

Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia)¹

**Nora H. Londoño², Oscar Muñiz³, Jorge Enrique Correa⁴,
Carlos D. Patiño⁵, Gerardo Jaramillo⁶, Juliana Raigoza⁷,
Laura Toro⁸, Diego A. Restrepo⁹, Carlos Rojas¹⁰**

Resumen

Objetivo: Establecer el estado de salud mental de las víctimas de la violencia armada en Bojayá. *Método:* Descripción de trastornos mentales asociados con la experiencia vivida el 2 de mayo de 2002 en Bojayá, donde en un enfrentamiento armado murieron 119 personas y 98 resultaron heridas. Estudio de tipo analítico de casos y controles. Muestra no aleatoria de 40 civiles adultos, promedio de 35 años; 21 permanecían desplazados en Quibdó (Chocó) y 19 retornaron a Bojayá. Grupo casos conformado por 15 personas expuestas con trastorno de estrés posttraumático (TEPT), y grupo control con 25 sin TEPT. Se empleó la *mini international neuropsychiatric interview* (MINI) un año después de los hechos. *Resultados:* 37% de los participantes presentó TEPT (todos retornaron a Bojayá). Los trastornos que mostraron mayor asociación con el TEPT (grupo casos) fueron la fobia social ($p=0,001$, RD 26,29) y trastornos por angustia (TA): TA actual ($p=0,008$, RD 15,33), TA alguna vez ($p=0,019$, RD 8,25) y agorafobia sin historia de angustia ($p=0,024$, RD 11,50). Sin diferencias significativas entre los grupos, el porcentaje fue alto en depresión mayor (DM) (37% casos y 38% controles), riesgo de suicidio (37% y 62%, respectivamente), trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (47% y 38%, respectivamente). *Conclusiones:* Son frecuentes el TEPT, el TAG, el DM y el riesgo suicidio en las víctimas de violencia armada. Los trastornos por angustia y la fobia social pueden considerarse factores de riesgo al TEPT.

Palabras clave: trastorno depresivo, trastorno de la personalidad.

Title: Mental Health Among Victims of the Armed Conflict in Bojayá (Chocó, Colombia)

.....
¹ Los autores pertenecen al Grupo de investigación Estudios Clínicos y Sociales en Psicología (Universidad de San Buenaventura) y al Grupo de Investigaciones en Psicología (Universidad Pontificia Bolivariana).

² Psicóloga, magistra, Universidad de San Buenaventura.

³ Psicólogo, especialista, Universidad Pontificia Bolivariana.

⁴ Psicólogo, especialista, Universidad de San Buenaventura.

⁵ Sociólogo, magister, Universidad de San Buenaventura.

⁶ Estudiante de Psicología, Universidad de San Buenaventura.

⁷ Psicóloga, Universidad de San Buenaventura.

⁸ Psicóloga, Universidad de San Buenaventura.

⁹ Psicólogo, candidato a magister, Universidad de San Buenaventura.

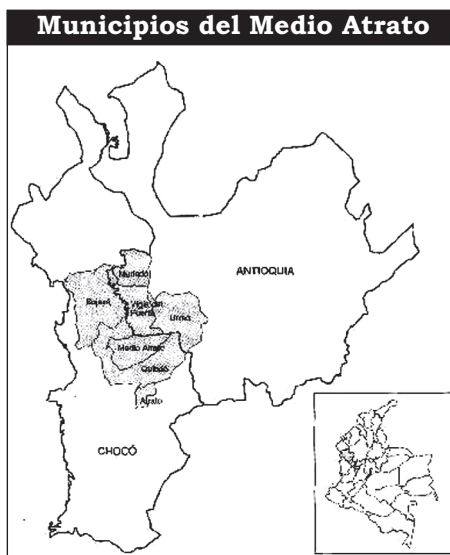
¹⁰ Psicólogo, Universidad de San Buenaventura.

