

Tres veces víctimas

**Víctimas de la violencia,
el silencio y el abandono**

Conflicto armado y salud mental
en el departamento de Caquetá,
Colombia



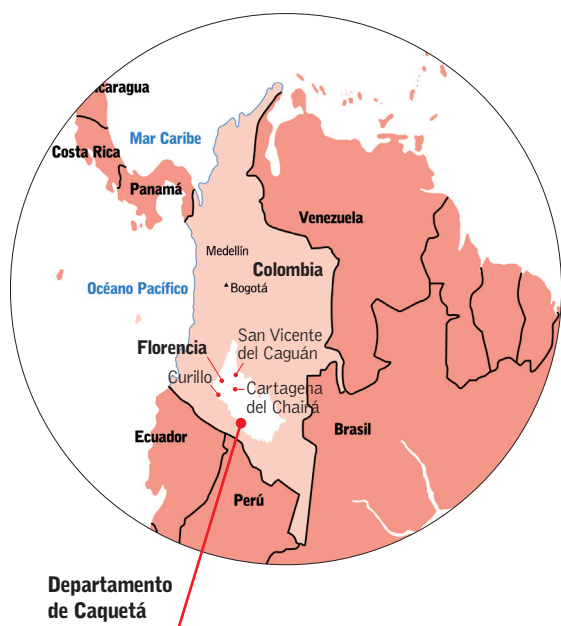
Índice

4	1	Introducción
6	2	El conflicto armado en el departamento de Caquetá
7	3	El trabajo de MSF en Caquetá
7	4	Violencia, conflictos y salud
9	5	Víctimas de la violencia directa ligada al conflicto armado
	5.1	Factores de riesgo
	5.2	Diagnósticos
	5.3	Resultados clínicos
16	6	Víctimas del silencio y el estigma. La violencia cultural
19	7	Víctimas del abandono estatal y la inoperancia institucional. La violencia estructural
	7.1	Ausencia de reconocimiento de las víctimas
	7.2	Legislación contradictoria y gasto insuficiente
24	8	Conclusiones
25	9	Anexos

“Cada día al iniciar la consulta, trato de comprender las razones por las que desde hace más de cinco décadas estamos inmersos en este mar de violencia en nuestro país. Hoy después de casi tres años de trabajar en el programa de salud mental que ofrece Médicos Sin Fronteras a la población afectada por el conflicto armado y el desplazamiento forzado, me doy cuenta del sinsentido de esta violencia crónica. Las historias de vida que he escuchado en mi consultorio son monotemáticas, son relatos de dolor, muerte, desesperanza y miedo, son fragmentos de vida saturados de una violencia irracional, que nos ponen en una condición deshumanizada y cruel ante nuestros congéneres.”

Mario A. Ibáñez Suárez, psiquiatra de Médicos Sin Fronteras en Florencia, Caquetá (Colombia). Julio 2008

1 Introducción



Puerta de entrada al Amazonas colombiano, el departamento de Caquetá, en el sur del país, ha sido uno de los puntos neurálgicos del conflicto colombiano. La histórica presencia de la guerrilla y grupos paramilitares, así como la fuerte militarización de los últimos años, han convertido la zona en un “campo de batalla” geoestratégico por el control de las rutas (terrestres y fluviales) y el territorio, especialmente rico en recursos naturales y con una fuerte presencia de cultivos ilícitos. Las consecuencias sobre la población civil son enormes: amenazas, asesinatos, desapariciones, desplazamiento forzado, confinamiento o restricciones de movimientos son sólo algunos de los peligros a los que se ven expuestos los habitantes de Caquetá.

Sin embargo, la población civil no sólo sufre la violencia generada por el conflicto armado sino que está sometida a otros dos niveles de violencia: el abandono y la inoperancia de las instituciones que deberían atenderla, y el silencio y el estigma por parte de la sociedad. Estos tres niveles de violencia tienen efectos sobre la salud mental y sobre la calidad de vida de los individuos y las comunidades, expuestos de una manera u otra al conflicto. **Esta suma de violencias es la terrible realidad con la que convive gran parte de la población en Caquetá y que la convierte en triplemente víctima del conflicto.**

Las consecuencias de esta violencia sobre la salud mental son un conjunto de alteraciones, tanto en el ámbito individual, como en el familiar y social, que desbordan los mecanismos de afrontamiento de la población afectada, provocando un severo sufrimiento emocional y psicológico que debe tener una respuesta por parte de las autoridades.

Médicos Sin Fronteras (MSF) trabaja en el departamento de Caquetá desde 1999. En el año 2005, la organización puso en marcha un proyecto de salud mental para asistir a las víctimas del conflicto colombiano y dar una atención que era insuficiente en las estructuras de salud del Gobierno.

El presente informe se basa en los datos de 5.064 pacientes que recibieron atención clínica por parte de MSF desde marzo de 2005 hasta septiembre de 2009. De estos pacientes, un 65% eran mujeres y el 35% hombres. Las edades oscilan entre 1 y 89 años, aunque el grupo etario que más utilizó los servicios de salud mental de MSF fue el de 19-45 años. Por otra parte, el 60% de las personas atendidas se encontraba en Florencia, la capital del departamento, y el 40% en la zona rural.

A partir de los datos estadísticos de las personas atendidas y sus testimonios, MSF quiere dar a conocer el sufrimiento que la violencia está causando en esta población. **El perfil de salud mental registrado en los pacientes atendidos por nuestros**

equipos evidencia que el conflicto armado tiene un impacto directo en la salud mental de la población, que no queda cubierto por los servicios de salud mental del Estado colombiano, dado su alcance y magnitud.

Por último, este informe pretende demostrar que **sí es posible ofrecer servicios de salud mental con recursos limitados en contextos de conflicto y que éstos pueden producir una mejoría efectiva en los pacientes.**

2

El conflicto armado en el departamento de Caquetá

Durante décadas, el departamento de Caquetá ha sido una zona geoestratégica donde se han sucedido los enfrentamientos entre varios grupos armados. Desde los años ochenta, las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) han ejercido un fuerte dominio social y militar, a la vez que han emergido grupos paramilitares en la zona.

En el año 2002, con la ruptura del proceso de paz entre las FARC y el Gobierno y el fin de la “zona de distensión”¹ se incrementó drásticamente la intensidad del conflicto en todos sus aspectos. Además, la puesta en marcha del Plan Patriota, que desde 2003 busca recuperar el control estatal del territorio, ha provocado un refuerzo significativo de la presencia militar en el departamento.

A este panorama hay que sumarle unas altísimas tasas de desplazamiento. Según fuentes gubernamentales, Caquetá se encuentra entre los departamentos donde más población se desplazó durante el año 2009², con más de 7.600 personas afectadas. Por otra parte, la tasa anual de homicidios casi dobla la tasa nacional. Durante el 2009, 265³ personas fueron asesinadas de forma violenta en el departamento. También ese año, se produjeron 130⁴ incidentes con minas antipersona o municiones sin explotar, en los que perdieron la vida 20 civiles. Tal nivel de afectación y exposición de la población civil a la violencia se explica, en parte, porque los protagonistas del conflicto han desencadenado una dinámica en la cual involucran de una u otra manera en el conflicto a los civiles, intentando mantener o imponer su influencia sobre la zona.

