

MSF
Junio 2013

Las heridas menos visibles: Salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia



Índice

3	Introducción
4	Legislación sobre salud mental en Colombia
5	El conflicto armado en el sur de Colombia
5	La atención de MSF en Colombia en el ámbito de la salud mental
6	Salud mental y conflicto armado: introducción a los datos
8	Factores de riesgo a los que están expuestos los pacientes de MSF en Colombia
15	El impacto de los factores de riesgo en la salud mental de la población
17	Recomendaciones sobre la legislación en salud mental
18	Conclusión
20	Anexos

Introducción

Desde hace más de 50 años, la población colombiana sufre los efectos de una crisis humanitaria que la convierte en víctima silenciosa tanto del conflicto que enfrenta a los distintos actores armados estatales y no estatales, como de otras situaciones de violencia. Los habitantes de las zonas más afectadas se exponen a desplazamientos forzados, masacres, asesinatos selectivos, minas, secuestros, atentados con explosivos, abusos sexuales, amenazas, confinamiento, detenciones arbitrarias y desapariciones forzadas. Desamparadas por un Estado que no logra responder de manera efectiva a sus necesidades médicas y menos aún a las psicológicas, estas poblaciones vulnerables se ven obligadas a transitar su día a día afrontando las duras consecuencias que el conflicto armado tiene en el desarrollo de su vida cotidiana y en su salud.



© MSF / Anna Surinyach

Casas destruidas como consecuencia del conflicto en Toribío, departamento de Cauca.

Aunque menos visibles que las heridas de bala, los efectos psicosociales de la guerra también tienen un impacto profundo en la vida de las personas. Las repercusiones sobre el equilibrio psíquico se presentan no sólo en aquellos que viven en las zonas más afectadas del territorio colombiano y que están expuestos a la violencia directa, sino también en la población que de manera indirecta sufre el conflicto. A pesar de los avances legislativos en el ámbito de la salud mental que se han registrado en los últimos cinco años y más allá del reconocimiento político y público de la existencia de un conflicto armado, aún falta un plan de acción del gobierno colombiano acorde a la evolución del contexto, que garantice el acceso a servicios de salud mental de calidad para la población afectada por la violencia, independientemente del perpetrador.

En Colombia la salud mental sigue siendo un campo poco explorado, escasamente atendido y estigmatizado, y la respuesta de los servicios sanitarios frente a trastornos mentales es generalmente limitada o inadecuada. Tampoco se ha investigado ampliamente lo que le sucede a la población civil que está atravesando un conflicto activo. En el presente reporte, Médicos Sin Fronteras (MSF) recopila su propia experiencia en el terreno atendiendo directamente a las personas afectadas por los enfrentamientos para **poner en evidencia el impacto del conflicto armado en la salud mental y la importancia de garantizar una atención integral a las víctimas, estén o no reconocidas como tal.** Propone además la implementación de una política pública eficaz que incluya la oferta de servicios de salud mental en el primer nivel de atención y en las actividades extramurales de los equipos sanitarios.



© MSF / Anna Surinyach

Los equipos de MSF se movilizan en lancha para brindar asistencia médica y de salud mental en algunas de las áreas más alejadas de Cauca.

MSF es una de las pocas organizaciones médico-humanitarias internacionales que brinda asistencia en aquellas zonas del país de difícil acceso, las más afectadas por el conflicto armado. Como parte de este esfuerzo, desde hace siete años la organización brinda atención constante en salud mental a la población civil. Entre enero y diciembre de 2012 los equipos de MSF en el terreno atendieron a 4.455 pacientes de salud mental de cuatro departamentos del sur de Colombia (Caquetá, Putumayo, Nariño y Cauca). La mayoría



© MSF / Anna Suryadi

Personal de MSF en camino hacia uno de los puestos de atención en los que trabaja.

Legislación sobre salud mental en Colombia

de los que asistieron a las consultas clínicas de la organización han vivido uno o más hechos relacionados con la violencia, y están expuestos cotidianamente a diversos factores de riesgo asociados directa o indirectamente con las dinámicas del conflicto. **Ellos, sus historias y los registros de los psicólogos de la organización son la base para los resultados que se presentan en este reporte, con el que MSF espera arrojar luz sobre las secuelas que la lucha armada deja en la salud mental de aquellos atrapados por el conflicto y contribuir a la promoción de cambios en la legislación y los protocolos de atención para uno de los problemas de salud pública más invisibilizados de Colombia.**

La legislación sobre atención en salud mental en Colombia ha tenido mejoras significativas durante los últimos años, pero este derecho aún no está plenamente garantizado.

En 2008, la sentencia T-760 de la Corte Constitucional amplió el concepto de salud hacia el ámbito psicológico y psicosomático, estableciendo una conexión entre la salud mental y el derecho fundamental a la vida digna.¹ A su vez, la Ley de Víctimas de 2011 contempla la implementación de programas de atención psicosocial y de salud integral a las víctimas del conflicto, comenzando por las zonas con mayor presencia de personas afectadas e incluyendo aspectos como la gratuidad, la interdisciplinariedad y la atención individual, familiar y comunitaria. Más recientemente, la Ley 1616 de 2013 ratificó la salud mental como un derecho fundamental en sí mismo y reglamentó que es obligación del Estado garantizar la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud de todos los trastornos mentales, bajo los principios de universalidad e interdisciplinariedad.

A pesar de estos avances, la legislación colombiana en materia de salud mental tiene un largo camino por recorrer: hacen falta mejoras en su contenido y acciones concretas para implementarlo. Por un lado, los textos de las leyes son poco comprensibles y difíciles de traducir a la práctica, no sólo por la deficiente asignación de recursos, sino también por falta de claridad en los procedimientos, roles y responsabilidades que crea la ley. Por otro lado, el marco legal actual no obliga a las entidades prestadoras de servicios de salud a garantizar la atención psicológica clínica en los centros de primer nivel, una condición indispensable para el acceso a la salud mental de los habitantes de las regiones más apartadas y olvidadas.

Estos vacíos legales repercuten en la prolongación del sufrimiento de la población, víctima del abandono institucional, sujeta además al silencio y a la invisibilización que se han venido consolidando durante los más de 50 años de violencia en Colombia.

El conflicto armado en el sur de Colombia



© MSF / Anna Surinychi

Rastros del conflicto en Toribío, departamento de Cauca.



© MSF / Anna Surinychi

En la costa pacífica del departamento de Cauca, la inexistencia de vías terrestres dificultan los traslados hacia los hospitales de las cabeceras municipales.

La atención de MSF en Colombia en el ámbito de la salud mental

El conflicto armado colombiano se hace cada vez más periférico, enquistándose en zonas tradicionalmente afectadas por las dinámicas de la confrontación y en donde el tiempo parece no transcurrir. Al enfrentamiento histórico entre las fuerzas armadas y los guerrilleros de las FARC y el ELN, en años recientes se sumaron nuevos grupos paramilitares y narcotraficantes. Al sur del país, en los departamentos de Caquetá, Cauca, Nariño y Putumayo, donde se registra actividad armada bélica, los intereses económicos de los grupos se entremezclan con carencias estructurales, acentuando la vulnerabilidad de la población.

Como consecuencia, MSF asiste a una crisis humanitaria compleja, en la que desplazamientos, daños causados por minas antipersonales, masacres, torturas, violencia sexual, reclutamiento forzado, confinamiento y otras graves violaciones a los derechos humanos están a la orden del día.

El conflicto armado ha dejado un incontable número de víctimas. Su impacto incluye tanto pérdidas humanas y materiales, como importantes secuelas físicas y emocionales. La situación se ve agravada debido a la falta de acceso a la salud que persiste en los lugares en los que el conflicto es más agudo, bien sea por razones directamente relacionadas con la confrontación, o por problemas estructurales exacerbados por la violencia.

Desde hace siete años, MSF integra el trabajo psicológico y psicosocial a sus actividades de salud primaria en Colombia. En buena parte de los municipios donde la organización trabajó en 2012 hay carencia de psicólogos y de otros profesionales de salud mental, a pesar de existir entidades estatales de servicios sanitarios.

La ausencia de una respuesta institucional efectiva a las necesidades en salud mental de la población, sobre todo en contextos de profunda incidencia del conflicto armado y de altos grados de violencia, ha llevado a MSF a articular intervenciones orientadas a aliviar el sufrimiento emocional de las personas que viven esta realidad.



© MSF / Anna Surinych

Participantes de una charla de psicoeducación.



© MSF / Anna Surinych

Equipo de clínica móvil de MSF en la zona del Pacífico, departamento de Cauca.

La estrategia de atención se basa en la identificación de los síntomas, en el tratamiento psicológico y/o en la referencia de pacientes con dificultades de salud mental o con trastornos mentales. MSF cuenta con psicólogos clínicos y con psicólogos sociales, quienes acompañan las actividades que se llevan a cabo en áreas rurales, cabeceras municipales y en intervenciones de respuesta a emergencias. En zonas rurales el psicólogo clínico integra un equipo multidisciplinario junto a un médico, un enfermero y un logista, que realiza clínicas móviles o permanece en un punto de atención para que la población afectada por el conflicto armado tenga acceso a los servicios mínimos de salud.

