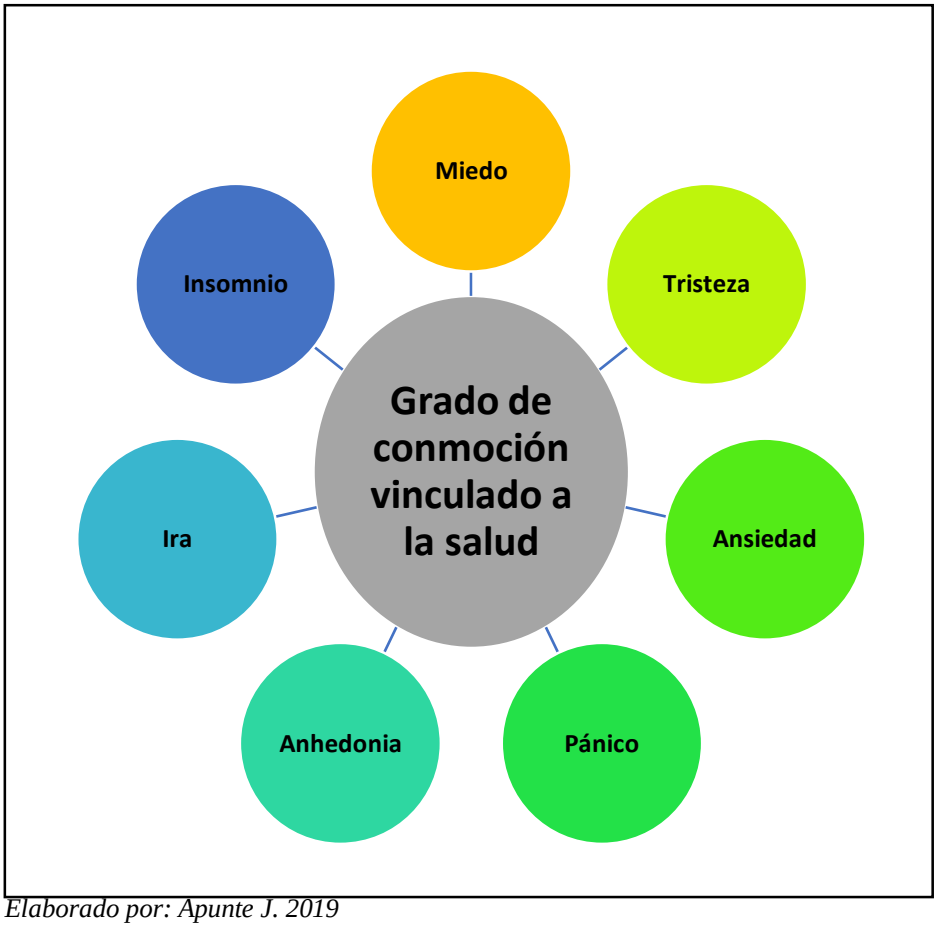
Mujer afrodescendiente de 24 años, ama de casa.

El estado de ánimo se afectó porque de cierta forma hubo muchas prohibiciones de muchas cosas, escaseces de muchas cosas me sentía deprimida y perdí las ganas de hacer muchas cosas si hubiera tenido la posibilidad de salir de ahí lo hubiera hecho, pero no tengo los recursos sino lo hubiera hecho.

Mujer afrodescendiente de 43 años, ama de casa.

El impacto que tuvo el conflicto armado para unos individuos fue vinculado a la salud mental por medio de diversas emociones, situaciones y sentimientos negativos mientras que para otros se vincularon problemas más profundos y graves de índole crónico como la anhedonia que resulto ser clave para el diagnóstico de ciertos estados mentales patológicos consecuentes de los vivido previamente, por tanto se afianza la idea expresada en el marco teórico acerca de la influencia negativa que ejercen este tipo de situaciones violentas en cuanto a la salud mental degenerando progresivamente el bienestar natural de la persona, en el siguiente resumen sistémico se presentan los principales elementos que según los testimonios de los entrevistados influyen en el grado de conmoción vinculado a la salud.

Figura 12. Grado de conmoción vinculado a la salud



Elaborado por: Apunte J. 2019

4.2.7 Actitudes y prácticas resilientes:

La capacidad de acondicionamiento de parte de los sujetos por medio de diferentes conductas, hábitos o actitudes generó situaciones que les sirvieron de refugio para dicha población y de cierta forma les ayudó a sobrellevar y manejar de una mejor manera la situación a la cual fueron expuestos, recurrir a deidades, encontrar refugio, paz y tranquilidad en su núcleo familiar o simplemente esperar a que pase el momento fueron hechos que refirieron los investigados.

Figura 13. Actitudes y prácticas resilientes



Elaborado por: Apunte J. 2019

Eso de adaptarse creo que se va dando poco a poco y pues orar porque a la iglesia no le voy a mentir fui como unas dos veces, pero yo oro en mi casa le pido a Dios yo tengo mis santos y les prendo velas a mis santos y yo pienso que eso me ayudo bastante yo soy católica.

Mujer mestiza de 40 años, ama de casa.

Me siento así como atemorizada a qué hora que estamos durmiendo, comiendo, caminando no sabe a qué hora uno no sabe a qué hora nos pueden suceder las cosas por eso me adapte mal nunca me adapte porque sigo con ese miedo y nada lo calma.

Mujer afrodescendiente de 53 años, docente.

Buscar un poquito más a Dios y unirse con la familia porque la familia se desintegró.

Mujer afrodescendiente de 43 años, ama de casa.

Como me adapté… si de salir si no salía no hacía nada y de ahí yo en las noches le pedía a Dios no iba a la iglesia pero si le pedía a Dios de que nos extienda la mano nos cuide nos proteja no permita de que nos sigan haciendo mal

Mujer afrodescendiente de 24 años, ama de casa.

En contraposición en cuanto al peso que tuvo para unos buscar ayuda en deidades o familiares otros jamás se adaptaron a lo vivido puesto al grado de conmoción que experimentaron o simplemente al no tener sus redes de apoyo fuertes.

Yo no me he adaptado ni lo haré, todo esto es muy muy duro solamente a veces quesera desaparecer no se irme lejos porque es demasiado para mí, pero veo la carga que es tener hijos pequeños que les puede pasar algo que se queden sin nadie porque soy lo único que les queda lo que tienen.

Mujer afrodescendiente de 38 años, ama de casa.

Mal, me adapté bien mal porque no podía hacer nada no me logré adaptar, me daba tristeza ver cómo la gente que conocía bajaba por ese río toda muerta, en mi casa yo oraba bastante y eso me ayudo a fortalecerme buscar a Dios.

Hombre afrodescendiente de 18 años, estudiante.

La resiliencia no es sólo lograr superar el estrés exógeno o la no exposición a eventos adversos después de una experiencia traumática, sino también es la capacidad de un individuo para sacar algo positivo de la adversidad y lograr adaptarse exitosamente en el medio, estas prácticas pueden ser desarrolladas durante o después un conflicto, así pues lo demostraron los sujetos estudiados debido a que en su mayoría lograron adaptarse a la situación desfavorable que vivieron mediante varios recursos tanto espirituales como sociales incluyendo en este grupo al núcleo familiar de los afectados, un grupo de informantes expresaron que nunca se adaptaron al conflicto eso demostró una limitada capacidad de resiliencia debida a la desolación absoluta de la cual aún son parte pero también por la incertidumbre hacia el futuro respecto a su situación actual tanto económica como comunitario.