De esta forma, la población de Caquetá no sólo está altamente expuesta a los peligros inherentes de la guerra, sino que a lo largo de la historia se ha visto sometida a la interacción directa y continua con los actores armados y sobre todo al miedo constante. Las situaciones a las que mayormente se ve expuesta son: amenazas directas e indirectas, asesinato de familiares, vecinos o amigos, masacres, torturas, desapariciones forzadas, secuestros, detenciones arbitrarias, minas, combates, atentados, fumigaciones, restricción al

1

Entre el año 1999 y 2002, algunos municipios del departamento de Caquetá formaron parte de la “zona de distensión”, un área que el Gobierno despejó militarmente para poder avanzar en los diálogos con los líderes de las FARC. Con la ruptura de las negociaciones, el Ejército puso en marcha una importante ofensiva y las FARC se replegaron pero manteniendo su capacidad militar.

2

Los departamentos de Nariño, Antioquia, Cauca, Tolima y Caquetá fueron los territorios donde se desplazó más población en 2009 y constituyen el 51% del total de desplazamiento forzoso en dicho año.

Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario. *Indicadores sobre derechos humanos y DIH Colombia. Año 2009.* http://www.derechoshumanos.gov.co/observatorio_de_DDHH/documentos/Indicadores/obs_indicadores_dic2009_100503.pdf

3

Op. Cit. Nota 2.

4

Op. Cit. Nota 2.

paso de alimentos y otros productos básicos para la supervivencia, confinamiento de las comunidades, violencia sexual y reclutamiento forzado, incluso de menores.

3

El trabajo de Médicos Sin Fronteras en Caquetá

Médicos Sin Fronteras trabaja en el departamento de Caquetá desde el año 1999 y con actividades específicas de salud mental desde 2005. Actualmente, los equipos de la organización visitan de forma regular las cabeceras municipales de Cartagena del Chairá, San Vicente del Caguán y Curillo, donde llevan a cabo actividades de promoción y prevención en salud mental y tienen un punto fijo de consulta en los hospitales municipales. Además, la salud mental es un componente más de la atención que brinda MSF en sus clínicas móviles de salud primaria en la zona rural de los municipios de Cartagena del Chairá y San Vicente del Caguán. Por otra parte, durante cuatro años MSF trabajó en un centro de salud mental en Florencia, la capital del departamento. Las actividades de salud mental realizadas en el centro fueron traspasadas en mayo de 2009 a la Universidad Nacional Abierta y a Distancia.

Dentro del proyecto de salud mental, MSF ofrece atención psicológica individual, familiar y grupal, y lleva a cabo actividades psicosociales (charlas informativas, talleres psicoeducativos, formación básica de salud mental, etc.). Además, la organización trabaja con una red de contactos para conseguir llegar a las personas que más necesitan la atención.

Las diferentes actividades se desarrollan entre psicólogos clínicos y sociales, así como técnicos de prevención y promoción. Desde marzo de 2005 a septiembre de 2009, MSF atendió a 5.064 personas en el departamento de Caquetá.

4

Violencia, conflictos y salud

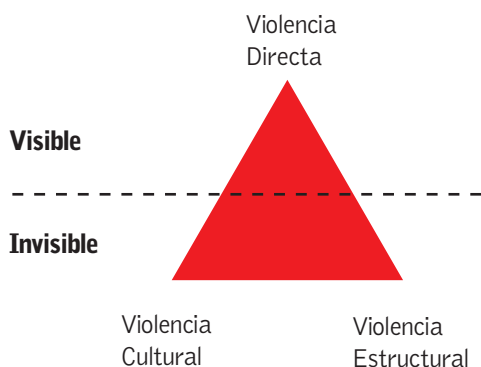
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga mucha probabilidad de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos 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 estructural y cultural, más difícil de percibir pero no por eso menos grave. (Ver gráfico página 8⁵)

5

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, *Conflict transformation by peaceful mean*, Ginebra, Naciones Unidas, 1998.

**Adaptación del triángulo
de Galtung, 1996**



a) 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 en el departamento de Caquetá han descrito haber sido víctimas de violencia directa, como por ejemplo, amenazas, palizas, violaciones, restricción de movilidad o desplazamiento.

b) 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 la violencia derivada de las estructuras políticas y de la estructura económica, en la medida que ésta produce segmentación, fragmentación social, exclusión y/o marginalización.

Por ejemplo, en Colombia, a pesar de la existencia de una ley que garantiza la gratuidad de la atención a los desplazados, ésta en la mayoría de las ocasiones no se cumple y la población se ve sometida a humillaciones para acceder a sus derechos.

c) 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 religiosos (guerra santa, inquisición, etc.), ideológicos (satanización del contrario, el sida como castigo), lingüísticos (términos racistas), a través de los medios de comunicación o los mecanismos de educación y/o de socialización.

A modo de ejemplo, en Caquetá la población civil de la “zona de distensión” sigue siendo sistemáticamente estigmatizada como colaboracionista de la guerrilla sólo por vivir en ese territorio.

La interrelación entre estos tres niveles de violencia en conflictos armados ha sido ampliamente descrita, al igual que se ha demostrado que las diferentes expresiones de violencia en estos contextos están exacerbadas por el acostumbramiento de las personas a la misma^{6 7 8}.

Esta interrelación está claramente patente en el conflicto armado

6

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.

7

Ascher, William. “The moralism of attitudes supporting intergroup violence”. *Political Psychology*. Vol. 7. N°. 3 (1986). 403 - 425.

8

Ferme, Mariane. “The violence of numbers: consensus, competition, and the negotiation of disputes in Sierra Leone”. *Cahiers d'Études Africaines*. Vol. 38. N°. 150 / 152. (1998). 555 - 580.

5 Víctimas de la violencia directa ligada al 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 aquellos que recurren a la misma como medio para obtener algo.

Este estrecho vínculo entre los diferentes tipos de violencia presentes en un conflicto armado nos hace 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 en el grueso de la población que vive en zonas afectada por un conflicto.

Los datos que a continuación se analizan corresponden a los 5.064 pacientes⁹ que recibieron atención clínica por parte de MSF desde marzo de 2005 hasta septiembre de 2009, independientemente de si su exposición al conflicto fue registrada por la organización como directa o no. Dichas consultas se ofrecieron tanto en el centro de salud mental de la ciudad de Florencia, como en los municipios de Curillo, San Vicente del Caguán y Cartagena del Chairá.

En base a los registros de este proyecto, se ha efectuado un análisis descriptivo de los factores de riesgo¹⁰ a los que estaba expuesta esta población y sus diagnósticos clínicos, relacionándolos entre sí.

La violencia directa, ligada al conflicto armado que afecta a los pacientes de MSF, puede manifestarse como daño o alteración de la salud mental, dentro de una gama específica de diagnósticos clínicos¹¹ que se expondrán con más detalle más adelante. Además de las alteraciones conductuales habitualmente asociadas con el conflicto armado, los consultantes de los servicios de salud mental de MSF con frecuencia mostraron problemas de adaptación y un mayor grado de exposición a otros tipos de violencia (intrafamiliar, sexual o social), como suele ocurrir en contextos de conflicto armado¹².