En las cabeceras municipales un equipo conformado por un psicólogo clínico, un psicólogo social y un logista visita las zonas priorizadas. Cada cinco semanas y a lo largo de dos días, el psicólogo clínico atiende las consultas individuales y familiares en un consultorio cedido por el hospital de nivel primario.

Asimismo, se realizan actividades grupales orientadas a la psicoeducación y, en menor medida, psicoterapias. En respuesta a las necesidades identificadas por MSF, se busca transmitir información y dar herramientas específicas acerca de lo que es la salud mental, los cambios y las reacciones psicológicas esperables luego de sufrir eventos violentos, los mecanismos para afrontar estas situaciones y la pertinencia de las consultas con un profesional psicológico. Igualmente, se abordan temáticas relacionadas con la violencia sexual, el duelo, las emociones y el manejo del estrés.

Salud mental y conflicto armado: introducción a los datos

Buscando dar testimonio de la situación evidenciada en el terreno y como parte de su misión humanitaria, MSF publicó en junio de 2010 un primer reporte sobre salud mental en Colombia, *“Tres Veces Víctimas. Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono”*. Las más de cinco mil historias clínicas recogidas en cuatro años de trabajo en el departamento de Caquetá, permitieron a MSF producir un documento que visibilizó el impacto del conflicto sobre la salud mental, promoviendo varios de los cambios normativos adoptados en los últimos años en el país. La vigencia de la problemática de la salud mental en el marco del conflicto armado colombiano y la falta de una respuesta efectiva por parte de las instituciones sanitarias, motiva a MSF a publicar este nuevo informe, utilizando sus propios datos médicos y las evaluaciones de los equipos de psicólogos en el terreno.

En 2012 los psicólogos de MSF atendieron a 4.455 pacientes. De éstos, 3.286 fueron mujeres (74%) y 1.169 hombres (26%). En su mayoría, se trataba de mayores de 18 años (72%), seguidos por el grupo de 6 a 18 años (25.5%) y en tercer lugar



© MSF / Anna Springbach

Consulta con un psicólogo de MSF en un puesto de atención sanitaria de la organización.

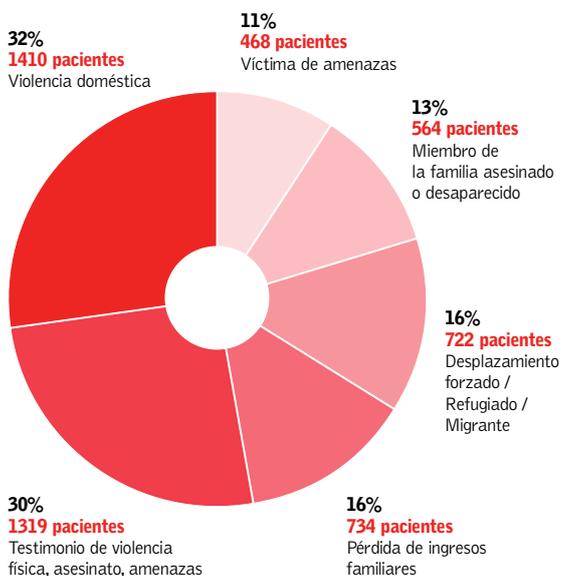
por los menores de 5 años (2.5%). La distribución de casos por departamento indica que la mitad de los pacientes fueron atendidos en alguno de los puntos de atención en Cauca (51%), un tercio en Caquetá (34%), una décima parte en Nariño (11%) y el 4% restante en Putumayo. Casi el 50% de los pacientes provinieron de cuatro zonas: San Vicente del Caguán (Caquetá), Timbiquí (Cauca), López de Micay (Cauca) y Buenaventura (Valle del Cauca).

Del análisis de los datos se desprende que gran parte de las personas que han acudido a la consulta clínica de MSF ha vivido uno o más hechos relacionados con la violencia (67%). Como consecuencia de ello y de otros factores de riesgo, se detectan síntomas relacionados con depresión y ansiedad o síntomas somáticos de origen psicológico. Aunque no todos los pacientes tuvieron un diagnóstico clínico, es evidente que todas las personas que han sufrido un evento violento de cualquier tipo presentan sintomatología relacionada a su salud mental.

Entre los pacientes de MSF, la categoría “Violencia” aparece como la más significativa entre los eventos que afectan la salud mental, permitiendo observar la magnitud del problema de exposición al conflicto de la población atendida:

Categoría Evento	Número de pacientes	Porcentaje
Violencia	2987	67.05%
Separación o Pérdida	627	14.07%
Otros	545	12.23%
Condiciones medicas	233	5.23%
Desastres	46	1.03%
Sin factor de riesgo	17	0.38%
Total	4455	100%

Principales Factores de Riesgo



Además de considerar los eventos por categorías, también se analizaron de manera individual. Para el registro, los psicólogos han tenido la posibilidad de marcar un máximo de tres factores de riesgo o eventos por paciente. Observaron que la violencia doméstica aparece como el factor de riesgo más recurrente dentro de la muestra, seguido por los factores vinculados al testimonio de violencia física, la pérdida de ingresos familiares y el desplazamiento forzado².

Las categorías de síntomas más comunes fueron Ansiedad y Depresión, seguido de cuadros Psicósomáticos y Comportamentales. Al igual que en el caso de los factores de riesgo, para cada paciente los psicólogos podían registrar hasta tres síntomas individuales. Así, Humor Triste, Preocupación Constante y Ansiedad/Estrés tuvieron las frecuencias más altas, estando presentes en el 38%, 34% y 29% de los pacientes, respectivamente:

Categoría Síntomas más comunes	Número de pacientes	Porcentaje
Ansiedad	1523	34%
Comportamental	435	10%
Depresión	1503	34%
Otros	130	3%
Post-traumáticos	115	2%
Psicosomáticos	630	14%

Principales síntomas individuales mencionados	Número de pacientes	Porcentaje total pacientes
Humor triste	1694	38%
Preocupación constante	1496	34%
Ansiedad / Estrés	1303	29%
Irritabilidad / Ira	878	20%
Dolor corporal Generalizado y Quejas Psicosomáticas	726	16%
Miedo excesivo / Fobia / Sentimiento de amenaza	680	15%

Factores de riesgo a los que están expuestos los pacientes de MSF en Colombia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga mucha probabilidad de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones”. En Colombia, al igual que en muchos otros conflictos, existe una violencia directa, tanto física como verbal, que es fácilmente visible, pero también una violencia estructura y cultural, más difícil de percibir pero no por eso menos violenta.³

- **Violencia directa.** Aquella aplicada de manera definida y evidente a una persona y/o colectivo, en un entorno preciso en el tiempo, con una intención y con unos resultados visibles. Es entendida como el daño corporal, físico y/o mental, comprobable y, en principio, evidente. Muchas de las personas atendidas por MSF han descrito haber sido víctimas de actos de violencia directa, como amenazas, palizas, violaciones, restricciones de movilidad o desplazamientos.

- **Violencia estructural o indirecta.** Aquella que es ejercida por las instituciones que actúan en el entorno colectivo y cuyos impactos son, en principio, menos evidentes. Esta categoría incluye las violencias derivadas de la estructura política y de la estructura económica, en la medida que éstas producen segmentación, fragmentación social, exclusión y/o marginalización. Por ejemplo, a pesar de que en Colombia existe una ley que garantiza la gratuidad en la atención a los desplazados, la misma no se cumple en todos los casos y la población muchas veces tiene grandes dificultades para acceder a sus derechos.
- **Violencia cultural.** Se refiere a los elementos de la cultura de un colectivo que sirven para reforzar y/o legitimar la violencia directa y/o la indirecta, mediante mecanismos ideológicos, educativos, o lingüísticos (por ejemplo, términos racistas).

La interrelación entre estos tres niveles de violencia se torna evidente en el conflicto armado colombiano, donde las víctimas deben enfrentarse no sólo a la violencia directa sino también a la violencia estructural ejercida por las instituciones, sin olvidar que viven inmersas en una sociedad donde la violencia está validada, aceptada y promovida por todos los actores involucrados. Asimismo, se ha demostrado que las diferentes expresiones de violencia en estos contextos están exacerbadas por el acostumbramiento de las personas a las mismas⁴⁵⁶.

Esta estrecha relación entre los diferentes tipos de violencia presentes en el conflicto armado permite afirmar que **las consecuencias y los efectos sobre el equilibrio psíquico de las personas se presentan no sólo en aquellas que se confrontan a la violencia directa sino también en el grueso de la población que vive en zonas afectadas.** Todas estas manifestaciones o niveles de violencia tienen distintos efectos sobre la salud física y mental, así como sobre la calidad de vida de los individuos y de los grupos humanos.

La violencia (o los tres tipos de violencia) en Colombia tiene manifestaciones similares a las de una epidemia y actualmente constituye el principal problema de salud pública en el país en términos de mortalidad, morbilidad y deterioro de las condiciones de vida, generando además enormes costos para la sociedad y el sector de la salud⁷. Sin embargo, su impacto y alcance va más allá de aquellas heridas visibles.