Abstract

Purpose: To describe the mental health status of victims of an armed combat in the state of Chocó (Colombia). **Method:** A description of the mental disorders associated with a traumatic experience lived on May 2nd 2002 (Bojayá township- Colombia), as a consequence of an armed confrontation, resulting in 119 persons dead and 98 injured. Analytic level methodology, with case control design, was used. A non random sample of 40 civilian adults, mean age 35 years, was studied. Of these, 19 persons returned to their place of origin and 21 persons remained in Quibdó (state capital) were evaluated. The case group consisted of a total of 15 persons with Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) and the control group included 25 persons without PTSD diagnosis. The instrument used for evaluation was the structured interview protocol M.I.N.I applied one year after the tragic event. **Results:** Disorders that showed greater association with PTSD were: Social Phobia ($p=0.001$, OR 26.29), Actual Panic Disorder ($p=0.008$, OR 15.33), Occasional Panic Disorder ($p=0.019$, OR 8.25), and Agoraphobia without Panic History ($p=0.024$, OR=11.50). The prevalence of was high for the following disorders, without significant differences between groups: Major Depression (MD) (37% cases and 38% controls), Suicide Risk (37% y 62% respectively), Generalised Anxiety Disorder (GAD) (47% and 38% respectively). **Conclusions:** Victims of armed violence who suffer PTSD are at high risk of presenting other anxiety disorders such as social phobias, GAD, and panic attacks.

Key words: Depressive disorder, personality disorders.

Chocó es uno de los departamentos del oeste de Colombia, con una superficie de 46.530 kilómetros cuadrados, con costas en el océano



FUENTE: Base Cartográfica del DANE. Modelamiento Red de Solidaridad Social.

Pacífico y en el mar Caribe. Tiene 365.782 habitantes, su capital es Quibdó y la mayoría de la población civil está conformada por comunidades afrodescendientes e indígenas (1,2).

Desde 1997 el desplazamiento forzado de muchas de las comunidades del Chocó ha sido una de las consecuencias del recrudecimiento y la degradación del conflicto armado en Colombia (3). Uno de los hechos más significativos en este contexto fue el ocurrido el 2 de mayo de 2002 en Bellavista, municipio de Bojayá, cuando un grupo guerrillero lanzó cilindros de gas para atacar a un grupo de paramilitares que estaba resguardado cerca de un templo católico. Uno de los cilindros disparados cayó en ese templo, don-

de alrededor de 300 civiles estaban refugiados. Se ocasionó una masacre: fallecieron 119 personas, 98 resultaron heridas y la hubo grandes pérdidas en infraestructura. La población sufrió un desplazamiento masivo, algunas familias retornaron posteriormente y otros permanecieron como desplazados en municipios ribereños del río Atrato. En la Comuna 1 de la ciudad de Quibdó, gran parte de su población es desplazada de estos municipios, víctimas de éste o de otros hechos ocurridos en el Chocó.

A través de este estudio se buscó establecer el estado de salud mental de las personas víctimas de la violencia armada en el Chocó. A un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, le sigue la aparición de síntomas como temor, desesperanza y horrores intensos que hacen parte de trastorno por estrés postraumático (TEPT).

La reexperimentación persistente del acontecimiento traumático, la evitación de los estímulos asociados a él, el embotamiento de la capacidad de respuesta y los síntomas persistentes de activación (*arousal*) son manifestaciones del TEPT. El cuadro completo está presente durante más de un mes y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los acontecimientos traumáticos pueden ser

reexperimentados de distintas maneras: a través de recuerdos recurrentes e intrusivos, pesadillas o estados disociativos de *flashbacks* donde se reviven aspectos del suceso y la persona se comporta como si en ese momento se encontrara en él. Los individuos con TEPT tienen mayor riesgo de presentar, a su vez, trastornos de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno afectivo bipolar, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno relacionado con sustancias, los cuales pueden preceder, seguir o coincidir con el inicio del TEPT (4,5).

En un estudio realizado en Colombia con 222 personas víctimas de la violencia armada en el municipio de San Joaquín (Santander), 76 personas (37,6%) resultaron positivas para el TEPT. Si bien en esta población no hubo muertos ni heridos, el pueblo quedó semidestruido y los habitantes presentaron perturbaciones emocionales agudas (6). Las víctimas de violencia tienen un mayor riesgo de desarrollar graves problemas de salud mental (7,8). En el estudio realizado por Kagee (9) sobre los asuntos concernientes a la violación de los derechos humanos en Sudáfrica, se investigó en 20 personas sobre las consecuencias psicológicas de las torturas físicas recibidas por razones políticas: el TEPT fue la consecuencia mayor de estas vivencias.

Se consideró relevante la información sobre los trastornos comórbiles al TEPT, dado que la asociación entre varios trastornos puede indicar la complejidad de un caso clínico, aportar a la planeación de la terapia y prever la resistencia al cambio y las recaídas.