9

El 65% de los pacientes atendidos fueron mujeres y el 35% hombres. El intervalo de edad más representativo fue de 19 a 45 años, que supuso un 54,9% del total de pacientes.

10

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.

11

La exposición al estrés generado por la guerra puede desencadenar alteraciones mentales como por ejemplo, estrés postraumático, depresión mayor, ansiedad generalizada y otras formas de ansiedad.

12

Hynes, Michelle; et al. "A determination of the prevalence of gender-based violence among conflict-affected population in East Timor". *Disasters*. Vol. 28. N° 3. (2004). 294 - 321.

Por otra parte, la violencia directa asociada al conflicto armado también es palpable en los relatos biográficos de los pacientes, llenos de actos violentos tales como amenazas, lesiones, reclutamiento forzado, desplazamiento, secuestro o asesinato.

El 49,2% de los 5.064 pacientes atendidos por MSF estuvieron expuestos directamente al conflicto armado interno, al haberse visto afectados por enfrentamientos de grupos armados y distintos actos violentos. Los siguientes testimonios ilustran algunos de los episodios violentos vividos por los pacientes atendidos por MSF:

“Las cosas iban bien [en la finca del campo]. Con mi mujer estábamos progresando y los hijos no pasaban necesidades aunque estuviéramos muy lejos del pueblo. Pero de un tiempo para acá la cosa se puso fea: empezaron a presionarnos, nos exigían más cuotas para la gente del monte y la cosa se agravó cuando comenzaron a llevarse a los muchachos y a veces hasta a los niños.

Cuando quisieron llevarse a mi hija de 13 años, no podía permitirlo y la saqué del pueblo. Entonces me dijeron que tenía que arreglar cuentas con ellos. Le dijeron a mi mujer que no les siguiera y que me buscara después de que pasaran tres días. Me amarraron de pies y manos a un árbol y me dieron un golpe en la cabeza que me hizo desmayar.

No sé cuánto tiempo duré desmayado ni tampoco sé por qué no me mataron. Al tercer día, mi mujer pudo ir por mí y me encontró todo picado por las hormigas porque me habían dejado en pantaloncitos. A ella le dijeron que no nos querían ver más en la región, que teníamos tres horas para salir de la finca.”

Hombre de 50 años. Atendido en la zona rural de Caquetá.

“Vea doctor, es que esa gente hace un año mató a mi hijo. Tenía 25 años y él era mi mano derecha en todo. Estaba siempre muy pendiente de mí y de mi mamá que es muy anciana y está demasiado enferma. También era el amor de su hermanito. Le ayudaba en las tareas de la escuela y le enseñaba cómo hacer los trabajos de la finca. Sé que lo mataron porque no se quiso ir con ellos y porque no hizo caso entonces de abandonar la zona. Él quería estar con nosotros, era un muchacho sano, que no le gustaba meterse en cosas raras. Pero me lo quitaron.”

Mujer. Atendida en la zona rural de Caquetá.

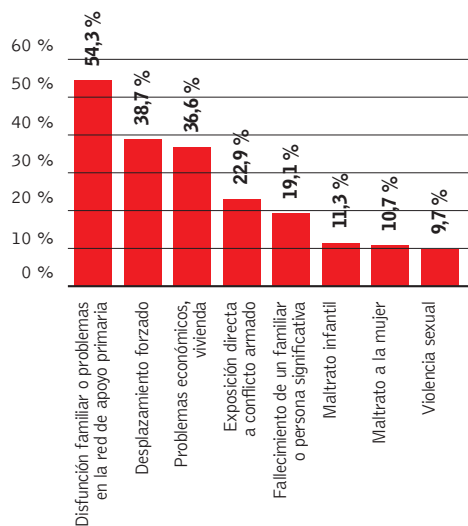
“De un momento a otro las cosas cambiaron. Empezamos a ver personas extrañas, con miradas cargadas de veneno. Es que desde que se oyeron rumores de ellos en la vereda, nos habíamos preparado para enfrentar lo que nos esperaba... Pero nunca imaginamos que hubiera sido así.

Una noche los perros ladraron mucho. Nos levantamos para ver qué era lo que pasaba y nos dimos cuenta que un grupo de hombres vestidos con ropa de camuflaje y armados hasta los dientes llevaban a dos personas amarradas y con la boca tapada. Aunque estaba muy oscuro, pudimos darnos cuenta en sus miradas del sentimiento de miedo y angustia, como si supieran a lo que se iban a enfrentar. Fue un rato de asombro que se interrumpió con el sonido de dos disparos. De ese momento en adelante no pudimos dormir, pues el sonido de una motosierra nos llenó de terror.”

Mujer de 50 años. Desplazada en Florencia.

5.1 Factores de riesgo

Factores de riesgo



En la gran mayoría de pacientes atendidos, los psicólogos y psiquiatras de MSF registraron más de un factor de riesgo al que se habían visto expuestos. **Los cinco factores de riesgo más frecuentes fueron:** disfunción familiar o problemas en la red de apoyo primaria (54,3%), desplazamiento forzado (38,7%), problemas económicos, vivienda (36,6%), exposición directa a conflicto armado (22,9) y fallecimiento de un familiar o persona significativa (19,1%). Por otra parte, en un 11,3% de los casos se registró maltrato infantil, en un 10,7% maltrato a la mujer y un 9,69% violencia sexual¹³.

Es importante destacar que las personas atendidas por MSF se ven expuestas a varios factores de riesgo a la vez y que unos están directamente relacionados con los otros. De esta forma, es difícil diferenciar con claridad los efectos directos de la violencia por conflicto armado de otros factores de riesgo presentes en este tipo de población. Un claro ejemplo se da en el caso de la “disfunción familiar o problemas en la red de apoyo primaria”. Dicho factor de riesgo, se define del siguiente modo: “La persona se encuentra en una situación familiar en la que cuenta con un escaso apoyo de la familia más cercana, la comunicación es inadecuada, las relaciones entre los miembros de la familia son conflictivas o la familia sufre desestructuración grave (separación traumática, cambios bruscos en la dinámica familiar, etc.)”. En muchos de los casos en los que se señaló este factor de riesgo, se encuentra que en el origen de la disfunción familiar se hallan eventos vitales propios de la dinámica del conflicto: fragmentación familiar por desplazamiento o ausencia (temporal o definitiva) de alguno de los miembros, que desestructura la dinámica o aboca a la redistribución acelerada de roles en el seno de la familia.

13

Cada porcentaje es la frecuencia con la que el factor de riesgo se da en el total de pacientes atendidos por MSF.

“Yo estaba con mi hermana en la escuela y mi mamá se había quedado en la finca con mi hermanito menor. Cuando llegamos a la casa, el niño estaba llorando todo asustado y mi mamá no estaba. Nosotros le preguntábamos que por qué lloraba, que dónde estaba mi mamá, pero él no nos podía decir nada. Entonces me puse a buscar a mi mami por los lados de la casa y fue cuando la encontré. Yo le gritaba que se despertara, pero ella no me oía. Entonces llegaron unos vecinos que habían escuchado los tiros y me dijeron que mi mamá estaba muerta.