A partir de una observación directa en el terreno, MSF ha detectado los factores de riesgo a los que está expuesta mayoritariamente la población atendida en el sur de Colombia. Se trata de eventos significativos ocurridos en la vida de una persona, que potencialmente pueden poner en riesgo la integridad física y psicológica del paciente. Dichos eventos pueden ser resultado tanto de violencia directa como cultural o estructural. “El encuentro con factores de riesgo determinan una desestabilización del equilibrio que el sujeto antes sostenía,



© MSF / Anna Surinych

Casas destruidas como consecuencia del conflicto en Toribío, departamento de Cauca.

puesto que dicho acontecimiento es algo que no esperaba, lo toma por sorpresa y, por ende, no estaba preparado para afrontarlo”⁸.

Para este informe, los eventos significativos han sido categorizados en cuatro grupos principales:

Factores de riesgo / Eventos			
1. Condiciones Médicas	2. Violencia	3. Separación o Pérdida	4. Desastres
Enfermedades Altamente Estigmatizantes	Violencia sexual (en la familia)	Menor no acompañado / huérfano	Desastre natural
Condiciones médicas graves	Violencia sexual (fuera de la familia)	Negligencia de cuidadores (para niños)	Accidentes
Embarazo no deseado	Exposición de población civil a situaciones de combate	Pérdida de ingresos familiares	
Antecedente de trastorno psicológico / psiquiátrico	Encarcelación / Detención		
	Retención / Secuestro / Reclutamiento forzado (por grupos armados)		
	Deportación		
	Violencia doméstica		
	Víctima de amenazas		
	Víctima de trata / tráfico de personas		
	Testimonio de violencia física, asesinato, amenazas)		
	Desplazamiento forzado / Refugiado / Migrante		
	Marginalización / víctima de estigma social y discriminación		
	Otra violencia física (heridas, golpes, tortura)		
	Miembro de la familia asesinado / desaparecido		
	Pérdida o destrucción de la propiedad		

Como se analizará a continuación, los principales factores de riesgo mencionados por los pacientes son aquellos asociados al grupo “Violencia”.

El 32% de los pacientes atendidos por MSF (1.410 personas) manifestaron haber estado expuestos a la **violencia doméstica**, convirtiéndose así en el factor de riesgo con mayor prevalencia. Este tipo de violencia implica el empleo de la fuerza física y/o la violencia psicológica al interior de un hogar, en donde el perpetrador y la víctima resultan ser miembros de una misma familia.

“El problema que tengo es con mi esposo; lo que pasa es que él toma mucho viche. Yo trabajo como madre comunitaria y apporto en el hogar, él casi no trabaja y lo que trabaja se lo bebe. Por ejemplo, si trabaja dos semanas, bebe quince días. Cada vez que él está tomando nadie se le acerca porque le tienen miedo. Ya casi no tiene amigos y a mí esa situación me da miedo, porque él cada vez que toma viene y me pega. La última vez que me pegó, me dejó una cicatriz en la pierna. A veces se emborracha y le da por sacar machete, amenazando a los vecinos, y me tengo que esconder. Pero lo que más miedo me da, es que él tiene una escopeta y siempre viene a buscarla. Cuando yo se la escondo, él me vuelve a pegar. No aguanto esta situación.”

Mujer de 60 años, Cauca

El 30% de los pacientes registraron a su vez haber sido **testigos de violencia física, de un asesinato o de amenazas** (definiendo este factor de riesgo como aquel en el que una persona es testigo de primera mano de un hecho violento *asociado al conflicto armado*, sin diferenciación del perpetrador). Esto significa que 1319 personas vieron cómo amenazaban o asesinaban a alguien. Además, el 11% de los pacientes ha sido **víctima directa de amenazas**.

“Cuando todo pasó, salimos con mi hijo menor y llegamos a la casa de Don Polidoro. Había un hombre tirado boca abajo con seis disparos en el cuerpo. Parecía que su corazón se había roto; salía mucha sangre, casi un baldado, había botellas partidas, sillas rotas y la música no sonaba. A mí me dio mucho miedo, pero más sentí dolor, de ver a ese muchacho tan joven en el piso. Yo pensaba que era una persona y, sin importar lo que hubiera hecho, no merecía morir así. Luego la gente comentaba que era un “sapo” y que venía con otro para informar, pero el otro salió corriendo y se escapó. Ahora ellos también andan escondidos, porque aquí en el pueblo hay muchos que informan y es mejor no hablar de eso.”

Mujer de 38 años, Cauca

“Sentí que me iban a matar cuando veía a esas personas con esas armas. Me tocó correr en lanchas de potrillo, corté palos para hacer palancas, mi mamá y mi hermano lloraban y ellos le apuntaban a mi tío; él se paró enfrente y le dispararon. De ahí no sé qué paso con él, no lo volví a ver; yo sólo me agaché en el potrillo.”

Hombre de 21 años, Cauca

“Hemos tenido que ir a mucho lugares escondiéndonos porque uno de mis hijos de mi primera esposa era guerrillero y después se pasó al otro bando. Usted me entiende, ¿no? Después lo cogieron preso y se escapó; entonces todos ellos lo buscaban, amenazaron a la familia, mis otros hijos también tuvieron que esconderse y nosotros hemos tenido que escondernos en muchas partes. En esta vereda estamos hace dos semanas; así llevamos más o menos 13 años. Actualmente está nuevamente en la cárcel, pero nos siguen amenazando.”

Hombre de 70 años, Caquetá



© MSF / Anna Surinych



© MSF / Anna Surinych



© MSF / Anna Surinych

Poblaciones desplazadas en Santander de Quilchao, departamento de Cauca.

El **desplazamiento interno forzado** – entendido como el abandono obligado, para personas o grupos de personas, de sus viviendas o lugares de residencia habitual, en particular como resultado de o para evitar los efectos del conflicto armado, o de situaciones de violencia generalizada, violaciones de derechos humanos o desastres naturales, y que no han cruzado fronteras reconocidas internacionalmente⁹– también es un factor recurrente entre los registrados en el informe: el 16% de los pacientes atendidos lo ha sufrido.

“Hace 24 días me tocó salir de donde vivía con mi familia y siete familias más, todos amenazados. Y aquí estoy como me ve, sin nada, porque nada pudimos sacar. Teníamos finca, animales, comida sembrada y todo se quedó botado. Pero lo más triste es que me mataron a un hijo de 21 años, un chino sano, no porque sea mi hijo sino porque en verdad lo era, le gustaba hacer trabajo con la comunidad. Ya no tengo en qué trabajar; sin mi hijo ayudando, menos”. Hombre de 45 años, Nariño

“Días después unos hombres armados me retuvieron y me llevaron a una base en donde estuve por tres meses. Todos los días me preguntaban por sus contrarios, que yo los conocía, que les dijera en donde estaban para que me pudieran soltar. Siempre les dije que no sabía nada. Se cansaron conmigo y me dejaron ir. Esa tarde llegué a la casa, alisté la ropa de mi hija, a quien había dejado con una vecina, y en la noche huí antes de que le prendieran candela.” Mujer de 50 años, Caquetá

Usado como práctica de guerra, el desplazamiento forzado ha supuesto para más de cuatro millones de colombianos enfrentarse a una difícil situación de desarraigo, siendo obligados a abandonar su vivienda y su trabajo. La mayoría de las víctimas civiles del conflicto son campesinos que dependen de la agricultura y la ganadería para su sustento. Al ser obligados a desplazarse a cascos urbanos, pierden todas sus fuentes de ingresos. En el marco del informe, en el 16% de los pacientes (734 personas) se pudo identificar la **pérdida de ingresos familiares** como factor de riesgo.

Dentro de los muchos factores de riesgo a los que está expuesta la población civil en Colombia en el marco del conflicto armado, el **asesinato o desaparición en circunstancias violentas de un miembro de la familia** es un evento recurrente. Éste se define en la legislación internacional como “la privación de la libertad de una o varias personas mediante cualquier forma (aprehensión, detención o secuestro), seguida de su ocultamiento, o de la negativa a reconocer dicha privación de libertad o de dar cualquier información sobre la suerte o el paradero de esa persona, privándola así de los recursos y las garantías legales”.¹⁰ El 13% de los pacientes atendidos por MSF mencionó que alguno de sus familiares había sido asesinado o estaba desaparecido. Se trata de 564 personas

que sufrieron también la violencia directa, las consecuencias del conflicto armado y que deben cargar con el peso emocional de haber experimentado una situación de esa magnitud.

“Eso para mí fue muy duro, pero era sólo el principio, porque algún tiempo después una de mis hijas se desapareció, y hasta el sol de hoy no he vuelto a saber nada de ella. La recuerdo mucho, con frecuencia en las noches pienso si está viva, en dónde estará, lo que estará haciendo... ¿Se habrá casado, tendrá hijos? Y si es así, ¿por qué no me busca como lo hago yo? Pero también pienso en que puede estar muerta y claro, pienso entonces en cómo habrá muerto, en donde podrá estar enterrada... Sabe doctor, esto es más difícil que haber sabido que a mi hijo lo mataron, porque por lo menos sé que está bajo tierra y puedo ir a ponerle flores, en cambio a mi hija...”