En la siguiente esquematización se mencionan los principales determinantes que fueron expresados por los participantes de esta investigación y que giran en torno a las principales prácticas y actitudes resilientes de los mismos que fueron desarrolladas en la situación de riesgo a la que estuvieron expuestos.

Figura 14. Actitudes y prácticas resilientes

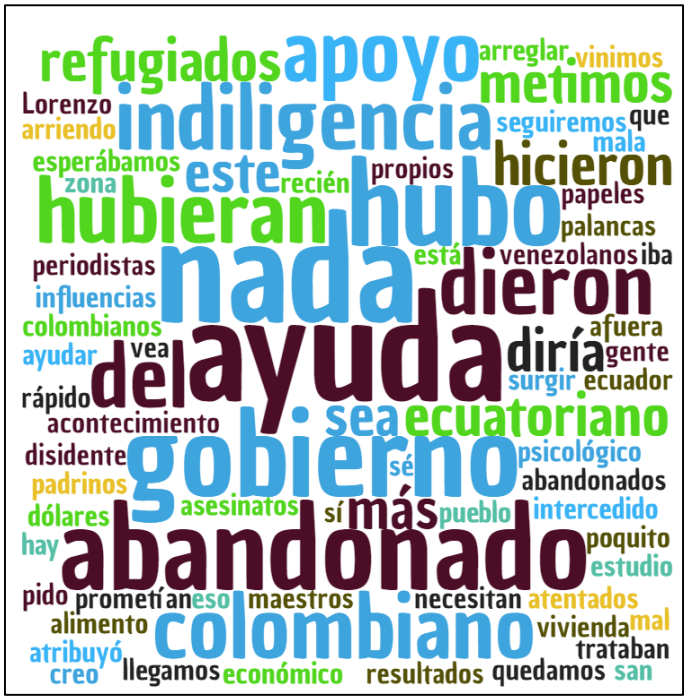


Elaborado por: Apunte J. 2019

4.2.8. Incursión de los servicios de salud, atención oportuna, expectativas y realidades:

La importancia de conocer las expectativas de la población estudiada en cuanto a la necesidad de algún tipo de atención médica para los problemas salubres desencadenados y la intervención del sistema de salud frente a estas situaciones o en general conocer y analizar la percepción que tienen estas personas afectadas de la participación del estado para mejorar su situación es relevante ya que dentro del grupo poblacional correspondiente a ecuatorianos todos mencionaron una actuación deficiente o ninguna por parte del gobierno, en contraste con la población colombiana la cual expresó la pertinencia e impecable intervención gubernamental para mejorar su situación de desplazados.

Figura 15. Incursión de los servicios de salud gubernamentales



Elaborado por: Apunte J. 2019

> *La verdad la verdad el gobierno… nada yo creo que si hubieran intercedido con los periodistas no hubieran muerto así mismo por nosotros no hicieron nada y si hubieran hecho lo sabría y ahí le diría que sí, pero yo diría que hicieron un 25% eso nada más puedo decirle.*
>
> *Hombre mestizo de 27 años, agente de seguridad.*

No hubo… no hubo apoyo como debía ser a nivel del gobierno no hubo apoyo ni psicológico ni económico quedamos abandonados por el gobierno pensábamos que con este… con este acontecimiento de Guacho, San Lorenzo iba a surgir en estudio, en fuentes de trabajo en una mejor zona urbana de vivienda de trabajo una calidad de salud mejor para los niños los maestros para los padres de familia pero no hubo el apoyo que esperábamos quedó abandonado*

Mujer afrodescendiente de 53 años, docente.

Ellos trataban de arreglar, prometían ayuda lo más rápido pero sin resultados, para mi hubo un poquito de indiligencia en todo.

Hombre mestizo de 59 años, agricultor.

**Alias del líder de grupo armado disidente de las FARC quien se atribuyó los atentados y asesinatos perpetrados.*

Mala muy mala no han hecho nada fuimos un pueblo abandonado y lo seguiremos siendo se necesitan tener influencias, palancas como quien dice padrinos para que se vea la ayuda no hay trabajo no tenemos para comer y el gobierno ayuda a gente de afuera venezolanos y colombianos, pero a los propios nada nos dejan que sea lo que sea y está mal yo pido ayuda y que usted nos ayude.

Mujer afrodescendiente de 58 años, ama de casa.

El gobierno puede decir mucho hagamos tal cosa pero siento que no hizo al menos con la delincuencia que nunca va a parar, bueno y a pesar de lo que hubo las cosas no han mejorado el gobierno solo mando ciertas autoridades y todo quedo ahí estos grupos andan armados.

Mujer montubia de 50 años, comerciante.

La verdad es que la intervención del estado acá falto porque… prometieron muchas cosas a muchas familias reubicarlas y no no hubo nada de eso no hubo nada también la reactivación económica que tenían que hacer en san Lorenzo por ser por derecho a frontera y todo eso no paso entonces el estado debía trabajar más en eso y solucionar.

Hombre afrodescendiente de 26 años, docente.

La situación de las personas desplazas a causa de un conflicto armado es una situación penosa e inclemente debido a que como consecuencia de la violencia tienen que huir dejando todo atrás lo cual se observó en un grupo de informantes extranjeros que formaron parte de esta investigación es por ello que la percepción de los mismos hacia la intervención del estado ecuatoriano es tan destacable al no tener absolutamente nada, trasladarse a otro país y tener un apoyo gubernamental.

> *El estado colombiano no ha hecho nada nada por nosotros cuando vinimos al Ecuador el estado ecuatoriano nos ha ayudado bastante porque nosotros nos metimos de refugiados y ya nos dieron comida nos dieron como 180 dólares para sacar una remesa nos van a ayudar con el arriendo y los papeles.*
>
> *Hombre afrodescendiente de 18 años, estudiante.*

> *Acá del estado colombiano no, aquí del ecuador cuando llegamos nos metimos de refugiados nos dieron alimento no sé qué será porque recién llego el gobierno ecuatoriano nos ha ayudado pero el estado colombiano nada.*
>
> *Mujer afrodescendiente de 38 años, ama de casa.*

La intervención salubre por parte de organizaciones públicas y ONGs en situaciones como las vividas en la frontera norte de la provincia de Esmeraldas suponen intervenciones oportunas para mejorar la situación de los afectados, para de cierta forma y en lo posible aplacar las consecuencias resultantes en el área de salud, esta necesidad imperante de intervención y ayuda fue percibida por la mayoría de los participantes perjudicados ecuatorianos como insuficiente o nula en contraposición de los extranjeros desplazados siendo percepciones diferentes pero que convergen en la búsqueda de atención por parte de los distintos gobiernos y demás organizaciones.

En el siguiente esquema se hace referencia a las principales precepciones expresadas por parte de los sujetos investigados que resultaron afectados, las mismas gravitan en cuanto a la incursión oportuna de los servicios de salud.