Unos meses antes, unos hombres armados atracaron el bus en el que iba mi mamá con mi hermana, hubo una balacera y a mi hermanita le dieron un tiro en la cabeza, menos mal que en el hospital le sacaron la bala, pero ella ahora se vive quejando de mucho dolor. Después de que mataron a mi mamá, unos hombres de la autoridad nos sacaron de la finca por ser menores de edad y nos dejaron en la casa de unos familiares. Pero yo estoy muy triste porque ya no tengo a mi mamá y porque allá se quedaron los dos perros con los que jugábamos en la quebrada y un gallo que me regaló un señor amigo. No sé que voy a hacer, yo acompañaba a mi mami todos los fines de semana a Florencia a vender las hojas de plátano que nos encargaban para hacer tamales y también llevábamos yucas, piñas, plátanos y otras cositas de la finca, con esa plata mi mamá compraba la remesa para nosotros. Ahora ya no podemos ir a la escuela y mi papá no está con nosotros para acompañarnos. Ya le avisaron, pero dicen que está muy lejos y que se demora mucho para llegar.”

Adolescente de 14 años. Desplazado en Florencia.

En el caso de otros factores de riesgo tales como la violencia sexual, el maltrato intrafamiliar o la exposición a otras violencias, de nuevo al profundizar, encontramos en muchos casos que su origen son situaciones generadas por el conflicto armado: mujeres cabeza de familia, hacinamiento de población desplazada en los barrios de invasión en condiciones socioeconómicas y de seguridad precarias, menores al cuidado de familia extensa o conocidos de la familia.

Lecturas similares caben en el caso de otros factores no directamente vinculados al conflicto, pero que hunden indirectamente sus raíces en las condiciones generadas por éste, como por ejemplo “problemas en la red de apoyo social”, definido como: “La persona se encuentra en una situación en la que cuenta con un escaso apoyo por parte de amigos/as, conocidos/as, vecinos/as, grupos comunitarios e instituciones, por aislamiento, rechazo de los pares, discriminación, y dificultad para adaptarse a la cultura”. En este caso tampoco resulta difícil establecer la conexión entre los problemas observados y las propias dinámicas de fragmentación y polarización social, miedo y desconfianza propia de los conflictos armados internos y/o el desarraigo social y cultural inherentes a los

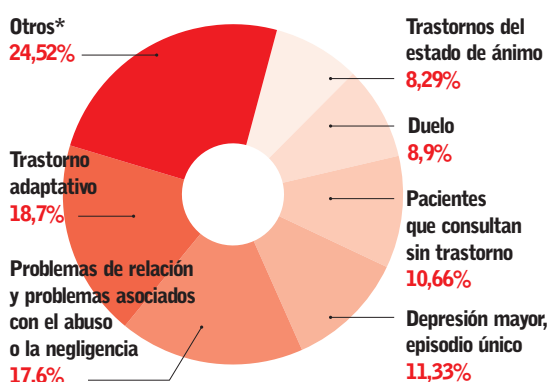
movimientos forzados de población. Éste es el caso del siguiente testimonio, una mujer de 52 años que vivía en el campo y tuvo que abandonar su casa por amenazas de un grupo armado. Como el ejército ayudó a la familia a llegar hasta Florencia, ahora son acusados de informantes y han perdido parte de su apoyo social.

“Ahora casi no salimos, nos da miedo porque de esa gente hay en todas partes, no sólo en el monte. Cuando nos toca salir y nos encontramos conocidos de allá, nos preguntan que si de verdad el ejército nos está ayudando y protegiendo, y tratamos de aclarar que sólo nos sacaron, pero ese es el cuento en toda la zona. Por eso no hay esperanzas de volver a entrar, ni mandar a nadie a recuperar algo de lo que teníamos porque ahora sí es cierto que nos matan.”

Mujer de 52 años. Desplazada en Florencia.

5.2 Diagnósticos

Diagnósticos principales



*

Ver resto de diagnósticos en la tabla del Anexo 2.

Los diagnósticos clínicos propios de los contextos de guerra, como por ejemplo, el duelo o los trastornos depresivos, estuvieron representados con alta frecuencia en los 5.064 pacientes tratados por MSF. Además, es importante destacar que el estrés propio de este tipo de situaciones de conflicto armado también podría servir de facilitador para la manifestación de otros tipos de trastornos clínicos aparentemente no relacionados con el conflicto y más graves, como por ejemplo, los trastornos psicóticos¹⁴. En el proyecto de MSF en Caquetá, cada paciente podía registrar un máximo de tres diagnósticos de manera no excluyente. El diagnóstico principal es el diagnóstico más importante de cada uno de los pacientes.

Analizados en su conjunto, **los cinco diagnósticos principales más frecuentes¹⁵ entre los pacientes de MSF fueron:** el trastorno adaptativo (18,68%); los problemas de relación y problemas asociados con el abuso o la negligencia (17,55%); la depresión mayor, episodio único (11,3%); el duelo (8,90%); y los trastornos del estado de ánimo (8,29%).

De los cinco diagnósticos más frecuentes se desprende que más del 65% de las personas atendidas no presentan una patología grave o crónica como tal, sino más bien reacciones intensas que implican un sufrimiento psicológico acusado y requieren de un abordaje terapéutico, y que han sido desencadenadas o están estrechamente

14

Cuadro clínico definido por la existencia de comportamiento desorganizado, alucinaciones y delirios.

15

Según las categorías del CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de salud). Ver definiciones en el Anexo 1 (Página 25).

vinculadas a **circunstancias vitales externas devastadoras**. Esto es coherente con el contexto de conflicto armado en el que trabaja MSF y se corresponde con la idea de reacciones normales, aunque intensas, ante circunstancias anormales o extremas, en las que el abordaje es imprescindible tanto en su matiz terapéutico de contención y manejo como en su matiz de prevención de generación de trastornos ya sí graves y crónicos.

“Por eso estoy por aquí [En la Unidad de Atención y Orientación a la población desplazada], pues me dijeron que nos pueden ayudar. Tuve que venir sola porque mi esposo se ha enfermado y mi hijo tiene miedo de salir a la calle. 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. Desplazada en Florencia.

Cuando un grupo armado llegó a su pueblo, oyó como mataban y descuartizaban a unos hombres y luego la obligaron a enterrarlos. Finalmente, tuvo que abandonar su casa y desplazarse a Florencia después de que su hijo recibiera amenazas.

Se destacan también los trastornos del comportamiento y/o las emociones en la infancia con un 5,76% y otros trastornos de la ansiedad con 4,28%. El trastorno por estrés postraumático representa un 1,5% de los diagnósticos y el estrés agudo un 1,38%. Un 10,66% de pacientes consultaron sin trastorno, lo cual ha sido descrito como habitual en el marco de consultas de salud mental dentro de conflictos armados. Es importante remarcar que un paciente sin trastorno no necesariamente está sano.

Lo anterior concuerda con otros estudios colombianos^{16,17} e internacionales¹⁸ sobre el impacto del conflicto armado en la salud de las personas en los que, como en el proyecto objeto de estudio, predominan los trastornos depresivos y de ansiedad, así como los trastornos emocionales y conductuales. También son frecuentes los problemas relacionados con la exposición a todo tipo de violencias, problemas relacionados con abuso o negligencia, y trastornos que afectan a los niños y niñas específicamente.