Mujer de 50 años, Caquetá

La violencia también es vivida por los colombianos en forma física. El 7% del total de los pacientes, 291 personas, fue explícito al afirmar que había sufrido **golpes y torturas**. Si bien es difícil desligar este factor de lo que es considerado como violencia doméstica o de la violencia relacionada al conflicto armado, cualquiera sea el caso, la exposición a este tipo de hechos tiene un importante impacto en la salud mental de las víctimas y de los testigos.

“Hace tiempo tuve que irme como desplazada para Bogotá. Nosotros salimos de la vereda cuando mataron a mi hermano. A él lo torturaron, estaba amarrado y le habían quemado la cara con ácido. Lo reconocí en la morgue porque llevaba una camisa que yo le había remendado. Era muy joven, tenía 25 años y su novia esperaba un niño.”

Mujer de 29 años, Caquetá



© MSF / Anna Surpivach

Impacto de municiones en una casa de Toribío, departamento de Cauca.

Otro de los eventos más recurrentes es la **exposición de civiles a combates**, cuando éstos tienen lugar en zonas densamente pobladas como cascos urbanos, o incluso en veredas de difícil acceso, en cuyo caso, además de la afectación física y psicológica, también tienden a producirse desplazamientos masivos. Es una situación que el 7% de los pacientes atendidos por MSF ha atravesado.

“Estos señores hicieron parar la lancha en una venta de gasolina que estaba cerca de donde habían salido, supuestamente, porque necesitaban cobrar una plata que le debía un hombre. Pero en ese negocio había unos tipos del otro bando y se enfrentaron a tiros. Ella y los demás pasajeros de la lancha quedaron en medio del fuego y una niña murió a causa de las balas. Eso fue una cosa terrible; los que pudieron huir se salvaron, pero mi hija no pudo hacerlo, pues estaba acompañada de su bebé y algo no dejaba moverla. Mi hija recuerda que la lancha quedó a la deriva en el río y que uno de esos hombres mortalmente herido y tirado al lado de ella, por defenderse accionó su arma y le dio en su columna vertebral. Ella cuenta que veía que se elevaba al cielo con el cabello suelto y rodeada de una inmensa

blancura y que en medio de su angustia y de ver a su hija a punto de caer al agua, sacó fuerzas para pedir que no les hicieran daño y a la vez para arrastrarse entre la sangre y alcanzar a su niña.”
Mujer de 40 años, Nariño

En Colombia se experimentan muchas formas de **discriminación y marginalización**: el 9% de los pacientes (406 personas) manifestaron que éstas habían sido para ellos un factor de riesgo. Según los testimonios de los pacientes, el tipo de discriminación que más han sufrido se relaciona principalmente con el lugar de procedencia. En numerosas ocasiones, al conocer el lugar de origen de las personas desplazadas desde las regiones del sur del país, las autoridades se niegan a prestar servicios, presentan demoras injustificadas en la atención o incluso incurren en malos tratos.

“Sufrimos mucho en Bogotá. Allá la vida es muy difícil, las personas a uno lo ven como animal raro, lo tratan a uno diferente, pero nos aguantábamos porque no podíamos hacer nada más”.
Mujer de 28 años, Putumayo



© MSF / Anna Suryach

Taller sobre violencia sexual infantil en una escuela.

La **violencia sexual** en Colombia se presenta tanto en el marco del conflicto armado como por fuera de éste, dentro del entorno familiar. En estos últimos casos, el contexto de conflicto puede ser considerado un agravante, dificultando el acceso de los sobrevivientes de esta agresión a la atención sanitaria y contribuyendo a la invisibilización del problema. Adicionalmente, la utilización de la violencia sexual por parte de los grupos armados, principalmente contra mujeres y niñas, es una práctica generalizada y sistemática a la que recurren todas las partes del conflicto en Colombia¹¹.

“Estaba buscando a mi hija desaparecida. Junto con otra señora nos cogieron entre 20 hombres y nos violaron; había otras mujeres y a todas nos trataban como prostitutas, nos amarraron, nos iban a matar, pero logré escapar y sobrevivir... Después de eso yo casi me enloquezco, quedé sin ganas de nada... con la cochina.”
Mujer de 44 años, Caquetá

De los pacientes atendidos por MSF, un 7% dijo haber sufrido violencia sexual. Durante 2012, MSF atendió a 280 sobrevivientes de este tipo de ataques: en el 96% de los casos se trataba de mujeres, predominando los casos de violación (57%) y aquellos por agresión sexual (31%). Un dato significativo es que el 66% de los sobrevivientes ya había pasado previamente por un incidente similar. En el 68% de los casos el perpetrador había sido un familiar o la pareja, evidenciando que muchas veces es el entorno más cercano el que resulta más peligroso. En el 26% el agresor fue un miembro de la comunidad y en el 6%, las fuerzas armadas. Sólo el 10% denunció el evento en las primeras 72 horas.

Los factores de riesgo asociados a la violencia que han sido profundizados son aquellos que presentan una mayor recurrencia en la población atendida, pero también hay otros factores que fueron mencionados por los pacientes y que, aunque en menor medida, continúan reflejando el escenario de violencia al que la población civil colombiana está sometida, especialmente en el sur del país. Entre ellos se encuentra la pérdida o destrucción de la propiedad, la retención, el secuestro y el reclutamiento forzado, la encarcelación o detención arbitraria, y la trata de personas. Aún cuando en los registros de las consultas realizadas surgen otros factores de riesgo (como condiciones médicas, separación o pérdida, desastres naturales o accidentes), aquellos asociados a la violencia son los que presentan mayores porcentajes de incidencia.

El impacto de los factores de riesgo en la salud mental de la población



Una paciente del programa de salud mental de MSF relata su experiencia a un integrante de la organización.

A partir del análisis estadístico de los datos es posible identificar importantes correlaciones entre los eventos a los cuales la población atendida estuvo expuesta (factores de riesgo) y las posibilidades de sufrir síntomas que afecten su salud mental.¹²

Por ejemplo, la población expuesta a ningún o a un sólo factor de riesgo tiene más probabilidad de desarrollar cuadros sintomáticos relacionados con problemas cognitivos, psicossomáticos o comportamentales, que la población expuesta a dos o más factores de riesgo. Algunos ejemplos de estos síntomas son problemas de memoria (olvidos o falta de concentración), agresividad o aislamiento social y dolores de cabeza, dolores de estómago o dificultades para conciliar el sueño. En cambio, las personas que estuvieron expuestas a tres factores de riesgo, pueden desarrollar cuadros asociados con depresión y síntomas post-traumáticos, con una probabilidad significativamente mayor que el resto de la población.

Los datos recabados hacen patente la asociación existente entre la categoría de eventos a los que ha sido expuesta la población y la afectación sobre la salud mental. Por lo tanto, es posible deducir que **la exposición a eventos relacionados principalmente con la violencia aumenta el riesgo de desarrollar ansiedad, depresión o un cuadro post-traumático**. Mientras que los cuadros de ansiedad se vinculan tanto a factores de riesgo relacionados con la violencia como con condiciones médicas, y la depresión puede asociarse también a eventos de separación o pérdida, en el caso de los síntomas asociados a un cuadro post-traumático la vinculación con la violencia es predominante.

Así, la correlación más fuerte se establece entre la exposición a tres factores de riesgo relacionados con la violencia y el desarrollo de un cuadro post-traumático: es 4.3 veces más probable que una persona expuesta a tres eventos violentos desarrolle un cuadro post-traumático que una no expuesta. La mayor exposición a eventos violentos incrementa también el riesgo de desarrollar un cuadro de ansiedad. Por el contrario, se observa que pacientes que no registran factores de riesgo relacionados con la violencia tienen menor propensión a desarrollar cuadros de depresión, ansiedad o post-traumáticos.

También es posible enfocar el análisis en las asociaciones que se establecen entre la exposición a una categoría principal de factor de riesgo y el desarrollo de síntomas específicos. En esta línea, se desprende del análisis que la población expuesta a situaciones de violencia física, asesinatos, amenazas y situaciones de combate tiene una mayor probabilidad de desarrollar cuadros de ansiedad, mientras que la población expuesta a situaciones de desplazamiento o con familiares asesinados/desaparecidos tiende a desarrollar cuadros depresivos. Cualquiera de estas situaciones incide en la probabilidad de desarrollar síntomas de índole post-traumático, aunque es más significativa en el caso de la exposición a combates.