Figura 16. Incursión de los servicios de salud gubernamentales



Elaborado por: Apunte J. 2019

4.3 Apreciación de la problemática por parte del investigador

El analizar a esta población en específico significó un reto muy grande debido a que se presentaron ciertos obstáculos a lo largo de la investigación, para muestra se evidenció que la gran mayoría de los entrevistados generaban una repuesta de miedo y cierta irritabilidad al tratar de recabar alguna información con respecto a sus vivencias durante las situaciones de violencia que experimentaron resultando en una negativa en cuanto a la participación en la investigación y por consecuente a la aplicación de la entrevista, la cantidad de personas afectadas era muy pobre en el centro prestador de salud ya que las mismas personas no consideraban tener un problema relacionado con la salud mental y sumado a esto la gran distancia que hay entre sus hogares y el hospital lo cual complicaba aún más la afluencia de personas oriundas de estos cantones afectados debido a que no podían desplazarse o movilizarse hacia la ciudad agregando que la movilización representa un costo el cual deben asumirlo completamente estas personas, esto de la mano con la deficiente atención por parte del estado y muchas veces un diagnostico incierto;

pero a pesar de estos problemas se logró recabar la información necesaria para dar pie a esta investigación.

La problemática como tal radica en la violencia que se generó en estas poblaciones por parte de grupos armados disidentes en un pugna de intereses en la cual tuvo que intervenir de forma militarizada el gobierno resultando como principales afectados la gente que vivía ahí dejando secuelas y cicatrices muy grandes, así mismo ocasionando problemas relacionados con la salubridad mental y exacerbando enfermedades de base.
Se testificó el poco acceso al sistema de salud de la población afectada, la desatención, desinterés e indiligencia gubernamental para de cierta manera aplacar, o tratar de mejorar la situación de estas personas que hasta el día de hoy sufren en cada momento tras lo vivido.

Se evidenció también que la interacción con las personas que participaron de esta investigación fue un poco trabada debido al nivel de educación de las mismas que a pesar de tener estudios secundarios en la mayor parte de participantes, ciertos puntos y definiciones no eran del todo claras para la población, a esto sumado que las personas de esta parte del país no son del todo amigables o abiertas hacia un extraño debido al tipo de conformación sociocultural en que crecieron, pero en el momento en el que se lograba generar empatía con el acompañamiento de un poco de seguridad y confianza con la persona investigada era impresionante escuchar sus experiencias y aún más increíble el hecho de saber que después de lo vivido ninguna persona perteneciente al sector de la salud ya sea público o privado gestaron algún tipo de interés por servir como apoyo o simplemente escuchar a estas personas afectadas.

La forma poco humanista y hasta cierto punto egoísta del personal de salud que labora en este hospital resulto impactante ya que a pesar de ser parte de una misma comunidad, de un mismo país y compartir similares experiencias, las personas que resultaron ser directamente afectadas en la mayoría de casos buscaban una palabra de ánimo, algo de empatía, entablar una conversación o al menos algún tipo de muestra de preocupación y apoyo hacia ellos por la dura realidad de la que fueron parte.

CAPITULO V. DISCUSIÓN

Las necesidades de salud psicosocial y mental después de un conflicto armado o desastre han atraído una atención sustancial en las Islas Salomón después de haber sufrido un conflicto armado de larga data desde 1998 hasta el año 2003 dando lugar a 150-200 muertes y más de 35,000 personas desplazadas internamente, debido a esto la conceptualización de la salud mental, durante varias décadas fue considerada por los responsables políticos como un problema principalmente salubre pero también económico y social para lo cual se han ampliado e incorporado a las agendas nacionales de desarrollo y política social medidas de intervención lo que refleja el reconocimiento del impacto del conflicto armado en la salud y el bienestar psicosocial de la comunidad en su conjunto. (Blignault, Bunde-Birouste, Ritchie, Silove, & Zwi, 2009) por ende la necesidad de diseñar un estudio en el cual se pueda extrapolar el impacto de un conflicto armado en la sociedad ecuatoriana es de importancia debido a la carencia de estudios semejantes con los cuales se podrá bosquejar medidas de intervención al igual que en las Islas Salomón y de hecho abren nuevas brechas para estudios acerca del tópico mencionado.

El analizar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la salud - enfermedad y su relación con el conflicto armado en la provincia de Esmeraldas genera vital importancia tomando en cuenta que en el país no se han llevado a cabo investigaciones de esta índole con población civil en contraste con la investigación llevada a cabo en los miembros de la asociación de comandos y/o paracaidistas en servicio activo y pasivo de las Fuerzas Armadas del Ecuador “Grad. Juan Francisco Donoso Game”, y más direccionada hacia una consecuencia específica, el trastorno de estrés post traumático encontrándose relación con directa entre los conflictos armados y la salud mental (Paredes et al, 2017) pero sin ahondar en otras áreas relacionadas a la salud mental.

El número de informantes seleccionados que participaron en esta investigación aportando información útil y relevante fueron 15, lo hicieron de manera libre y voluntariamente, ajustándose a los criterios de inclusión, exclusión y más importante por el tipo de investigación los criterios de diversidad y pluralidad, de esta forma elaborando el perfil del sujeto de estudio optimo en comparación principalmente al número de informantes seleccionados de otras investigaciones como la de (Barber et al., 2016) que contó con 68

sujetos de estudio pero con rangos de edad de entre los 30 – 40 años en contraste con el estudio llevado a cabo en donde la mayoría de sujetos son menores de 25 años.

La investigación de (Stark et al., 2017) en la cual participaron 165 informantes de los cuales fueron 87 adolescentes desplazadas internamente de la República Democrática del Congo y 78 niñas sudanesas que viven en campamentos de refugiados etíopes tras el conflicto armado, estas revelaron que las experiencias recabadas estuvieron mayormente vinculadas a la violencia de género y perpetración familiar estos resultados se deben a la población de dicho estudio que en su mayoría fueron mujeres y al tipo de conformación social, es interesante que tras el conflicto armado sufrido en Esmeraldas y siendo el 73% de los informantes investigados perteneciente al género femenino no haya ningún testimonio relacionado a la violencia de genero esto a causa de la magnitud del conflicto sin embargo esta investigación es novedosa debido al tipo de población y la connotación cultural ecuatoriana.

En la investigación llevada a cabo en Tel Aviv se evidenció que la mayoría de personas sufrieron un trastorno vinculado a la salud mental, concatenado con lo referido en estudios anteriores los cuales afirman que la relación entre salud mental y la exposición a conflictos armados o hechos de violencia con intervención militar en las personas que estuvieron expuestas a eventos de guerra tienen más riesgo de sufrir trastornos mentales con prevalencia de trastorno depresivo o de ansiedad casi en la mitad de ellos y estrés postraumático en un tercio. (Talbott, 2005) Este riesgo se manifestó de forma evidente ya que a las personas del estudio realizado se les aplico el test de Hamilton para el diagnóstico de depresión y de los cuales la gran mayoría resulto positivo para la enfermedad en cuestión.

En Colombia se llevó a cabo una investigación en la cual se determinó que el género femenino es más propenso a vincularse con desequilibrios en la salud mental en relación al género masculino después de haber sido víctimas de conflictos de violencia armados con intervención militarizada (Londoño et al., 2005), lo que coincide con el estudio realizado del cual el 86,6% resultaron con depresión y de estos el 73,27% correspondieron al género femenino.

En la presente investigación el análisis narrativo de los testimonios recabados sugieren un patrón de factores estresores (falta de empleo, incertidumbre, miedo, abandono etc.) que influyeron a la exacerbación de la situación post conflicto de los afectados así como en el noreste de Myanmar donde enfatizaron la interconexión entre distintos problemas y en general la mayoría de estos estaban relacionados a factores estresantes psicosociales actuales, como la pobreza, la mala nutrición y la discriminación.