El análisis de los datos mostró que el trastorno por estrés postraumático fue 3,6 veces más frecuente en aquellas personas expuestas a factores directamente relacionados con el conflicto que en quienes no tuvieron esta exposición. Algo similar ocurrió con el trastorno por estrés agudo que fue 2,6 veces superior en los expuestos frente a los no expuestos. En cuanto al duelo, se presentó con una frecuencia 2,5 veces mayor en las personas expuestas a factores de riesgo directamente relacionados con el conflicto respecto a las que no estuvieron expuestas. Lo mismo ocurrió con el trastorno adaptativo y el trastorno depresivo mayor, episodio único con una frecuencia 1,6 y 1,3 veces más frecuente en los directamente expuestos.

Exploración de asociaciones entre factores de riesgos directamente ligados al conflicto armado y diagnósticos principales. Proyecto salud mental Caquetá, Colombia. 2005 - 2009.

Diagnóstico	Razón de Prevalencia	Intervalo de Confianza	Chi Cuadrado Mantel-Haenszel	Valor de p
Trastorno depresivo mayor, episodio único	1,27	1,09-1,48	9,20	<0,0024181
Trastorno por estrés agudo	2,59	1,55-4,34	14,17	<0,0001672
Trastorno por estrés postraumático	3,60	2,10-6,16	25,14	<0,0000005
Trastorno adaptativo	1,60	1,42-1,80	62,46	<0,0000000
Duelo	2,45	2,02-2,98	88,99	<0,0000000

Fuente: Bases de Datos MSF – España

16

Londoño N, et al. "Salud Mental en Víctimas de la violencia armada en Bojayá (Choco- Colombia)". *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. XXXIV. N° 004. (2005). 493-505

17

Pérez- Olmos, I; Fernández Piñeres, P; Rodado Fuentes, S. "Prevalencia del trastorno por estrés post-traumático por la guerra, en niños de Cundinamarca – Colombia". *Revista Colombiana de Salud Pública*. Vol. 7. N° 3. (2005) Pág. 268-280.

18

Peña, Y; Mena, M; Hidalgo, T; Mena, N; Adan, E. "La guerra como desastre. Sus consecuencias psicológicas". *Interpsiquis*. (2007) http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psiqsocial/28872/?+interactivo (Citado de: 19/11/09)

5.3 Resultados clínicos

El análisis de los registros del programa permitió establecer que de los 5.064 pacientes tratados por MSF, tanto en zona rural como en zona urbana, **el 56% de los casos experimentó mejoría clínica** respecto a sus condiciones de ingreso, de acuerdo con las anotaciones presentes en sus historias clínicas.

Es importante destacar que dada la presencia de distintos grupos armados activos en Caquetá no siempre es posible asegurar la continuidad de la atención en salud mental en la zona rural del departamento. Por este motivo, los equipos de MSF implementaron una estrategia de consulta única para poder mejorar el impacto terapéutico de la atención ya que a menudo, la primera consulta es la única y las posibilidades de volver a ver al mismo paciente son escasas.

Una evaluación formal del **efecto inmediato de la intervención terapéutica de sesión única** llevada a cabo por MSF mostró que ésta **fue útil ante el motivo de consulta en un 94,4%** de los casos, desde la perspectiva del paciente, y en un 92,8% de los casos, desde la perspectiva del psicólogo que trató al paciente. Estas dos percepciones coincidieron en un 86% de los casos.

6 Víctimas del silencio y el estigma. La violencia cultural

Como ya se ha dicho, 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 también contribuyen al deterioro de la salud y la calidad de vida de las personas y las comunidades.

Las víctimas del conflicto colombiano no sólo sufren las consecuencias de la violencia directa, sino también de la violencia indirecta manifestada, entre otras formas, a través del silencio y el estigma de la sociedad que agrava su vulnerabilidad y dificulta su recuperación emocional.

La estigmatización que rodea en Colombia a las víctimas del conflicto las fuerza a guardar silencio sobre su condición y sufrimiento, tanto por el miedo a los diferentes actores armados como por la falta de protección frente a su amenaza, o por la vergüenza de reconocer la situación en la que se encuentran, ya que la sociedad suele culpabilizarlos de su propio sufrimiento y responsabilizarlos de las penosas situaciones de las que han sido víctimas.

“Ahora vivo en un rancho, en un barrio peligroso, por las mañanas vendo plátanos en una carretilla y en las tardes voy a la plaza del mercado a cargar bultos en los camiones. Pero eso no alcanza para tanto gasto. Acá la cosa es muy distinta. Hay gente que lo ve a uno como animal raro, piensan que si somos desplazados es porque algo malo hicimos. Hasta pensarán que nos lo merecemos, pero nunca nos preguntan qué nos hicieron, por qué tuvimos que venirnos.”

Hombre. Desplazado en Florencia.

Tuvo que desplazarse después de presenciar combates entre varios grupos armados en su pueblo. Cuando finalmente un grupo tomó el territorio, fue testigo del asesinato y descuartizamiento de una persona.

“Hace tiempo tuve que irme como desplazada para Bogotá. Nosotros salimos de una vereda cercana a Florencia 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.

Sufrimos mucho en Bogotá. Allá la vida es muy difícil, las personas a uno lo ven como animal raro, pero nos aguantábamos porque no podíamos hacer nada más.”

Mujer. Desplazada en Florencia.

De Bogotá vuelve a moverse a la zona rural para trabajar en el campo, pero por segunda vez la presencia de grupos armados la obligan a desplazarse, esta vez a Florencia.

El análisis de los datos del proyecto de salud mental de Caquetá ilustra lo anterior, pues del total de desplazados por el conflicto que consultaron, un 33% no tenía certificada su condición¹⁹. Uno

19

El Estado es quien decide a quién considera desplazado. El problema es que la complejidad del sistema, el miedo de los solicitantes y los requisitos que impone el Gobierno, que muchas veces no se corresponde a la realidad del conflicto, provoca un subregistro de los desplazados y que muchas personas se queden sin el apoyo gubernamental.

Para registrarse como desplazado, la persona debe realizar una narración de los hechos que motivaron su desplazamiento ante alguna de las entidades estatales estipuladas para ello (personería, defensoría, etc.). Éstas, a su vez, envían la información a Acción Social, entidad dependiente de la Presidencia de la República, que analiza la información y decide si la persona y su grupo familiar son certificados o no como desplazados. Un desplazado certificado podrá recibir ayudas tales como ayuda humanitaria de emergencia y tendrá prioridad en algunos programas estatales como educación, empleo, vivienda, al igual que logrará acceder de forma inmediata y gratuita al sistema de salud. Los desplazados no certificados, porque no cumplen los criterios establecidos por el Estado, deberán recorrer un largo y complicado camino, permaneciendo generalmente durante tiempos prolongados sin cubrimiento en salud, exacerbando aún más la gran vulnerabilidad a la que se ven expuestos en el lugar de llegada.

de los motivos de este subregistro es el miedo que tienen algunos desplazados a hablar públicamente de su situación, y que les obliga a afrontar sin apoyos estatales su desplazamiento.