Atravesar eventos de violencia genera principalmente síntomas de hipervigilancia o respuestas de sobresalto exageradas (la población expuesta es 4.7 veces más susceptible de sufrir este síntoma que aquella no expuesta), flashbacks sobre lo ocurrido (re-experimentación), miedo excesivo, fobias y sentimientos de amenaza. También produce problemas sexuales (disfunción eréctil, disminución del deseo sexual), evitación (evitar personas, lugares, actividades que recuerden el evento), irritabilidad o ira, pensamientos o sentimientos intrusivos, reducción de la cohesión familiar, tristeza, desesperanza, ansiedad y culpa u odio a sí mismo.

A su vez, la población expuesta a factores de riesgo relacionados con la violencia sexual tiene una mayor probabilidad de desarrollar cuadros depresivos. Por otra parte, aquellos que han padecido la desaparición o el asesinato de un familiar tienen casi el doble de propensión a desarrollar ideas o intenciones suicidas que el resto de la población. En el caso de la población expuesta a violencia intrafamiliar y violencia sexual, la propensión a desarrollar ideas o intenciones suicidas en aquellos expuestos es 2.5 y 3.8 veces más alta, respectivamente.

La exposición a la separación o la pérdida se asocia con el desarrollo de un cuadro sintomático comportamental (el riesgo de que personas expuestas lo sufran aumenta un 58%) y psicossomático (las probabilidades de desarrollarlo se incrementan en un 30% en personas expuestas). Este tipo de eventos se ha relacionado, según los resultados de la experiencia de MSF en Colombia, con síntomas de comportamiento delictivo, problemas cognitivos, problemas de apetito, desesperanza, aislamiento social y humor triste.



© MSF / Anna Surinychi



© MSF / Anna Surinychi

Participantes de un taller psicoterapéutico para mujeres.

La exposición a situaciones de violencia física, golpes y violencia doméstica genera síntomas de agresividad. Las personas expuestas a situaciones de violencia directa tienen una probabilidad significativa de sufrir Trastorno de Estrés agudo, Trastorno de Estrés Post-traumático, Trastorno Depresivo y Otros Trastornos de Ansiedad y del Ánimo¹³.

Por último, es destacable que de los 2.178 pacientes atendidos por MSF que estuvieron expuestos a violencia directamente relacionada con el conflicto y al menos a otro factor de riesgo, en el 33% de los casos ese otro factor fue la violencia doméstica. Este tipo de agresión aumenta en contextos de conflicto armado, según han comprobado varios estudios.¹⁴ A partir del análisis de estas correlaciones, se pudo determinar que de los pacientes expuestos a más de un factor de riesgo, aquellos con exposición a violencia relacionada con el conflicto tienen 1.5 más probabilidades de haber sufrido violencia doméstica que la población que ha sido expuesta a otro tipo de factor.

Recomendaciones sobre la legislación en salud mental

Como ya ha sido mencionado, existen vacíos en la legislación actual sobre salud mental que de no ser resueltos dejarán de nuevo a la población colombiana sufriendo el abandono institucional, sometida al silencio y a la invisibilización. Dado el creciente interés y preocupación de las autoridades por esta cuestión, y con el fin último de mejorar el abordaje psicológico para las víctimas del conflicto y de la violencia en Colombia, MSF considera que:

- Con relación a la Ley de Víctimas, el tamaño y número de los equipos interdisciplinarios contemplados en el Protocolo de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) no debería definirse únicamente en función de las víctimas reconocidas, ya que esto puede ser una barrera para el acceso a los servicios de salud mental en los sitios donde existe una afectación generalizada por el conflicto y donde no todos han alcanzado reconocimiento oficial como víctimas.
- Es imprescindible clarificar la responsabilidad y composición de dichos equipos interdisciplinarios y organizar su trabajo de forma coordinada con las instituciones y el personal responsable de la atención a las víctimas en las estructuras de salud del primer nivel de atención.
- Del mismo modo, el PAPSIVI debe poner mayor énfasis en asegurar el personal adecuado en los hospitales de primer nivel para realizar la atención directa en el ámbito de la salud mental a los pacientes afectados por el conflicto.

- En definitiva, el protocolo no puede dejar a criterio de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de las entidades promotoras de salud (IPS y EPS) la decisión sobre el tipo de atención que se ofrece en cada nivel. La única forma de garantizar una atención de calidad a las víctimas del conflicto es delimitando las diferentes responsabilidades en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las diferentes instituciones sanitarias.



Puesto de atención sanitaria de MSF en la zona del Pacífico colombiano.

Finalmente, teniendo en cuenta que el artículo sexto de la Ley 1616 de Salud Mental reconoce “el derecho a tener un proceso psicoterapéutico con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno, para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida”¹⁵, es importante mencionar que la continuidad en las sesiones depende en gran medida de la proximidad y disponibilidad de los servicios. Difícilmente se podrá conseguir la adherencia al proceso terapéutico si la población víctima del conflicto tiene que desplazarse desde las zonas rurales a estructuras hospitalarias de segundo nivel en las capitales departamentales. Es necesario que **los servicios de atención psicoterapéutica estén asegurados en el primer nivel de atención y que acompañen a los equipos extramurales que se desplazan a las zonas rurales.**

Conclusión

Tres años después de la publicación de su reporte “*Tres veces víctimas. Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono*”, MSF encuentra una vez más la necesidad de visibilizar la situación que atraviesan las poblaciones más vulnerables de Colombia. Muchas veces olvidados e ignorados, aquellos que viven inmersos en la violencia cotidiana del conflicto armado sufren en soledad las secuelas psicosociales que ésta provoca, sin el apoyo de un Estado que debería proveer tratamiento, profesionales, protocolos y recursos adecuados para que sus ciudadanos puedan superar los eventos traumáticos que han vivido.

Como confirman los datos presentados en este nuevo informe, el conflicto armado colombiano no solamente constituye en sí mismo un factor de riesgo para la salud mental de las personas directamente expuestas, sino que además genera condiciones en las cuales emergen otros factores de riesgo que contribuyen al deterioro de la salud y la calidad de vida de las comunidades y sus integrantes. Las víctimas del conflicto colombiano sufren las consecuencias de la violencia directa como también de la violencia indirecta, manifestada entre otras formas a través del silencio y del estigma de la sociedad, que agrava su vulnerabilidad, genera aislamiento y obstaculiza su

recuperación emocional. La falta de integración social a su vez dificulta su acceso al trabajo, la vivienda, la educación y la salud, agravando las pocas garantías que tienen de restablecimiento social, económico y emocional. A esto se suma el estigma por padecer un trastorno mental, que genera más discriminación y segregación hacia la persona que lo sufre.

Ante este panorama, el nuevo informe de MSF permite extraer dos conclusiones principales:

- El conflicto armado colombiano tiene un impacto en la salud mental de la población civil. Las personas expuestas a factores de riesgo asociados con la violencia – el 67% de aquellos que recurrieron a los servicios de atención psicológica de la organización – tuvieron una tendencia considerablemente más alta a sufrir síntomas de depresión y ansiedad o cuadros de orden post-traumático que aquellos pacientes que padecieron factores de riesgo no asociados a la violencia.
- Los resultados obtenidos evidencian la necesidad de ofrecer servicios especializados en salud mental para la población expuesta a la violencia. Las actividades que MSF desarrolla en el sur de Colombia desde 2005 demuestran que es posible brindar este tipo de asistencia de forma efectiva. La experiencia de la organización permite constatar que el abordaje psicoterapéutico debe estar incluido en el primer nivel de atención, integrado con el resto de los servicios y articulado con servicios especializados en los otros niveles de complejidad. Asimismo, el tratamiento psicofarmacológico y su continuidad deben estar garantizados desde el nivel de atención primario.

Para que todo esto sea posible es necesario contar con un marco normativo de fácil implementación, que sea más claro en las acciones que propone, que responda a las necesidades reales, que no ponga límites ni trabas al acceso a la atención y que garantice una cobertura geográfica amplia y de calidad. Es decir, un marco normativo que no limite la salud mental a un aspecto más de un plan de reparación individual de víctimas: la salud mental debe ser un derecho universal accesible para toda la población afectada por el conflicto y por otras situaciones de violencia, y debe ofrecerse en las estructuras de salud sin precondiciones administrativas que restrinjan el acceso a la misma.

Cincuenta años después del comienzo del conflicto, MSF hace un llamamiento al Estado colombiano para que continúe profundizando el camino que ha empezado a recorrer en cuanto a la legislación e implementación de la atención psicosocial, y para que se comprometa a eliminar cualquier barrera de acceso a los servicios de salud mental para aquellos que día a día siguen sufriendo las consecuencias de la lucha armada y de la violencia en Colombia.