De esta forma se ratifica que los niños, adolescentes y adultos que están expuestos a un conflicto armado por un corto o largo período de tiempo necesitan una intervención para evaluar su salud mental y tratar patologías o secuelas psiquiátricas. (Lee, Nguyen, Russell, Aules, & Bolton, 2018).

Se revelo que el impacto de la guerra en ex combatientes puertorriqueños pertenecientes al ejército estadounidense en la guerra de Afganistán tuvo relación con la salud mental y no solamente de los individuos que estuvieron en el frente de batalla sino también en los miembros de las familias de los soldados puesto que generaban sentimientos de incertidumbre y episodios de ansiedad y miedo desmedido hacia los eventos que puedan suceder y a la integridad de sus familiares a pesar de que el núcleo familiar no estaba expuesto directamente al conflicto armado. (Freytes et al., 2012) concatenado con la información de los entrevistados de este estudio las personas que eran miembros de una familia con el rol de padre o madre en algún momento sintieron angustia o incertidumbre por lo que podía suceder con sus hijos que estaban en otros lugares ajenos a dicho conflicto ocasionado un impacto a nivel familiar.

En Liberia se demostró que las personas expuestas al conflicto armado que continuaron con sus actividades normales como trabajar, ir a la escuela o socializar se adaptaron de mejor manera a las situaciones estresantes (Levey et al., 2016) las personas con mayor capacidad de resiliencia también fueron vinculadas con el hecho de no dejar de lado sus actividades diarias a pesar del miedo que tenían o la incertidumbre creada alrededor de los hechos de violencia suscitados. En la investigación llevada a cabo se encontró que un pequeño grupo de participantes nunca cesó sus actividades cotidianas y de esta manera en particular pretendieron adaptarse a lo sucedido, de hecho algunas personas de este grupo mencionar particularmente que lograban “distraerse” mientras llevaban a cabo sus

actividades a pesar del miedo y en particular de las situaciones estresantes que existen en su medio comunitario.

Las personas con problemas y sus familias buscaron ayuda de diversas fuentes para intentar resolver sus problemas mentales, incluidos jefes tribales, líderes de iglesias y curanderos tradicionales y, con menos frecuencia personal de apoyo del área de salud y la policía en casos de traumas psicológicos. (Blignault, Bunde-Birouste, Ritchie, Silove, & Zwi, 2009) en el contexto cultural de la población investigada estos presentaron un comportamiento similar acudiendo principalmente a deidades o iglesias encontrando tranquilidad, paz y fortaleza según lo referido y dejando como recurso final el acudir a los servicios de salud.

La mayoría de gente no reconocía el tener alguna patología mental a raíz del conflicto armado y pocos sabían que existía un servicio comunitario de salud mental. Contrariamente a las expectativas, el trauma psicológico relacionado con el conflicto no fue identificado como un problema importante por parte de la comunidad que estaba más preocupada por las secuelas económicas y sociales del conflicto. (Blignault, Bunde-Birouste, Ritchie, Silove, & Zwi, 2009) Esta percepción se ajusta de manera única con la población estudiada ya que en la cultura esmeraldeña brinda poca importancia a la salud de forma global y de forma más ajena la mental o las intervenciones que puedan realizarse para mejorar su situación sino el hecho de que social y económicamente son una comunidad olvidada y con las consecuencias que dejo el conflicto armado la incertidumbre frente al ámbito socio económico es de fundamental inquietud.

Las primeras investigaciones sobre la salud mental de los civiles desplazados por el conflicto armado se centraron principalmente en los efectos directos de la exposición a la violencia y la pérdida relacionada con la guerra pero en gran medida se pasaron por alto los efectos de los factores estresantes relacionados con la experiencia del desplazamiento como la angustia de los refugiados basándose en investigaciones que demuestran que la salud mental entre los refugiados y solicitantes de asilo se deriva no solo de la exposición al conflicto armado, sino también de una serie de factores de estrés en curso en su ecología social o factores relacionados con el desplazamiento. (Miller & Rasmussen, 2017)
Esta investigación llevada a cabo a diferencia de la antes mencionada no conto con una muestra tan extensa de refugiados o desplazados pero el pequeño grupo de extranjeros

estudiados manifestaron su preocupación acerca de la situación por la que estaban atravesando vinculándola como un problema adicional al conflicto armado ya que estar en otro país y haber dejado todo atrás ocasiona dudas e inseguridad.

La configuración de la respuesta al objetivo de esta investigación se estructuró mediante la identificación de los diversos conocimientos, múltiples actitudes, prácticas y percepciones llevadas a cabo por la población que anteriormente en este trabajo de investigación han sido analizadas y procesadas, encontrando información relevante, que es semejante a los estudios que se han realizado alrededor del mundo durante o después de la exposición de personal civil a alguna situación relacionada con el conflicto armado, siendo así es útil proyectar las experiencias vividas y los principales problemas de este conglomerado en particular. Cabe acotar que durante algún tipo de evento bélico se desencadenan un sin número de problemas y los relacionados con la salud son solamente una consecuencia de muchas del gran problema social, económico y político desatado frente a estas situaciones de enfrentamiento militar o subversivo, en este contexto se hace alusión a que los problemas de salud mental desarrollados en estos eventos son un inconveniente aislado de la extensa cantidad de consecuencias, efectos y secuelas en la salud de los expuestos.

A pesar de que esta investigación se llevó a cabo en la provincia de Esmeraldas y específicamente con personas provenientes de los cantones afectados se debe tomar en cuenta que existen muchos más afectados y damnificados por lo ocurrido, es primordial que el personal relacionado con la salud así como el mismo gobierno ecuatoriano y sus autoridades den la suficiente importancia que se merece el tema relacionado con la salud mental a pesar de ser un tema complicado se deben realizar intervenciones integrales en este tipo de eventos buscando el bienestar común de la población ya que la provincia de Esmeraldas siempre ha sido una provincia olvidada con un sinnúmero de problemas que clama por ayuda y la atención pertinente.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- Los conocimientos, prácticas y actitudes de la población estudiada fueron diversos concluyendo fundamentalmente que en efecto el conflicto armado del cual fueron víctimas estas personas influyó en su salud ya sea de forma directa o indirecta, causando un desequilibrio en la homeostasis específicamente en el entorno mental deteriorando su estilo de vida pero también con consecuencias en el ámbito social, laboral y personal, dejando consecuencias que en algunos casos serán irreparables.

- Las percepciones de los antes mencionados se identificaron exitosamente y con estas se pudo evidenciar un panorama claro de la situación de este conglomerado en particular, un panorama que nos direcciona hacia los principales y más graves problemas en cuanto a la esfera social, económica y salubre tanto mental como no mental que tácitamente demanda una intervención inmediata y oportuna como a la vez un manejo pertinente.

- El análisis profundo de las narrativas halladas reveló que las personas involucradas presentaron nuevos síntomas sugerentes de patología mental y unas cuantas exacerbaron sus enfermedades ya diagnosticadas previamente antes de vivir el conflicto armado, con lo cual su estilo de vida no volverá a ser el mismo de antes, pero también se llegó a la conclusión de que la capacidad de resiliencia de la mayoría de estudiados estuvo relacionada directamente con una deidad en la cual buscaron refugio y apoyo manteniendo la esperanza de mejores días y de superar esos momentos que marcaron un antes y un después en esta sociedad.