Las víctimas del conflicto tienen que vivir con las etiquetas que les ponen en sus comunidades de origen o en las comunidades receptoras tras el desplazamiento. Por un lado, se estigmatiza a estas personas relacionándolas con el conflicto: “son guerrilleros”, “colaboradores”, “auxiliadores”, “algo habrán hecho”, etc. Por otro, son vistas como una amenaza o un problema y se las relaciona con la delincuencia o degradación social: “ladrones”, “borrachos”, “nos quitan nuestro trabajo”, etc.

“Durante 13 años hice una finca, tenía muchas especies de animales y cultivaba la tierra. Eran tiempos buenos, pero usted sabe, la maldita guerra llega y todo se trastorna. En el campo no se cierran puertas ni se le niega la entrada a nadie, los grupos armados llegan sin avisar y, sin pedir permiso, se quedan el tiempo que quieren y disponen de todo como si fuera de ellos, luego se van. Como si el diablo les avisara, apenas se va un grupo llega otro y ahí empieza el problema, porque lo acusan a uno de auxiliador. Uno, que cuando le toca hablar lo hace, trata de explicarles que cuál auxiliador si nadie pide permiso y que ellos saben cómo son las vainas, pero aunque lo saben, nada les vale y le dicen que deje todo como está y que tiene que irse. Es el colmo, hasta le preguntan si se quiere morir. Uno en esos momentos recuerda lo que le ha pasado a tantos conocidos, uno sabe que la cosa es en serio y no queda sino irse. No hay manera de que entren en razón y mejor no jugarse la vida.”

Hombre. Desplazado en San Vicente del Caguán, cabecera municipal.

El silencio y el estigma extinguen cualquier posibilidad de reconocimiento social de la condición de víctima provocando que las personas no desarrollen el sentido de pertenencia, ni identidad. No hay integración social y por tanto se complica su adaptación al medio y la superación de los eventos traumáticos que han vivido. Las víctimas del conflicto, principalmente los desplazados, cuando llegan a las ciudades receptoras, viven en condiciones económicas muy precarias que los hacen muy vulnerables. La falta de integración social les dificulta el acceso al trabajo, la vivienda, la educación y la salud, acentuando las pocas garantías que tienen de restablecimiento social, económico y emocional.

7

Víctimas del abandono estatal y la inoperancia institucional.

La violencia estructural

El trato que reciben las víctimas por parte de las instituciones refleja la exclusión que sufren a manos del Estado lo que se evidencia en el subreconocimiento oficial del fenómeno del desplazamiento forzado en Colombia, en la ausencia de oferta de servicios sociales y de salud estatales específicos para las víctimas del conflicto armado y en la pobre asignación del gasto social para estos fines.

7.1 Ausencia de reconocimiento de las víctimas

Existe una negación por parte del Estado colombiano sobre la existencia de las víctimas desde el momento en el que niega la existencia de un conflicto armado, y se prefiere hablar de la presencia de una emergencia compleja o de una lucha antiterrorista.

En consecuencia, a pesar de que el desplazamiento forzado y otras formas de victimización por conflicto armado en Colombia constituyen un problema de enorme magnitud, existe una gran controversia sobre la cuantificación de las cifras, a la vez que una voluntad de justificar y ocultar la problemática.

La ausencia de reconocimiento de un conflicto armado, y de sus víctimas, tiene como consecuencia directa la pobre destinación de gasto social para la atención de esta población, lo cual repercute en la ausencia de sistemas de respuesta estatal apropiados y suficientes.

En el departamento de Caquetá, estas deficiencias se reflejan en el estado de la Unidad de Atención y Orientación²⁰ (UAO), la principal institución responsable de la atención de la población desplazada, donde debe realizarse la declaración, el trámite que permite a los desplazados acceder a las ayudas que brinda el Estado, entre otras, atención sanitaria gratuita. Las deficiencias de esta dependencia estatal se evidencian en varios aspectos cualitativos y cuantitativos tanto en el ámbito de la infraestructura como de los recursos humanos.

En lo referente a la infraestructura, el espacio es escaso, poco privado y está ubicado en un inmueble que no pertenece a la alcaldía, lo cual imposibilita la inversión en mejoras aun cuando han

20

Las Unidades de Atención y Orientación (UAO) fueron creadas a partir de la Ley 387 de 1997 con el objetivo de mejorar la calidad de la atención brindada a la población que se encuentra en situación de desplazamiento, a través de: facilitar el acceso a los servicios estatales locales que brindan atención integral (salud, educación, vivienda, empleo, entre otros); facilitar el acceso a información integral, clara y oportuna; prestar atención personalizada y humanizada. En esta sede de la UAO deberían converger entidades del orden gubernamental como Alcaldía, (quien tiene a cargo su funcionamiento), Acción Social, Personería, Defensoría del Pueblo, Procuraduría. Además acuden esporádicamente entidades como el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). La presencia de representantes de estas instituciones es, en el caso de la UAO de Florencia, muy irregular.

sido ofrecidos recursos para este fin por diferentes ONG. Estas condiciones inadecuadas unidas al perfil del personal, su sobrecarga o simplemente el hecho de que no desempeñen las labores que les corresponden, hacen que la atención que se presta sea revictimizante por la falta de privacidad en la declaración y el sometimiento a condiciones poco dignas durante las largas esperas para acceder al servicio.

“Esto es muy duro. He venido a las tres de la mañana a coger turno para que me den una ficha para declarar pero a las ocho nos dicen que hoy no entregan fichas. Hay que volver a intentarlo dentro de ocho días. Bueno pues tocará, pero es que llevo 20 días intentándolo y nada.

Estoy pasando por algo tremendo. 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 chico sano, no porque sea mi hijo sino porque en verdad lo era, le gustaba hacer trabajo con la comunidad.”

Hombre. Desplazado en Florencia.

Muchas de las personas que acuden hasta la UAO están en situaciones de extrema necesidad por haberse visto obligadas a huir a menudo de forma abrupta, sin tiempo o posibilidades de llevar consigo lo básico para subsistir. Además, en algunos casos, el desplazamiento se vio forzado por amenaza directa en la que se disuadía expresamente al desplazado de denunciar la situación.

Por otro lado, la falta de voluntad política para dar respuesta a las necesidades de las víctimas del conflicto se refleja en la ausencia de servicios de salud adaptados a la realidad de la ciudad de Florencia, el principal punto receptor de población desplazada del departamento.

Para todo el departamento de Caquetá (404.896 habitantes²¹) existe un único servicio estatal de psiquiatría habilitado. El hospital de segundo nivel María Inmaculada en Florencia, cuenta con una unidad de salud mental con un psiquiatra y 20 camas para el ingreso de pacientes agudos hasta su estabilización (máximo 30 días). De esta manera, el servicio se limita a la estabilización de pacientes crónicos psiquiátricos en fase aguda y básicamente la intervención es psicofarmacológica, con alta sin medicación. Más allá de esta atención psiquiátrica hospitalaria, limitada y puntual prestada en el

21

Censo poblacional del Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia, 2005.

hospital María Inmaculada, los servicios de prevención y promoción de la salud mental y la atención psicoterapéutica (más adecuada para el abordaje de las consecuencias psicosociales del conflicto) son inexistentes, poniendo en evidencia cómo las consecuencias del conflicto sobre la salud mental de la población son sistemáticamente ignoradas y desatendidas.