Anexos

Pacientes de salud mental de MSF atendidos durante 2012, distribuidos por género:

Género	Número de pacientes	Porcentaje
Femenino	3286	74%
Masculino	1169	26%
Total	4455	100%

Pacientes de salud mental de MSF atendidos durante 2012, distribuidos por rango de edad:

Rangos edad	Número de pacientes	Porcentaje
>18	3199	71.81%
6 a 18	1140	25.59%
≤ 5	115	2.58%
Missing	1	0.02%
Total	4455	100%

Distribución de pacientes por departamento:

Departamento	Número de pacientes	Porcentaje
Caquetá	1492	34%
Cauca	2286	51%
Nariño	483	11%
Putumayo	194	4%
Total	4455	100%

CAQUETA

Municipio	Número de pacientes	Porcentaje
San Vicente del Caguán	744	50%
Cartagena del Chairá	221	15%
Puerto Rico	145	10%
Solita	92	6%
Valparaíso	91	6%
Curillo	81	5%
Doncello	80	5%
Florencia	28	2%
Solano	10	1%
Total	1492	100%

CAUCA

Municipio	Número de pacientes	Porcentaje
Timbiquí	740	32%
López de Micay	382	17%
Buenaventura	345	15%
Corinto	197	9%
Argelia	168	7%
Santander de Quilichao	116	5%
Caloto	114	5%
Toribío	91	4%
Caldono	72	3%
Jambaló	61	3%
Total	2286	100%

NARIÑO

Municipio	Número de pacientes	Porcentaje
Tumaco	233	48%
Policarpa	194	40%
Roberto Payán	56	12%
Total	483	100%

PUTUMAYO

Municipio	Número de pacientes	Porcentaje
San Miguel	151	78%
Puerto Asís	43	22%
Total	194	100%

Lista completa de frecuencia por Categoría de Síntomas:

Categoría Síntomas	Número de pacientes	Porcentaje
Ansiedad	1523	34%
Comportamental	435	10%
Depresión	1503	34%
Psicosomáticos	630	14%
Otros	130	3%
Pos-traumáticos	115	2%
Problemas cognitivos	64	1%
Psicótico	26	1%
En blanco	29	1%
Total	4455	100.00%

Lista completa de Factores de Riesgo presentes en la población atendida:

Factores de riesgo/ Eventos	Número de pacientes	Porcentaje / total pacientes
Violencia doméstica	1410	32%
Testimonio de violencia física, asesinato, amenazas	1319	30%
Pérdida de ingresos familiares	734	16%
Desplazamiento forzado / Refugiado / Migrante	722	16%
Miembro de la familia asesinado / desaparecido	564	13%
Víctima de amenazas	468	11%
Marginalización / víctima de estigma social y discriminación	406	9%
Exposición de civiles a situaciones de combates	292	7%
Otra violencia física (heridas, golpes, tortura)	291	7%
Negligencia de cuidadores (para niños)	244	5%
Violencia sexual (en la familia)	168	4%
Embarazo no deseado	160	4%
Violencia sexual (fuera de la familia)	119	3%
Condiciones médicas graves	114	3%
Retención / Secuestro / Reclutamiento forzado (por grupos armados)	111	2%
Pérdida o destrucción de la propiedad	102	2%
Enfermedades Altamente Estigmatizantes	69	2%
Antecedente de trastorno psicológico / psiquiátrico	63	1%
Accidentes	59	1%
Encarcelación / Detención	46	1%
Menor no acompañado / huérfano	31	1%
Desastre natural	14	0%
Víctima de trata / tráfico de personas	6	0%
Deportación	5	0%

Lista completa de frecuencia de Síntomas Individuales mencionados por los pacientes:

Síntomas Individuales Total	Número de pacientes	Porcentaje / total pacientes
Humor triste	1694	38%
Preocupación constante	1496	34%
Ansiedad / Estrés	1303	29%
Irritabilidad / Ira	878	20%
Dolor corporal Generalizado y Quejas Psicósomáticas	726	16%
Miedo excesivo / Fobia / Sentimiento de amenaza	680	15%
Problemas de sueño	626	14%
Reducción de la cohesión / vínculo familiar	475	11%
Culpa / Odio a sí mismo / Sentimiento de inutilidad / Baja autoestima	406	9%
Agresión	296	7%
Desesperanza	293	7%
Pérdida de Interés / anhedonia	286	6%
Problemas de apetito	247	6%
Pensamientos o sentimientos intrusivos	172	4%
Problemas cognitivos (falta de concentración, de memoria, problemas de razonamiento)	143	3%
Ideación suicida	119	3%
Impulsividad	105	2%
Hipervigilancia / Respuesta de sobresalto exagerada	94	2%
Aislamiento social / interpersonal	93	2%
Evitación	90	2%
Otros	81	2%
Problemas sexuales	81	2%
Abuso de Alcohol / Sustancias	64	1%
Flashbacks	59	1%
Intención suicida	49	1%
Hipo-actividad / Hiper-actividad (falta, pérdida o exceso de energía)	39	1%
Comportamiento compulsivo o repetitivo	38	1%
Comportamiento delictivo	31	1%
Enuresis	28	1%
Cambios psicómotos (agitación, lentitud)	21	0%
Alucinaciones	20	0%
Comportamiento extraño	17	0%
Autolesión	16	0%
Pensamiento / discurso desorganizado	15	0%
Cambios en expresión verbal	13	0%
Regresión en el desarrollo	10	0%
Disociación	7	0%
Delirios	7	0%

Categorías de Síntomas y Síntomas Individuales Asociados:

1. Psicósomáticos	2. Relacionados con Ansiedad	4. Relacionados con Depresión	6. Problemas de Comportamiento
1.1 Dolor corporal y otras quejas psicósomáticas (dolor de cabeza, palpitaciones, dificultad para respirar, problemas gastrointestinales, etc.)	2.1 Ansiedad / Estrés	4.1 Humor triste	6.1 Abuso de sustancias/alcohol
1.2 Problemas de apetito	2.2 Preocupación constante	4.2 Irritabilidad / Ira	6.2 Agresión/ Agresividad
1.3 Problemas de sueño	2.3 Miedo excesivo / Fobia / Sentimiento de amenaza	4.3 Pérdida de interés /Anhedonia	6.3 Comportamiento delictivo
1.4 Enuresis	2.4 Comportamiento compulsivo o repetitivo	4.4 Desesperanza	6.4 Regresión en desarrollo
1.5 Hipo-, Hiper- actividad	3. Postraumáticos	4.5 Culpabilidad / Odio a sí mismo / Sentimiento de inutilidad / Baja autoestima	6.5 Aislamiento Social / Interpersonal
1.6 Cambios psicómotores	3.1 Sentimientos y pensamientos intrusivos	4.6 Ideación suicida	6.6 Impulsividad
1.7 Cambios en expresión verbal	3.2 Flashbacks	4.7 Intención suicida	6.7 Reducción del vínculo/ cohesión familiar
1.8 Problemas sexuales	3.3 Evitación	5. Relacionados con Psicosis	7. Problemas cognitivos
	3.4 Hiper-vigilancia / Respuesta de sobresalto exagerada	5.1 Delirios	7.1 Falta de concentración, de memoria & problemas de razonamiento
	3.5 Disociación	5.2 Alucinaciones	8. Otros síntomas (especificar)
		5.3 Pensamiento / Discurso desorganizado	9. Sin reacciones/síntomas
		5.4 Comportamiento extraño	

Hallazgos:

- La población expuesta a ningún o un sólo un factor de riesgo tiene más probabilidad de desarrollar cuadros sintomáticos relacionados con problemas cognitivos, psicósomáticos o comportamentales, que la población expuesta a dos y tres factores de riesgo.

	Comportamental			Problemas cognitivos			Psicósomáticos		
	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI
0 Factores de riesgo	0.596	0.96	0.66-1.245	0.002	2.57	1.45-4.55	0.034	1.31	1.02-1.7
1 Factor de riesgo	0.032	1.26	1.026-1.55	0.006	2.03	1.24-3.33	0.000	1.48	1.2-1.8

- Las personas que estuvieron expuestas a tres factores de riesgo, pueden desarrollar cuadros sintomáticos asociados con depresión y pos-traumáticos con una probabilidad significativamente mayor que el resto de la población.
- Si tenemos en cuenta únicamente la exposición a eventos relacionados con la violencia, la probabilidad de presentar dichos cuadros aumenta. La correlación más fuerte se establece entre la exposición a 3 factores de riesgo relacionados con la violencia y el desarrollo de un cuadro pos-traumático, donde la aparición de este último es 4.3 veces mayor en población expuesta que en no expuestos.

- Cuando el análisis se realiza observando el número de eventos, independientemente de su tipología, la ansiedad no parece estar relacionada con el número de factores de riesgo registrados. No obstante, cuando los eventos están relacionados con la violencia existe una correlación, indicando que a mayor exposición a eventos violentos se incrementa el riesgo de desarrollar un cuadro de ansiedad.
- Consecuentemente, se observa que pacientes que no registran factores de riesgo relacionados con la violencia tienen menor propensión a desarrollar cuadros de depresión, ansiedad o postraumáticos.