- La apreciación en cuanto a la intervención del estado para mejorar la situación frente al conflicto armado del cual fueron damnificados los participantes de este estudio, giró alrededor de una idea que revela la carencia de ayuda en todos los ámbitos de la vida de estas personas, así como el desinterés en general por su situación y una indiligencia para concretar promesas las cuales alguna vez fueron ofrecidas inmediatamente después de ocurridos los hechos.

- El ecosistema social en donde cada persona se desarrolla es autónomo y por ende siempre habrá variabilidad y esto se manifiesta en los pensamientos, prácticas, actitudes y percepciones que han sido expresadas.

- Los participantes de esta investigación comparten el sentimiento de preocupación e incertidumbre frente a los hechos ocurridos en el sector y exhortan a las instituciones pertinentes algún tipo de ayuda.

6.2 RECOMENDACIONES

- Fomentar la atención medica integral no tomando en cuenta solamente la esfera biológica sino también la mental y social y aún más en pacientes que se encuentran en situaciones de riesgo sujetas a violencia armada y no solamente a este tipo de violencia sino a cualquiera de sus variantes.

- Trabajar en el primer nivel de contacto con el paciente de manera rápida, ágil y oportuna debido a que es fundamental tener claro un diagnóstico para generar intervenciones y posteriores tratamientos algo que fue deficiente en esta investigación por parte de la casa de salud.

- Los resultados y los análisis de esta investigación podrían ser utilizados como una herramienta útil para bosquejar la situación de la población estudiada, sus principales problemas, prácticas y actitudes frente a las situaciones vividas y diseñar medidas de intervención oportunas por parte de cualquier institución, organismo o persona la cual se muestre interesada en brindar ayuda pertinente ya que esta es una situación emergente real.

- La población estudiada en esta investigación es un pequeño grupo que acudió al hospital de referencia provincial desde su lugar de origen que en este caso fue comprometido directamente por el conflicto armado en base a esto se recomienda que en futuros estudios que aborden este tópico para abarcar una mayor cantidad de informantes acudan directamente al sitio afectado.

- Educar a la población en general para que logren tomar en cuenta la dimensión e importancia que tiene la salud mental en los diferentes ámbitos de la vida y la responsabilidad por la misma sea distribuida entre los actores pertinentes dentro de la sociedad.

- Socializar la presente investigación en el personal de salud ya que muchas veces infravalora temas relacionados con la salud mental ocasionando potenciales pacientes que quedan a la deriva de obtener atención oportuna así como generar una conciencia de salubridad mental en la población afectada para que busquen la ayuda apropiada.

- Promover la conmiseración de preocupación como sociedad y no mostrarnos indolentes y ajenos frente a esta dura realidad que no está lejos de las grandes ciudades concientizando que para generar un cambio y brindar ayuda no es necesario el poderío económico o estar cerca simplemente alzar una voz como sociedad o en el caso del personal de salud ofrecer una palabra de ánimo.

CAPÍTULO VII.

REFERENCIAS

Acosta, P., & Alberto, C. (2016). *La salud mental y el posconflicto, Mental Health and Post-conflict*. *5*(4), 7450. Revista Colombiana de Psiquiatria. Retrived from *http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n4/v45n4a01.pdf*

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fith Edition - DSM V*. (2014). Recuperado el Julio de 2019, de American Psychiatric Association: https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf

Arroyo, F. (07 de Enero de 2013). Influencia del Narcotráfico Colombiano en el Ecuador. Quito, Pichincha, Ecuador. Recuperado el 24 de Junio de 2019, de http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2317/1/106779.pdf

Barber, B. K., McNeely, C. A., El Sarraj, E., Daher, M., Giacaman, R., Arafat, C., … Abu Mallouh, M. (2016). *Mental Suffering in Protracted Political Conflict: Feeling Broken or Destroyed*. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156216

Bembire, C. (25 de Febrero de 2013).Conflicto armado, definicion y concepto. *Definiciones ABC.* Recuperado el 21 de Septiembre de 2018, Obtenido de https://www.definicionabc.com/politica/conflicto-armado.php

Bobes, J., Bulbena, A., Luque, A., Dal-Re, R., Ballesteros, J., & Ibarra, N. (2003). Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión [A comparative psychometric study of the Spanish versions with 6, 17, and 21 items of the Hamilto. *Medicina Clínica*, *120*(18), 693–700. Retrieved from https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/2003_Bobes_Evaluacion.pdf

Blanco, J. A. (2002). *Frontera Colombo - Ecuatoriana*. Recuperado el 09 de Julio de 2019, de Sociedad Geografica de Colombia: http://www.sogeocol.edu.co/Ova/fronteras_colombia/fronteras/ecuador/ecuador.html

Blignault, I., Bunde-Birouste, A., Ritchie, J., Silove, D., & Zwi, A. B. (2009). *Community perceptions of mental health needs: a qualitative study in the Solomon Islands*. https://doi.org/10.1186/1752-4458-3-6

Bracken, P. J., Giller, J. E., & Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social Science & Medicine (1982)*, *40*(8), 1073–1082. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7597460

Carey, M., & Russell, S. (2002). Narrative theraphy: responding to your questions. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 25 - 41. Recuperado el 24 de Junio de 2019, de https://narrativepractices.com.au/attach/pdf/Carey_y_Russell_Externalizacionpd

Cyrulnik, B. (Diciembre de 2003). *Del gesto a la palabra: la etología etiologia de la ocmunicacion en los seres vivos*. (Gedisa - Barcelona) Recuperado el Agosto de 2019, de Redaly.org: https://www.redalyc.org/pdf/132/13211014.pdf

Dato oficial: 28 heridos y 37 casas afectadas tras coche bomba en San Lorenzo. (2018, January 27). *El Comercio*. Retrieved from https://www.elcomercio.com/actualidad/oficial-atentado-heridos-san-lorenzo.html

Demyttenaere, K., Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Brugha, T., De Graaf, R., & Alonso, J. (2006). Comorbid painful physical symptoms and depression: Prevalence, work loss, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, *92*(2–3), 185–193. https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.01.007

Drury, J., Kemp, V., Newman, J., Novelli, D., Doyle, C., Walter, D., & Williams, R. (2013). Psychosocial care for persons affected by emergencies and major incidents: A Delphi study to determine the needs of professional first responders for education, training and support. *Emergency Medicine Journal*, *30*(10), 831–836. https://doi.org/10.1136/emermed-2012-201632

Dugas, M. J., Marchand, A., & Ladouceur, R. (2014). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*(3), 329–343. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.02.002

Dunlop, B., & Nemeroff, C. (2007). The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *BwArchives of General Psychiatry*, *64*(3), 327–337. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.64.3.327

Elizabeth J. Levey, C. E. (2016). A qualitative analysis of factors impacting resilience among youth in post-conflict Liberia. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health,* 1 - 11.

Frances, A. J., Pincus, H. A., First, B., Ross, R., & Davis, W. (2015). and professional organizations . In addi- tion between the American Psychiatric The criteria for Disorders Usually First Diagnosed in Infancy , Childhood , acterized by having psychotic symptoms as their main features (Schizophrenia , De- Classification. *The American Psychiatric Association*, 9–10.