Método

La metodología empleada fue del tipo analítico, estudio de casos y controles. Se realizó una clasificación de los participantes en dos grupos según el diagnóstico de TEPT y se analizaron los trastornos asociados o comórbiles.

Participantes

La población de estudio hace referencia a las personas víctimas de violencia armada en Chocó (Co-

lombia), muestra no aleatoria, conformada por 40 adultos (28 mujeres y 12 hombres) que estuvieron presentes en el hecho ocurrido el 2 de mayo de 2002 en Bellavista (municipio de Bojayá), cuando se lanzó un cilindro de gas al templo católico, o víctimas de algún o algunos hechos similares que han ocurrido en el Chocó. Las entrevistas se realizaron un año después de la tragedia. Todos los participantes sufrieron el desplazamiento masivo, 19 habían retornado posteriormente a Bojayá (10 mujeres y 9 hombres) y 21 permanecían como desplazados en la Comuna 1 de Quibdó (18 mujeres y 3 hombres). El *grupo casos* estuvo conformado por personas expuestas con TEPT (8 mujeres y 7 hombres) y el *grupo control* por expuestos sin TEPT (20 mujeres y 5 hombres). La edad promedio de los participantes fue 35 años, con desviación estándar de 13, rango de edad 18-72.

Tabla 1. Estadísticas descriptivas, variables demográficas

Variable	Valor	Expuestos con TEPT n = 15 (37%)				Expuestos sin TEPT n = 25 (63%)			
		n	%	Media	D. E.	n	%	Media	D. E.
Edad	16 a 25	9	60	26,5	10	2	8	40,4	12,4
	26 a 35	2	13,3			8	32		
	36 a 45	4	26,7			9	36		
	46 a 55					2	8		
	56 o más					4	16		
Sexo	Femenino	8	53,3	-	-	20	80	-	-
	Masculino	7	46,7			5	20		

D. E.: desviación estándar.
n: frecuencia.

Variables

Para establecer el estado de salud mental se consideró como variable criterio el diagnóstico de TEPT y como variables de análisis los siguientes trastornos: episodio depresivo mayor, episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos, trastorno distímico, riesgo de suicidio, episodio hipomaniaco, trastornos de angustia, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, abuso y dependencia de sustancias alcohólicas, trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas, trastornos psicóticos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos antisociales de la personalidad.

Instrumento

Se realizó la exploración del estado de salud mental a través de la MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) (1), entrevista estructurada de breve duración que evalúa los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y el CIE-10. La MINI está dividida en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos) se presenta, en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de

cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

Procedimiento

Dos estudiantes de psicología que realizaban sus prácticas profesionales y su trabajo de grado en cada una de las localidades recibieron entrenamiento bajo tutoría directa en la aplicación de la prueba MINI. Realizaron la prueba piloto en abril de 2003, casi al año de la tragedia. Entre mayo y julio del mismo año, cada uno de los practicantes realizó la entrevista a personas adultas que tenían contacto con los centros asistenciales. Después de la aceptación voluntaria como participantes, firmaron el consentimiento informado y se les realizó la entrevista estructurada de salud mental.

Análisis estadístico

Se calculó la frecuencia de cada uno de los trastornos analizados y su respectivo porcentaje. Se compararon los casos con los controles según los trastornos asociados, utilizando la prueba chi cuadrado (χ^2) de independencia o el test exacto de Fisher al encontrar frecuencias esperadas menores que 5 y se calculó la razón de disparidad (RD) con su respectivo intervalo de confianza del 95% para calcular el riesgo indirecto. Valores p

inferiores a 0,05 se consideraron estadísticamente significativos. Los datos fueron procesados a través de la herramienta estadística SPSS 13.0.

Resultados

El estado de salud mental de las personas víctimas de la violencia armada en el Chocó (Colombia) se

caracterizó por la presencia de síntomas de ansiedad y de trastornos del estado de ánimo. De las 40 personas víctimas de la violencia armada, 15 (37%) presentaron TEPT, todos pertenecientes al grupo de personas que retornaron a vivir a Bojayá (79%). Ninguna de las personas evaluadas de la Comuna 1 de Quibdó que permanecían como desplazados reportó TEPT.