	Ansiedad			Depresión			Pos-traumáticos		
	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI
0 Factores de riesgo	0.530	1.07	0.8-1.3	0.000	0.52	0.42-0.65	0.000	0.06	0.009-0.46
1 Factor de riesgo	0.544	0.96	0.8-1.09	0.001	0.76	0.67-0.88	0.001	0.44	0.27-0.72
2 Factores de Riesgo	0.566	1.042	0.91-1.2	0.30	1.159	1.02-1.32	0.211	1.300	0.89-1.904
3 Factores de Riesgo	0.659	0.97	0.84-1.11	0.000	1.58	1.369-1.8	0.000	2.51	1.72-3.65
	Ansiedad			Depresión			Pos-traumáticos		
	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI
0 Factores de riesgo Violencia	0.000	0.75	0.66-0.85	0.000	0.70	0.61-0.79	0.000	0.17	0.094- 0.31
1 Factor de riesgo Violencia	0.342	0.94	0.82-1.06	0.000	1.34	1.17-1.53	0.024	0.58	0.37-0.92
2 Factores de Riesgo Violencia	0.000	1.312	1.13-1.52	0.34	1.177	1.01- 1.4	0	2.902	1.99-4.22
3 Factores de Riesgo Violencia	0.00003	1.62	1.3-2.03	0.455	0.91	0.71-1.15	0.000	4.33	2.786- 6.74

- Es igualmente posible determinar la asociación que puede existir entre la categoría de eventos a los que ha sido expuesta la población y la afectación sobre la salud mental, independientemente del número de eventos. La población expuesta mayoritariamente a factores de riesgo relacionados con la violencia o con condiciones médicas tiene más probabilidad de desarrollar cuadros de ansiedad que la población expuesta a otros factores.

	Ansiedad		
	P	OR	95%CI
Condiciones Médicas	0.025	1.37	1.04-1.7
Violencia	0.004	1.216	1.06-1.3

- La exposición principal a algún evento de separación o pérdida se asocia con el desarrollo de un cuadro sintomático comportamental y psicossomático. Al analizar la razón de probabilidades de desarrollar un cuadro comportamental en pacientes expuestos a separación o pérdida, se evidencia que el riesgo en expuestos aumenta en un 58%. Asimismo, la razón de probabilidades de desarrollar un cuadro psicossomático se incrementa en un 30% en expuestos, frente a aquellos que no han sido expuestos a separación o pérdida.

- Adicionalmente, existe una correlación significativa entre la exposición a desastres y la presencia de un cuadro sintomático psicossomático (OR = 2.42; P <0.05; 95%CI = 1.26-4.6).

	Comportamental		
	P	OR	95%CI
Desastres	0.997	0.88	0.31-2.46
Condiciones Médicas	0.335	0.76	0.46-1.24
Violencia	0.065	0.820	0.6676-1.006
Separación Pérdida	0.00043	1.58	1.23-2.04
Sin Factor de Riesgo	0.3423	0	Indefinido

	Psicosomáticos		
	P	OR	95%CI
Desastres	0.011	2.42	1.26-4.6
Condiciones Médicas	0.931	0.96	0.65-1.4
Violencia	0.0003	0.721	0.60-0.8
Separación Pérdida	0.027	1.30	1.03-1.63
Sin Factor de Riesgo	0.1842	0	Indefinido

- La exposición principalmente a eventos relacionados con la violencia aumenta el riesgo de desarrollar ansiedad, depresión o un cuadro post-traumático. La asociación en este caso sigue siendo bastante fuerte entre violencia y sintomatología relacionada con un cuadro pos-traumático. La depresión puede asociarse asimismo a separación o pérdida, mientras que la ansiedad se relacionaría también con condiciones médicas.

	Ansiedad			Depresión			Pos-traumáticos		
	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI
Desastres	0.487	0.76	0.3-1.4	0.208	0.61	0.3-1.2	0.770	0.84	0.04-4.3
Condiciones Médicas	0.025	1.37	1.04-1.7	0.001	0.59	0.4-0.8	0.019	0.00	Indefinido
Violencia	0.004	1.216	1.06-1.3	3.006E-06	1.392	1.2-1.5	1.823E-05	3.111	1.82-5.2
Separación Pérdida	0	0.56	0.4-0.6	0.056	1.19	0.9-1,4	0.647	0.84	0.47-1.48
Sin Factor de Riesgo	0.0588	2.762	1.04-7.27	0.0071	0	Indefinido	0.9253	0	Indefinido

- Entrando más en detalle, es interesante mirar las asociaciones que se establecen entre la exposición a una categoría principal de factor de riesgo y el desarrollo de síntomas específicos:
- La exposición a separación o pérdida se asocia con el desarrollo de los siguientes síntomas, en su orden: comportamiento delictivo, problemas cognitivos, problemas de apetito, desesperanza, aislamiento social y humor triste.

	Aislamiento social / interpersonal			Comportamiento delictivo			Desesperanza			Humor triste			Problemas de apetito		
	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI
Desastres	0.633	1.04	0.14-7.65	0.750	0.00	Indefinido	0.361	0.31	0.043-2.28	0.758	1.15	0.64-2.07	0.207	2.10	0.82-5.4
Condiciones Médicas	0.2146	1.7305	0.83-3.62	0.363	0.00	Indefinido	0.190	0.62	0.33-1.19	0.008	0.67	0.5-0.90	0.448	1.27	0.753-2.15
Violencia	0.02	0.590	0.39-0.89	0.207	0.59	0.29-1.2	0.02	1.38	1.06-1.80	0.0000	1.336	1.17-1.52	0.0116	0.708	0.54-0.92
Separación Pérdida	0.011	1.29	1.18-3.13	0.000	3.91	1.89-8.1	0.0500	1.380	1.012-1.88	0.016	1.24	1.04-1.47	0.000	2.06	1.52-2.79
Sin Factor de Riesgo	0.8050	0	Indefinido	0.2650	0	Indefinido	0.5440	0	Indefinido	0.0028	0	Indefinido	0.0638	0	Indefinido

	Problemas cognitivos		
	P	OR	95%CI
Desastres	0.412	0.00	Indefinido
Condiciones Médicas	0.994	1.08	0.521-2.2
Violencia	0.0000	0.486	0.35-0.68
Separación Pérdida	0.000	2.12	1.4-3.1
Sin Factor de Riesgo	0.9490	1.891	0.25-14.36

- La exposición principal a un evento de violencia se asocia con la presencia de los siguientes síntomas: “hipervigilancia /respuesta de sobresalto exagerada” en primer lugar, donde la población expuesta es 4.7 veces más susceptible a tener este síntoma que los no expuestos; “flashbacks” y “miedo excesivo, fobia y sentimiento de amenaza” en segundo lugar, con una razón de probabilidad considerablemente más alta en expuestos que en no expuestos; seguido de problemas sexuales, evitación, irritabilidad/ira, pensamiento o sentimientos intrusivos, reducción de la cohesión/vínculo familiar, humor triste, desesperanza, ansiedad y culpa/odio a si mismo.

	Hipervigilancia Respuesta de sobresalto exagerada			Flashbacks			Miedo excesivo Fobia Sentimiento de amenaza		
	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI
Desastres	0.627	0.00	Indefinido	0.887	1.68	0.22-12.30	0.830	0.83	0.35-1.97
Condiciones Médicas	0.258	0.39	0.095-1.59	0.128	0.00	Indefinido	0.009	0.54	0.34-0.84
Violencia	0.0000	4.750	2.47-10-05	0.0008	3.698	1.68-8.16	0.0000	2.911	2.35-3.6
Separación Pérdida	0.020	0.34	0.14-0.83	0.497	0.69	0.29-1.61	0.000	0.45	0.33-0.60
Sin Factor de Riesgo	0.8111	0	Indefinido	0.5590	0	Indefinido	0.1570	0	Indefinido

- La categoría de violencia es la única que presenta una asociación significativa positiva con la ansiedad. Es decir que los pacientes expuestos a violencia tienen mayor propensión a desarrollar ansiedad/estrés, frente a los pacientes que han sido expuestos a cualquiera de los otros eventos contemplados en el informe o que no han sido expuestos a ningún factor de riesgo.

	Ansiedad Estrés		
	P	OR	95%CI
Desastres	0.524	0.76	0.38-1.49
Condiciones Médicas	0.35	1.16	0.87-1.53
Violencia	0.0002	1.300	1.13-1.49
Separación Pérdida	0.006	0.76	0.62-0.92
Sin Factor de Riesgo	0.1770	2.157	0.8-5.6

- Por su parte, el síntoma de preocupación constante tiene más probabilidad de ocurrir en aquella población que experimentó condiciones médicas como factor principal de exposición.

	Preocupación constante		
	P	OR	95%CI
Desastres	0.355	0.70	0.36-1.35
Condiciones Médicas	0.042	1.34	1.02-1.75
Violencia	0.1130	1.116	0.98-1.3
Separación Pérdida	0.000	0.70	0.57-0.84
Sin Factor de Riesgo	0.0990	0.263	0.06-1.15

- La población expuesta a situaciones de violencia física, asesinato, amenazas y situaciones de combate tiene una mayor probabilidad de desarrollar cuadros de ansiedad, mientras que la población expuesta a situaciones de desplazamiento o con familiares asesinados/ desaparecidos tiende a desarrollar cuadros depresivos. Cualquiera de estas situaciones incide en la probabilidad de desarrollar estrés postraumático, aunque es muy significativa en el caso de la exposición a combates (OR=4.7; P <0.05; 95% CI= 3.01- 7.39).