Freire, L. (6 de Noviembre de 2018). Nuevo censo reclaman afectados por explosión en cuartel policial de San Lorenzo. *El Universo*. Recuperado el 24 de Junio de 2019, de ttps://www.eluniverso.com/noticias/2018/11/06/nota/7035702/nuevo-censo-reclaman-afectados-explosion-cuartel-policial-san

Freytes, I. M., Hannold, E. M., Resende, R., Wing, K., & Uphold, C. R. (2012). The Impact of War on Puerto Rican Families: Challenges and Strengthened Family Relationships. *Springer Science*. https://doi.org/10.1007/s10597-012-9486-1

Giddens, A., & Sutton, P. W. (2014). *Sociologia.* (F. M. Bustillo, Trad.) España: Grupo Anaya Editorial. Recuperado el Julio de 2019, de https://books.google.com.ec/books?id=JXb2oQEACAAJ&dq=anthony+giddens+sociologia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjWsbWB0cfdAhXQzVMKHV6_BY4Q6AEIJjAA

Gobierno Autonomo Decentralizado de San Lorenzo. (2011). Canton San Lorenzo, geografía, superficie y división política. *GAD San Lorenzo*, (06). Retrieved from: *http://www.municipiosanlorenzo.gob.ec/*

Gobiernos Autonomos Decentralizados de la Provincia de Esmeraldas GADPE. (2014). *Plan De Desarrollo Y Ordenamiento Territorial de Esmeraldas*. Retrieved from http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n4/v34n4a03.pdf

Gagnon, A. J., Carnevale, F., Mehta, P., Rousseau, H., & Stewart, D. E. (2013). *Developing population interventions with migrant women for maternal-child health: a focused ethnography*. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-471

Goddard, N. D. (2019). Generalized Anxiety Disorder. En R. K. Rakel, *Conn´s Current Therapy* (págs. 765 - 768). Philadelphia: Elsevier.

Goddard, A., & Charney, D. (1997). *Toward an integrated neurobiology of panic disorder: Journal of Clinic Psychiatry*. Recuperado el Agosto de 2019, de Journal of Clinic Psychiatry: http://www.journalofclinicpsychiatrytoward%an-integrated?neurobiology%ofpanicdisorder.com

Hamilton, M. (1960). Scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, (Psychiatry), 56–62. Retrieved from https://jnnp.bmj.com/content/jnnp/23/1/56.full.pdf

Hauff, S. B. (2005). Psychological distress among displaced persons during an armed conflict in Nepal. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 672–679. Retrieved from *https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-005-0943-9*

Heeke, C., Stammel, N., Heinrich, M., & Knaevelsrud, C. (n.d.). *Conflict-related trauma and bereavement: exploring differential symptom profiles of prolonged grief and posttraumatic stress disorder*. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1286-2

Ilse Blignault, A. B.-B. (2009). Community perceptions of mental health needs: a qualitative study in the Solomon Islands. *International Journal of Mental Health System*, 01- 014.

Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2006). Towars a comprehensive developmetal model for major depression in men. *American Journal Psychiatry*, 1–10. Retrieved from papers2://publication/uuid/ACDB4D04-A34D-4A11-95E8-EA23654C5973

Lee, C., Nguyen, A. J., Russell, T., Aules, Y., & Bolton, P. (2018). Mental health and psychosocial problems among conflict-affected children in Kachin State, Myanmar: A qualitative study. *Conflict and Health*, (Public Health), 11. https://doi.org/10.1186/s13031-018-0175-8

Leon, J. M. (Ed.). (23 de Octubre de 2018). *El desangre blanco en el río Mataje: GK City*. (D. Benavides, Productor) Recuperado el 24 de Junio de 2019, de GK City Web Site: https://gk.city/frontera-cautiva/narcotrafico-mataje-esmeraldas/

Levey, E. J., Oppenheim, C. E., Lange, B. C. L., Plasky, N. S., Harris, B. L., Gondah Lekpeh, G., … Borba, C. P. C. (2016). A qualitative analysis of factors impacting resilience among youth in post-conflict Liberia. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, *10*, 26. https://doi.org/10.1186/s13034-016-0114-7

Londoño, N. H., Muñiz, O., Enrique Correa, J., Patiño, C. D., Jaramillo, G., Raigoza, J., … Rojas, C. (2005). Artículos o r i g i n a l e s Title: Mental Health Among Victims of the Armed Conflict in Bojayá (Chocó, Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *XXXIV*(4), 493–505. Retrieved from http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n4/v34n4a03.pdf

López, F. B. (1994). *La guerra de las drogas.* Quito, Pichincha, Ecuador: Instituto Ecuatoriano de Estudios para las Relaciones Internacionales ; Ministerio de Información y Turismo. Recuperado el 24 de Junio de 2019, de http://biblio.uleam.edu.ec/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=8359

Mendoza, J., & Tafur, M. (2013). Universidad Central del Ecuador - Trabajo de investigacion - PLAN DE DESARROLLO TURISTICO PARA SAN LORENZO DEL PAILON. Retrieved from *http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16247/1/T-UCE-0005-CEC-056.pdf*

Miller, K. E., & Rassmussen, A. (2017). The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiology And Psychiatric Science* , 1290-0138.

Ministerio del Ambiente - COPADE. (2007). *Propuesta de Ordenamiento de la Zona Costera del Cantón San Lorenzo del Pailón 1/27*. 1–27. Retrieved from *http://simce.ambiente.gob.ec/sites/default/files/documentos/geovanna/Planes%20de%20ordenamiento%20de%20Municipios%20Costeros%20Cant%C3%B3n%20San%20Lorenzo_0.pdf*

Nestler, E. J., & Carlezon, W. A. (2006). The Mesolimbic Dopamine Reward Circuit in Depression. *Biological Psychiatry*, *59*(12), 1151–1159. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.09.018

NICE. (2004). *Depression: management of depression in primary and secondary care Clinical Guideline 23 Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health 2 NICE Guideline: quick reference guide-depression National Institute for Clinical Excellence*. (December). Retrieved from www.nice.org.uk

Nitschke, J. B., Sarinopoulos, I., Oathes, D. J., Johnstone, T., Whalen, P. J., Davidson, R. J., & Kalin, N. H. (2013). Anticipatory Activation in the Amygdala and Anterior Cingulate in Generalized Anxiety Disorder and Prediction of Treatment Response. *American Journal Psychiatry*, *71*(2), 233–236. https://doi.org/10.1038/mp.2011.182.doi

Paredes, A. (Mayo de 2017). Estres post traumatico asociado a la participacion en los conflictos belicos del Ecuador en el siglo XX en los miembros de la asociacion de comandos y/o paracaidistas en servicio activo y pasivo de las fuerzas armadas "Grad. Juan Francisco Donoso Game". Quito, Ecuador. http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13299/2017%20CD%20DE%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Peltzer, K. (1999). *Trauma and mental health problems of Sudanese refugees in Uganda. The Central African Journal of Medicine*. Recuperado el Agosto de 2019, de The Central African Journal of Medicine: www.thecentralafricanjournalofmedicine.com

Porto, J. P., & Merino, M. (Junio de 2013). *Impacto del conflicto armado: Uniandes*. Recuperado el Julio de 2019, de Uniandes.edu.co: https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.7440/res66.2013

Prust, M. L., Curry, · Leslie, Tamora, ·, Callands, A., Drakes, J., Mclean, K., … Hansen, N. B. (1234). Risk Factors for and Consequences of Substance Use in Post-Conflict Liberia: A Qualitative Study. *Community Mental Health Journal*, *54*, 438–449. https://doi.org/10.1007/s10597-017-0154-3