“Me sentía mal hacía tiempo. Cada vez que lograba ir al médico me mandaban pastillas. Pero nada más. Un día que bajé a un pueblito a la orilla del río, fui donde el médico y después de examinarme me dijo que debería buscar ayuda psicológica, que lo mío era más de salud mental. Tuve que hacerme a la idea de que tal vez nunca podría ir al psicólogo pues pagar por una consulta era imposible para mí.”

Mujer. Desplazada en Florencia.

Las entidades estatales suelen argumentar que no es posible ofrecer servicios de salud mental a la población en los territorios afectados directamente por el conflicto armado, porque es imposible llevar hasta allí equipos que los ofrezcan o porque que no existirá aceptación de estos servicios por parte de la población rural poco acostumbrada a la atención psicológica.

Los datos recogidos por MSF en Caquetá permiten afirmar lo contrario, ya que los servicios psicológicos tienen buena aceptación entre la población rural afectada por el conflicto. En el periodo analizado se atendieron 5.064 pacientes. El porcentaje de consultas en las zonas rurales alcanzó casi un 40% del total, mediante clínicas móviles que implicaban el desplazamiento de equipos especializados hasta las zonas de atención cada 5-6 semanas.

Cuando se trata de atención psicológica, la población afectada por el conflicto muestra una reserva lógica a relatar sus vivencias. Este silencio y desconfianza son mecanismos de supervivencia para esta población dentro del clima generalizado de suspicacia que genera al conflicto. No obstante, la experiencia de MSF sobre el terreno ha constatado que la demanda de servicios de salud mental es alta y que se pueden y deben implementar estrategias adaptadas a la complejidad del contexto.

Si a esto le sumamos los resultados obtenidos en el análisis de los registros clínicos, según los cuales un 56% de todos los pacientes tratados por MSF experimentó mejoría clínica respecto a sus condiciones de ingreso, podemos afirmar que es posible desempeñar este trabajo y que, por tanto, se debe impulsar la expansión de experiencias de prestación de servicios de salud mental a poblaciones rurales afectadas por la guerra.

7.2 Legislación contradictoria y gasto insuficiente

La legislación colombiana diseñada para dar respuesta a las necesidades de las víctimas ha sido formulada de forma fragmentada y dispersa, con el agravante que en temas de salud entra muchas veces en contradicción con el marco del sistema general de seguridad social en salud regulado por la Ley 100 de 1993. A modo de ejemplo, muchas de las prestaciones otorgadas por las leyes y autos de la Corte Constitucional para mujeres víctimas de violencia sexual o desplazamiento forzado, no pueden ser brindadas efectivamente por estar excluidas de la Ley 100. Por otra parte, lo legislado resulta difícilmente implementable por la deficiencia en la asignación de los recursos necesarios para ponerlo en práctica.

“Antes no quise reclamar mis derechos como víctima del desplazamiento forzado porque no pensé que fuera importante, pero ahora veo que lo puedo hacer y que como trabajador de la salud tengo garantías que espero me sean dadas. Pero es muy difícil, máxime si se tiene en cuenta que mi desplazamiento fue hace varios años y que la ley pone trabas y fechas límites a estas declaraciones.

Por lo menos ya hice la declaración, pero ha sido muy difícil, porque durante todos estos años no hemos tenido estabilidad. Ahora estamos luchando para que le den el servicio médico a mi hija y la acepten en un hogar de Bienestar Familiar pero esto ha sido complicado porque ella nació meses después del desplazamiento y es casi imposible agregarla en la declaración al núcleo familiar. He tenido que adelantar varios Derechos de Petición [solicitud expresa a un ente de derecho público en interés particular o general] porque las entidades encargadas de recopilar información sobre la población desplazada se niegan a hacerlo y descargan su responsabilidad en los desplazados. Por fortuna tengo conocimiento de esto, pero pienso mucho en aquellas personas campesinas que poco saben leer y les da pena hablar en las entidades. Si lo hacen con personas con un mediano grado de preparación, ¿qué no harán con ellos?

Ahora adelanto una Acción de Tutela [solicitud ante un juez para la protección de un derecho fundamental] porque le están negando una cirugía en el hospital a mi hijo. Cada vez que vamos nos dicen algo nuevo, que falta un examen, que el médico no está, que hay que pagar, que hay que ir a determinada oficina, que no hay contrato con el cirujano... En fin, inventan cualquier pretexto con el fin de que la persona se canse y no vuelva. Sé que le están violando el derecho a la salud, por eso lo hago.”

Hombre. Desplazado en Florencia.

En el campo de la salud mental la situación es especialmente crítica ya que durante años ha sido relegada, como puede evidenciarse en la escasez de intervenciones propias de salud mental incluidas en la Ley 100. Ésta pone el énfasis en la atención aguda de patología crónica y deja de lado acciones específicas para atender las necesidades psicosociales de una población sometida a un conflicto armado. Éste es el caso, por ejemplo, de esta mujer de 52 años que debe abandonar su casa por las amenazas de un grupo armado.

“Tal vez por tanta angustia de sentirse uno perseguido como un animal, de saber que lo perdió todo hasta la ropa y pensando que en cualquier momento lo encuentran, me enfermó. Mi sobrino buscó que me atendiera el médico pero él no me encontraba nada, me decía: ‘Pero *mija*, usted no tiene nada váyase y descanse’. Y yo sin poderle decir el problema que tenía. Con razón me sentía tan mal ¿cierto?”

Mujer de 52 años. Desplazada en Florencia.

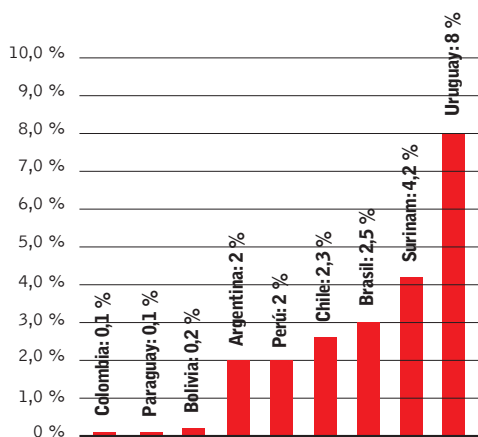
La normativa vigente es clara al excluir el tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada, salvo la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad y sólo durante la fase inicial. Se entiende por fase crítica o inicial aquella que se puede prolongar máximo hasta los 30 días de evolución.

En el caso específico del departamento del Caquetá, los desarrollos prácticos de las políticas de salud mental cumplen con todos los problemas enunciados arriba y no logran brindar un soporte emocional real durante una crisis en el ámbito individual y mucho menos en el ámbito relacional.

En un comparativo regional llama la atención que el único país de los estudiados que tiene un conflicto armado activo es el que destina menos presupuesto a salud mental.

En consecuencia la capacidad del departamento de Caquetá para responder a las necesidades de la población en lo que a salud mental se refiere, como ya se ha comentado en este informe, es definitivamente insuficiente debido a una base legal pobre, a una aplicación deficiente de las políticas nacionales y a una escasez de voluntad, fondos y personal cualificado.