	Ansiedad			Depresión			Pos-traumáticos		
	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI
Testimonio de violencia física, asesinato, amenazas	0.000	1.59	1,39-1,82	0.003975	0.8143	0,71-0,94	0.000	2.975	2,05-4,32
Desplazamiento forzado/ refugiado/ migrante	0.753	1.031	0,87-1,22	0.032156	1.2026	1,02-1,042	0.01145	1.7746	1,16-2,72
Miembro de la familia asesinado desaparecido	0.000	0.514	0,42-0,63	0.00	2.6034	2,18-3,11	0.024	1.7555	1,10-2,80
Víctima de amenazas	0	1.881	1,55-2,28	0.272908	1.124	0,62-1,37	1E-05	2.7127	1,74-4,22
Exposición de población civil a situaciones de combate	0	2.211	1,74-2,8	8.53E-06	0.5202	0,39-0,69	0.000	4.7181	3,01-7,39

- La población expuesta a factores de riesgo relacionados con la Violencia Sexual tiene una mayor probabilidad de desarrollar cuadros depresivos.

	Depresión		
	P	OR	95%CI
Violencia Sexual	0.000	1.9701	1,55-2,51

- La población que ha padecido la desaparición o el asesinato de un familiar tiene casi el doble de propensión a desarrollar ideas/intenciones suicidas que el resto de la población. En el caso de la población expuesta a violencia intrafamiliar y violencia sexual, la propensión en expuestos es 2.5 y 3.8 veces más alta, respectivamente.

	Violencia Sexual			Violencia doméstica			Miembro de la familia asesinado/ desaparecido		
	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI
Intención - Ideación suicida (síntoma)	0.000	3.8132	2,53-5,75	0.000	2.569	1,87-3,52	0.004412	1.798	1,21-2,66

- La población expuesta a situaciones de violencia directa tiene una probabilidad muy significativa de tener uno de los siguientes diagnósticos (por orden): Trastorno de Estrés agudo, TEPT, Otros trastornos de ansiedad, otros trastornos de ánimo y Depresión. A este respecto cabe aclarar que solo 2.499 de nuestros pacientes fueron diagnosticados.

	Trastorno de estrés agudo			TEPT/PTSD			Otros trastornos de ansiedad			Otros trastornos del ánimo			Trastorno depresivo		
	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P	OR	95%CI
Violencia Directa	3.68E-06	8.1417	2,96-23,39	1.42E-06	6.1873	2,86-13,40	0.000	3.139	2,36-4,17	0.000	2.7969	1,94-4,03	3.02E-05	1.5974	1,28-1,99

- La exposición a situaciones de violencia física, golpes y violencia doméstica está correlacionada con cuadros de síntomas ligados a la agresividad.

	Agresión		
	P	OR	95%CI
Testimonio de violencia física, asesinato, amenazas	2.4E-05	0.5227	0,387-0,706
Otra violencia física (golpes/ tortura)	8.41E-05	2.1198	1,46-3,07
Miembro de la familia asesinado o desaparecido	0.591	0.8886	0,615-1,29
Violencia doméstica	0	2.3638	1,864- 2,997
Retención/ secuestro/ reclutamiento forzado	0.1114	1.733	0,94-3,19

- Varios estudios han demostrado que la violencia doméstica aumenta en contextos de conflicto armado.¹⁶ Más aún, se ha encontrado que el impacto de la guerra evidenciado en el incremento de la violencia intrafamiliar podría incluso verse reflejado en una etapa de post-conflicto.¹⁷ De los 2.178 pacientes atendidos por MSF que estuvieron expuestos a violencia directamente relacionada con el conflicto y a al menos algún otro factor de riesgo, en el 33% de los casos ese otro factor fue violencia doméstica.
- A partir del análisis de correlaciones, se pudo determinar que de los pacientes expuestos a más de un factor de riesgo, aquellos con exposición a violencia relacionada con el conflicto tienen 1.5 más oportunidad de presentar también violencia doméstica como factor de riesgo, que la población que no ha sido expuesta a violencia relacionada con el conflicto, pero sí a algún otro tipo de factor.

	Violencia doméstica		
	P	OR	95%CI
Violencia Relacionada con el conflicto	2.65E-05	1.5	1.2 - 1.7

- 1 Ver Naranjo, Andrea. "Salud Mental en Colombia: transitando hacia la lucidez". En: <http://www.razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas-29/3566-salud-mental-en-colombia-itransitando-hacia-la-lucidez.html>
- 2 Ver Anexo para lista completa de Factores de Riesgo.
- 3 Ver Johan Galtung, *Peace by peaceful means: Peace and conflict, development and civilization*, Londres, SAGE, 1996; especialmente su primera parte, *Peace studies: basic paradigms*. Del mismo autor, *Conflicto transformation by peaceful mean*, Ginebra, Naciones Unidas, 1998
- 4 OMS, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, Washington, D.C., Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) para la Organización Mundial de la Salud, 2002.
- 5 Ascher, William. "The moralism of attitudes supporting intergroup violence." *Political Psychology* 7, no. 3 (1986): 403 - 425.
- 6 Ferme, Mariane. "The violence of numbers: consensus, competition, and the negotiation of disputes in Sierra Leone." *Cahiers d'Études Africaines* 38, no. 150 / 152 (1998): 555 - 580.
- 7 Londoño Alicia, Romero, Perla y Casas German. "The association between armed conflict, violence and mental health: a cross sectional studies comparing two populations in Cundinamarca department, Colombia" *Conflict and Health* 2012, 6:12 doi:10.1186/1752-1505-6-1.
- 8 (Echeburúa, 2005).
En: <http://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewArticle/471>
- 9 <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/5755>
- 10 http://www.hchr.org.co/publicaciones/otras/cartilla_victimas.pdf
- 11 <http://www.es.amnesty.org/paises/colombia/violencia-sexual-contra-mujeres-dentro-del-conflicto-armado/>
- 12 El análisis de los datos fue realizado haciendo uso de EpiInfo como herramienta principal. En principio, se elaboró un análisis estadístico descriptivo obteniendo la distribución de frecuencias para cada variable de interés. Posteriormente, dada la complejidad y volumen de la muestra, se decidió utilizar pruebas no paramétricas con el fin de determinar la correlación entre ciertas variables de exposición y otras de efectos. Se optó entonces por la herramienta de tablas de contingencia 2 x 2 para extraer las asociaciones probabilísticas. Como variables de exposición se utilizaron el número de eventos, cada categoría de evento y eventos puntuales de violencia, que permitieron establecer con mayor precisión la forma en la que el conflicto en Colombia afecta la salud mental. Como variables de efecto (dependiente), se utilizaron la categoría de síntomas y cada síntoma individual. Tanto para la categoría de eventos, como para la categoría de síntomas, existe la opción "Otros". Aunque ésta se incluyó en los diferentes cruces, no es considerada relevante para el análisis y por ende no aparecerá reflejada en la abstracción hecha de los resultados.
- 13 A este respecto cabe aclarar que solo 2.499 de nuestros pacientes fueron diagnosticados.
- 14 Usta J, Farver JA, Zein L., "Women, War and Violence: surviving the experience". *J Women's Health (Larchmt)*. 17 de junio de 2008. Pp. 793-804.
- 15 Ley 1616 del 21 de enero de 2013. Artículo 6. En: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20ENERO%20DE%202013.pdf>.
- 16 Usta J, Farver JA, Zein L., "Women, War and Violence: surviving the experience". *J Women's Health (Larchmt)*. 17 de junio de 2008. Pp. 793-804.
- 17 Vinck P, Pham PN. "Association of exposure to intimate-partner physical violence and potentially traumatic war related events with mental health in Liberia". 23 de Noviembre, 2012. Disponible en línea: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23219850>

“Yo también tengo miedo, pero me toca hacerlo. Sabe doctor, hace varias noches que no duermo, tengo sueños en donde veo las cabezas de mis vecinos. Veo que lloran, que suplican, que piden misericordia. Me despierto llorando. Me pongo a pensar en la finca, en mis matas de jardín, en mis gallinas y el ganado y en los perros que se querían venir con nosotros pero tocó espantarlos con piedras para que no nos siguieran. Nunca me había sentido así. Nunca había visto a mi esposo tan callado, nunca lo había visto llorar en silencio. Y qué decir de mi hijo, el muchacho ya no es el de antes. Ahora en su mirada ya no hay ternura, hay rabia, hay odio. No sé qué va a ser de nosotros ahora, sólo sé que nos queda Dios y que nuestra vida no será la misma porque ahora somos desplazados”.

Mujer de 50 años, Cauca

**Escrito y editado por
Médicos Sin Fronteras**

Junio 2013

Datos de contacto:

www.msf.es

www.msf.org.ar

Oficina Médicos Sin Fronteras Bogotá

Dirección: Calle 37 No 16 -81

Teléfono: (00571)3400604

Javier Martínez Llorca

Coordinador General Médicos Sin Fronteras

Misión Colombia

msfe-bogota-cg@barcelona.msf.org

(0057) 310 270 5957