Quintero, M., Alvarado, S., & Miranda, J. (9 de Octubre de 2016). *Conflicto armado, variables socio-económicas y formacion ciudadana, un analisis de impacto*. Recuperado el Agosto de 2019, de Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales: http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n1/v14n1a10.pdf

Quirk, G. J., & Casco, L. (1994). Stress disorders of families of the disappeared: a controlled study in Honduras. *Social Science & Medicine (1982)*, *39*(12), 1675–1679. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7846565

Real Academia de la lengua Española. (DLE: Diccionario de la lengua española - Edición del tricentenario de 2018). Recuperado el 09 de Agosto de 2019, de DLE: Diccionario de la lengua española - Edición del tricentenario: http://dle.rae.es/

Rodriguez, J., Bergonzoli, G., & Levav, I. (19 de Febrero de 2000). *La salud mental en situaciones de conflicto armado; Biomedica*. Recuperado el 14 de Agosto de 2019, de Biomedica web site: :/Users/Victor/Downloads/1183-Texto%20del%20manuscrito%20completo%20(cuadros%20y%20figuras%20insertos)-4804-1-10-2020923%20(1).pdf

Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative Exposure Therapy For 7 - to 16 - year olds: A Randomized Controlled Trial With Traumatized Refugee Children. *Journal of Traumatic Stress*, *23*(4), 437–445. https://doi.org/10.1002/jts

Russbach, R. (Septiembre de 1991). La proteccion de la salud en los conflictos armados. *Revista Internacional de la cruz roja*, 155-193. Recuperado el Agosto de 2019, de https://www.icrc.org/es/doc/resources/documents/misc/5tdl88.htm

Organizacion Mundial de la Salud. (2001). Fortaleciendo la promocion de la salud mental (pág. 220). Ginebra : Organizacion Mundial de la Salud. Retrieved from *https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1*

Somasudaram, D. (2007). Collective trauma in northern Sri Lanka: a qualitative psychosocial-ecological study. *Iternational Journal of Mental Health Systems*, 1 - 27. Retrieved from *https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-1-5*

Schininá, G. (Noviembre de 2014). *IMPACTO DEL CONFLICTO ARMADO EN EL ESTADO PISCOSOCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES*. (L. Y. Camargo, Editor) Recuperado el Agosto de 2019, de International Organization for Migration: https://health.iom.int/sites/default/files/Publications/Publicaci%C3%B3n%20impacto%20psicosocial%20final191214.pdf

Stark, L., Sommer, M., Davis, K., Asghar, K., Assazenew Baysa, A., Abdela, G., … Falb, K. (2017). *Disclosure bias for group versus individual reporting of violence amongst conflict-affected adolescent girls in DRC and Ethiopia*. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174741

Summerfield, D. (22 de Julio de 2000). *War and mental health: a brief overview. BMJ 2000*. (A. Zwi, Editor) doi:BMJ 2000; 321: 232 https://doi.org/10.1136/bmj.321.7255.232

Talbott, J. A. (2005). J. A. Talbott, MD. *Psychiatry and Applied Mental Health*, 150–151. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15823380

Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *37*(3), 206–212. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.07.002

World Health Organization Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations – World Health Organization Technical Report Series, No. 902 – Thirty-sixth Report (WHO; 2002; 219 pages): 5. Quality assurance – good manufacturing practices. http://www.who.int/medicines/en/

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., … Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, *21*(9), 655–679. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018

Yoder, H. N. C., Tol, W. A., Reis, R., & De Jong, J. T. V. M. (2016). Child mental health in Sierra Leone: a survey and exploratory qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, *10*, 48. https://doi.org/10.1186/s13033-016-0080-8

Zanden, J. V. (1995). *Manual de psicologia social* (Vol. lll). Barcelona, España: Paidós. Recuperado el 24 de Junio de 2019, de https://www.biblio.uade.edu.ar/client/es_ES/biblioteca/search/detailnonmodal/ent:$002f$002fSD_ILS$002f0$002fSD_ILS:315551/ada?qu=PSICOLOGIA&ic=true&ps=300

Anexo 1

- **Genero** **Código:**

Masculino ( ) **Nacionalidad:**

Femenino ( ) **Grupo étnico:**

- **Edad_____**
- **Estado Civil**

Soltero ( ) Unión Libre ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viudo ( )

- **Educación**

Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( ) Otros ( ) _____

- **Ocupación**

_____

- **Usted estuvo enterado de los diferentes conflictos armados, hechos de violencia y atentados que sufrió la frontera con Colombia de la provincia de Esmeraldas durante 2018?**

  Si ( ) No ( )

- **¿Cómo fue su vida antes y después de estos hechos?**
- **¿Cómo vivió usted este conflicto?**
- **¿Qué consecuencias tuvo este conflicto en los diferentes ámbitos de su vida (personal, laboral, social, familiar, etc.)?**
- **¿Cómo afectó su salud (estado de ánimo, enfermedades previas que ha presentado)?**
- **¿Frente a este conflicto usted como se adaptó?**
- **¿Cuál es su percepción en cuanto a la intervención del estado para mejorar su situación frente a este problema?**

Anexo 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este consentimiento informado se ha desarrollado en base a las especificaciones técnicas del consentimiento informado de la Organización Mundial de la Salud.

Documento de Consentimiento Informado para USUARIOS DEL AREA DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL GENERAL ESMERALDAS SUR DELFINA TORRES DE CONCHA.

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

I. Información
II. Formulario de Consentimiento

1. Información

Introducción

Mi nombre es JORGE EDUARDO APUNTE FAJARDO con CI 1721133567 soy estudiante de la PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR de la FACULTAD DE MEDICINA, reciba un cordial saludo y aprovechando esta oportunidad invito a usted a participar en esta investigación. Cuyo tema es "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ACERCA DE LA SALUD-ENFERMEDAD Y SU RELACIÓN CON EL CONFLICTO ARMADO EN LA PROVINCIA DE ESMERALDAS. HOSPITAL GENERAL ESMERALDAS SUR DELFINA TORRES DE CONCHA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2019" si tiene alguna duda durante el desarrollo hágame saber para la inmediata resolución.

Propósito

Se intenta clarificar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la salud-enfermedad y su relación con el conflicto armado en la provincia de Esmeraldas específicamente en los usuarios del área de salud mental del Hospital General Esmeraldas Sur Delfina Torres de Concha en el primer trimestre del año 2019.

Tipo de Intervención de Investigación

El investigador aplicará una entrevista semi estructurada que será registrada por voz en el momento de su realización

Selección de participantes

Usuarios del área de salud mental del HGES - DTC, de ambos géneros, con algún grado de escolaridad, mayores de edad, con o sin enfermedades psiquiátricas y domiciliados en los cantones afectados por el conflicto armado.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, esto quiere decir que usted puede elegir participar o no hacerlo, así mismo puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando ya haya aceptado antes.

Información sobre el fármaco en ensayo

No aplica para la investigación.

Procedimientos y Protocolo

Se realizará una convocatoria masiva la asociación previa autorización de la autoridad máxima de dicho organismo y únicamente a las personas que deseen (posterior a firma de autorización) realizarse el estudio.

A. Procedimientos desconocidos

No aplica para esta investigación.