Porcentaje del presupuesto de salud empleado en salud mental en países de Suramérica 2005*



*

Asociación Colombiana de Psiquiatría. Comité de Políticas. *Política Nacional del Campo de la salud mental: Fuerza impulsora del desarrollo del país y de la garantía de derechos*. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de la Salud Pública. Diciembre de 2007. Pág. 26. <http://www.psiquiatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/politicanacionaldesaludmental.pdf>

8

Conclusiones

Médicos Sin Fronteras es testigo directo del impacto que el conflicto armado tiene en la salud mental de la población del departamento de Caquetá. En base a su experiencia sobre el terreno, MSF ha llegado a las siguientes conclusiones:

- El perfil epidemiológico²² de los pacientes tratados en el proyecto de salud mental de MSF en Caquetá, construido en base a sus diagnósticos, es el típico de los países sometidos a un conflicto armado.
- Los pacientes tratados por MSF expuestos directamente a factores de riesgo relacionados con el conflicto armado fueron más proclives que el resto de pacientes a presentar diagnósticos propios de contextos de guerra, como por ejemplo, depresión, trastornos de ansiedad o duelo.
- **El 49,2% de los pacientes atendidos en el proyecto son personas afectadas directamente por el conflicto.** La población restante tampoco está excluida de los efectos negativos del conflicto armado sobre su salud mental.
- El conflicto armado colombiano no solamente constituye en sí mismo un factor de riesgo para la salud mental de las personas expuestas, sino que además genera condiciones en las cuales emergen otros factores de riesgo que adicionalmente contribuyen al deterioro de la salud y la calidad de vida de las personas y las comunidades.
- En contextos de conflicto armado como el caso colombiano **no es posible desvincular la violencia estructural y cultural de la violencia bélica directa**, ya que estas diferentes manifestaciones de violencia se retroalimentan y están interconectadas entre sí.

Todo lo anterior evidencia la gran necesidad de servicios especializados en salud mental para la población expuesta al conflicto armado, ya sea de forma directa o indirecta. A partir del trabajo realizado, MSF constata que:

- Es posible acceder y brindar servicios de salud mental de calidad y de forma efectiva a la población afectada por el conflicto.
- Independientemente de que se pueda asegurar la continuidad de la prestación de los servicios terapéuticos por razones de acceso vinculadas al conflicto armado, hay evidencia de su efecto positivo sobre la salud mental de las personas.
- La alta demanda de servicios de salud mental experimentada en el proyecto, tanto de población afectada por el conflicto como de personas vulnerables, **refleja la necesidad de este tipo de atención que no está siendo cubierta por las instituciones públicas en la zona.**

Se hace evidente la **necesidad de ofertar servicios de salud mental accesibles y apropiados a las condiciones y necesidades presentes en una población sometida a los rigores del conflicto armado.**

22

El perfil epidemiológico es el conjunto de condiciones y modos de vida de un grupo de población que conllevan una serie de diagnósticos que en su conjunto establecen de qué puede morir o enfermar la gente de una zona.

Anexo 1: Definiciones de los cinco diagnósticos principales más frecuentes. (Según el CIE-10)

Trastorno adaptativo. Trastorno que se caracteriza por la aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable que tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante. Clínicamente, se expresa mediante un malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante y un deterioro significativo de la actividad social o laboral.

Problemas de relación, y problemas relacionados con el abuso o la negligencia. Los problemas de relación incluyen patrones de interacción entre miembros de una unidad relacional, asociados a un deterioro clínicamente significativo de la actividad, a síntomas de uno o más miembros de una unidad relacional, o al deterioro de la unidad relacional misma. Estos problemas pueden exacerbar o complicar el tratamiento de un trastorno mental o de una enfermedad física en uno o más miembros de la unidad relacional; pueden ser el resultado de un trastorno mental o de una enfermedad médica; pueden ser independientes de otros trastornos presentes o pueden aparecer en ausencia de cualquier otro trastorno.

En problemas relacionados con el abuso y la negligencia se incluyen categorías que se utilizan cuando el objeto de atención clínica es un maltrato grave de una persona por otra utilizando el abuso físico, el abuso sexual o la negligencia, tanto del adulto como del niño.

Depresión mayor, episodio único. Trastorno caracterizado por la presencia durante al menos dos semanas, de como mínimo cinco de los siguientes síntomas: estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días; anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales; disminución o aumento del peso o del apetito; dificultades para descansar, porque se duerme más o menos de lo habitual; enlentecimiento o agitación psicomotriz; sensación de debilidad física; sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa; disminución de la capacidad intelectual; pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Lo anterior, en ausencia de criterios para trastornos afectivos mixtos, trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos. El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente. Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica. No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

Duelo. El duelo normal se inicia ante la muerte de un ser querido, de forma inmediata o al cabo de unos meses. Sus signos y síntomas habituales son: tristeza, recuerdos persistentes de la persona fallecida, llanto fácil, irritabilidad, alteraciones del sueño y dificultad para concentrarse. Normalmente, su duración no es superior a seis

meses, pero varía de persona a persona. En algunas ocasiones, un duelo normal puede acabar provocando un trastorno depresivo mayor.

La CIE-10 clasifica como trastornos adaptativos a aquellas reacciones de duelo que presentan manifestaciones diferentes de lo habitual en cuanto a su duración, intensidad o contenido; los demás los clasifica como duelos normales.

Trastornos del estado de ánimo. La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia, que suele acompañarse de un cambio del nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar relacionado con acontecimientos o situaciones estresantes.

Anexo 2: Tabla de diagnósticos

Diagnósticos principales en el proyecto de salud mental de Caquetá, Colombia. 2005 – 2009.

Tipo de diagnóstico	Principal (n)	%
Trastorno depresivo mayor, episodio único	574	11,33
Trastorno depresivo mayor recidivante	50	1,00
Trastorno bipolar	48	0,94
Otros trastornos del estado de ánimo	420	8,29
Trastorno por estrés agudo	70	1,38
Trastorno por estrés postraumático	76	1,50
Trastorno de pánico (angustia) con y sin agorafobia	15	0,29
Otros trastornos de la ansiedad	217	4,28
Trastorno adaptativo	946	18,70
Trastornos somatomorfos	16	0,31
Trastornos disociativos	1	0,01
Trastorno ficticio	0	0,0
Trastornos del comportamiento y/o las emociones en la infancia	292	5,80
Trastornos sectoriales del desarrollo	95	1,87
Trastornos generalizados del desarrollo	2	0,03
Trastornos de ansiedad en la infancia	30	0,60
Retraso mental	89	1,75
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	47	0,92
Trastornos mentales orgánicos	33	0,65
Trastornos relacionados con sustancias	29	0,57
Trastornos sexuales, de la identidad y parafilias	19	0,37
Trastornos de la conducta alimentaria	3	0,05
Trastornos del sueño	12	0,23
Trastornos de la personalidad	5	0,10
Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados	8	0,15
Trastornos inducidos por medicamentos	3	0,05
Duelo	451	8,90
Problemas de relación, y problemas relacionados con el abuso o la negligencia	889	17,60
Planeación/gesto e intento suicida	4	0,07
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	35	0,70
Trastorno mental no especificado	25	0,50
Otros trastornos (ej: enfermedades médicas del Eje III)	20	0,40
Pacientes que consultan sin trastorno	540	10,66
Total	5.064	100 ,00%

Fuente: Bases de Datos MSF – España