B. Descripción del Proceso

Una vez instalado en el lugar de investigación se iniciara con la fase de recolección de datos la cual se hará de forma individual en la que se realizarán las entrevistas semi estructuradas previamente indicadas, el uso y el análisis de datos será de exclusividad del entrevistador y se realizará de forma conjunta y supervisada por el director de la tesis.

La segunda fase va a ser el análisis de los datos los cuales se enfocarán en un programa a computadora donde se analizarán los resultados, los cuales van a ser usados únicamente de forma educativa

Duración

La duración del estudio dependerá de los sujetos de estudio previamente analizado por lo que se solicita de manera cordial aceptar las entrevistas las cuales se realizarán después de la atención en el área de salud mental y no duraran más de 10 minutos.

Efectos Secundarios

No existen efectos secundarios en este estudio debido a que no se utilizará ningún medicamento en el mismo, únicamente se analizara las experiencias de los entrevistados.

Riesgos

No existe ningún riesgo al realizar dicho estudio. Al ser confidencial toda la información será usada exclusivamente de forma académica y nadie tendrá acceso a los resultados.

Molestias

Se podrían presentar mínimas molestias durante y después de la entrevista debido a que esto no es un hábito cotidiano en la vida diaria de las personas.

Beneficios

El beneficio que se obtendrá es un aporte a la ciudadanía en general sobre trastornos poco documentadas con relación a los conflictos armados, adicionalmente las futuras generaciones de estudiantes y profesionales de la salud podrán hacer uso de la información recabada.

Incentivos

No existirá ningún incentivo económico ni administrativo. Al ser un estudio de acceso libre y voluntario la única retribución es el aporte a la comunidad a través de su experiencia.

Confidencialidad

Bajo ningún concepto se revelará la información encontrada, las entrevistas realizadas o datos recabados, al utilizar únicamente un código para diferenciar y verificar la veracidad de la información, la única vez que se expondrá la información recabada en forma detallada será en la defensa del trabajo de titulación.

Compartiendo los Resultados

Una vez terminada la investigación se realizará un conversatorio sobre resultados y posibles análisis únicamente departiendo soluciones en caso de ser necesario.

Derecho a negarse o retirarse

En cualquier momento se podrá negar o retirar de esta investigación en conformidad con lo expuesto anteriormente. Si el entrevistado lo cree pertinente no habrá nada que detenga su retiro voluntario.

A Quién Contactar

Dudas, preguntas o sugerencias puede contactarse a mi número personal de celular 0961394264 o a mi correo electrónico eduapuntefajardo@hotmail.com estaré presto en realizar aclaraciones y ayudarlos.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el SUB - COMITÉ DE BIOETICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, la tarea de esta división académica es asegurarse de que se protege de daño a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre esta división, contacte a la Facultad de Medicina de la PUCE torre 1, séptimo piso en la Av. 12 de Octubre 1076, Vicente Ramón Roca, Quito – Ecuador.

PARTE II:

2.- Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación acerca de "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ACERCA DE LA SALUD - ENFERMEDAD Y SU RELACIÓN CON EL CONFLICTO ARMADO EN LA PROVINCIA DE ESMERALDAS. HOSPITAL GENERAL ESMERALDAS SUR DELFINA TORRES DE CONCHA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2019" entiendo que se me aplicará una entrevista grabada por voz. He sido informado de los procedimientos que se van a realizar. Sé que no habrá beneficios para mi persona y que no se me recompensará más allá del aporte a la comunidad.

Se me ha proporcionado el nombre del investigador que puede ser fácilmente contactado usando los datos que se me han proporcionado de esa persona.

He leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin reproche alguno.

Nombre del participante: _____

Firma del Participante

_____

CI: _____

Fecha: _____

He realizado la lectura exacta del documento de consentimiento para colaborar como potencial participante y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que mi consentimiento ha sido brindado libre y voluntariamente.

Nombre del testigo: _____

Firma del testigo

_____

CI: _____

Fecha: _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador: ***JORGE EDUARDO APUNTE FAJARDO***

Firma del Investigador:

_____

CI: 172113356 - 7

Teléfono: 0961394264

Fecha: _____

Anexo 3

Escala de Hamilton para la valoración de depresión y ansiedad

Paciente _____ Edad_____

Fecha_____ Sexo_____

Test de Hamilton	
1.- Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad) • Ausente • Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente • Estas sensaciones las relata espontáneamente • Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) • Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.	0 1 2 3 4
2.- Culpabilidad • Ausente • Auto – reproche, siente que ha causado perjuicio a otras personas • Ideas de culpabilidad • La enfermedad actual es un castigo, ideas delirantes de culpabilidad • Alucinaciones de culpabilidad	0 1 2 3 4
3.- Suicidio • Ausente • Le parece que la vida no vale la pena ser vivida • Anotar 2 si cualquiera de estos síntomas es muy evidente	0 1 2
4.- Insomnio precoz • No tiene dificultad	0

• Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño • Dificultad para dormir cada noche	1 2
5.- Insomnio intermedio • No hay dificultad • Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche • Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	0 1 2
6.- Insomnio tardío • No hay dificultad • Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir • No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	0 1 2
7.- Trabajo y actividades • No hay dificultad • Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) • Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) • Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad • Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	0 1 2 3 4
8.- Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora) • Palabra y pensamiento normales • Ligero retraso en el habla • Evidente retraso en el habla • Dificultad para expresarse	0 1 2 3 4

• Incapacidad para expresarse	
9.- Agitación psicomotora • Ninguna • Juega con sus dedos • Juega con sus manos, cabello, etc. • No puede quedarse quieto ni permanecer sentado • Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	0 1 2 3 4
10.- Ansiedad psíquica • No hay dificultad • Tensión subjetiva e irritabilidad • Preocupación por pequeñas cosas • Actitud aprensiva en la expresión o en el habla • Expresa sus temores sin que le pregunten	0 1 2 3 4
11.- Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración) • Ausente • Ligera • Moderada • Severa • Incapacitante	0 1 2 3 4
12.- Síntomas somáticos • Ninguno • Pérdida del apetito, sensación de pesadez en el abdomen • Dificultad para comer en ausencia de las indicaciones de alguien. Necesidad de laxantes o purgantes	0 1 2
13.- Síntomas somáticos	0

• Ninguno • Pesadez en los miembros inferiores, espalda o cabeza: cefaleas, dolores musculares, pérdida de energía y fatigabilidad. • Desea morirse • Tiene ideas suicidas • Intentos suicidas	1 2 3 4
14.- Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales) • Ausente • Débil • Grave	0 1 2
15.- Hipocondría • Ausente • Preocupado de sí mismo (corporalmente) • Preocupado por su salud • Se lamenta constantemente, solicita ayuda • Ideas delirantes	0 1 2 3 4
16.- Pérdida de peso • No hay • Ligera o incierta • Cierta o importante	0 1 2
17.- Introspección (insight) • Se da cuenta que está deprimido y enfermo • Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. • No se da cuenta que está enfermo	0 1 2 3
18.- Variaciones diurnas • No hay variación	0 1

• Normal • Ligero retardo durante la entrevista • Evidente retardo durante la entrevista	2 3
19.- Despersonalización • Ausente • Ligera • Moderada • Grave • Incapacitante	0 1 2 3 4
20.- Síntomas paranoides • Ninguno • Sospechosos • Ideas de referencia • Delirios de referencia y persecución	0 1 2 3
21.- Síntomas obsesivos • Ausentes • Ligeros • Graves	0 1 2

Resultado: _____

No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23