Tabla 2. Estado de la salud mental de las personas víctimas de la violencia armada en Chocó (Colombia), análisis de frecuencia según la localidad

Trastorno	Localidad		Muestra total n = 40
	Bojayá n= 19	Quibdó n= 21	
	n (porcentaje)	n (porcentaje)	n (porcentaje)
Trastorno por estrés postraumático	15 (79%)		15 (37%)
Depresión mayor actual	7 (37%)	8 (38%)	15 (37%)
Depresión mayor pasada	3 (16%)	5 (24%)	8 (20%)
Depresión mayor con melancolía	5 (26%)	4 (19%)	9 (22%)
Distimia	3 (16%)		3 (8%)
Riesgo de suicidio	7 (37%)	13 (62%)	18 (45%)
Hipomanía actual	1 (3%)		1 (3%)
Hipomanía pasada	1 (6%)	2 (10%)	3 (8%)
Trastorno de angustia alguna vez	8 (42%)		8 (20%)
Crisis de angustia alguna vez	6 (31%)	3 (14%)	9 (23%)
Trastorno de angustia actual	7 (37%)		7 (18%)
Episodio de angustia sin agorafobia	2 (11%)		2 (5%)
Episodio de angustia con agorafobia	4 (21%)		4 (10%)
Agorafobia sin historia de angustia	5 (26%)	1 (5%)	6 (15%)
Fobia social	9 (47%)		9 (23%)
Alcoholismos	2 (11%)	1 (5%)	3 (8%)
Psicosis actual		3 (14%)	3 (8%)
Psicosis pasada		5 (24%)	5 (13%)
Trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos		2 (10%)	2 (5%)
Trastorno de ansiedad generalizada	9 (47%)	8 (38%)	17 (43%)

n: frecuencia.

El riesgo de suicidio —reportado en los indicadores primarios de querer estar muerto, querer hacer-

se daño y haber pensado en el suicidio— se presentó en el 45% de las personas evaluadas, sin diferencias

significativas entre los grupos, con un porcentaje más elevado en las personas que permanecían desplazadas en Quibdó (62%), aunque no menos significativo en las personas que retornaron a Bojayá (37%). Se presentó con mayor porcentaje en

las mujeres que en los hombres (57% y 33%, respectivamente) con un porcentaje muy similar entre las personas expuestas que desarrollaron TEPT y las expuestas que no desarrollaron el trastorno (47% y 46%, respectivamente).

Tabla 3. Estado de la salud mental de las personas víctimas de la violencia armada en Chocó (Colombia), análisis de frecuencia según el sexo

Trastorno	Sexo		Muestra total n = 40
	Mujer n= 28	Hombre n= 12	
	n (porcentaje)	n (porcentaje)	n (porcentaje)
Trastorno por estrés postraumático	8 (29%)	7 (58%)	15 (37%)
Depresión mayor actual	11 (39%)	4 (33%)	15 (37%)
Depresión mayor pasada	5 (18%)	3 (25%)	8 (20%)
Depresión mayor con melancolía	6 (21%)	3 (25%)	9 (22%)
Distimia		3 (25%)	3 (8%)
Riesgo de suicidio	16 (57%)	4 (33%)	20 (50%)
Trastorno de angustia alguna vez	4 (14%)	4 (33%)	8 (20%)
Crisis de angustia alguna vez	7 (25%)	2 (17%)	9 (22%)
Trastorno de angustia actual	4 (14%)	3 (25%)	7 (18%)
Episodio de angustia con agorafobia	4 (14%)		4 (10%)
Agorafobia sin historia de angustia	5 (18%)	1 (8%)	6 (15%)
Fobia social	4 (14%)	5 (42%)	9 (22%)
Psicosis pasada	4 (14%)	1 (8%)	5 (13%)
Trastorno de ansiedad generalizada	11 (39%)	6 (50%)	17 (43%)

n: frecuencia.

La depresión mayor actual, representada por los indicadores primarios de estado de ánimo depresivo y desinterés general por todas o casi todas las actividades, estuvo representada en el 38% de la muestra, con porcentajes muy similares entre las dos localidades de estudio, entre los sexos y entre los grupos con TEPT y sin TEPT: Bojayá, 37%; Quibdó, 38%; mujeres, 39%; hombres, 33%; con TEPT, 40%; sin TEPT 37%.

El trastorno de ansiedad generalizada, representado por los indicadores primarios de preocupación y ansiedad excesiva durante el día sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, se presentó en un 43% de la muestra. El porcentaje mayor fue alcanzado en las personas expuestas con TEPT (60%), las cuales retornaron al municipio de Bojayá (47%), aunque el porcentaje sigue siendo alto en las perso-

nas que permanecieron en condición de desplazados (Comuna 1 de Quibdó, 38%) y en quienes no presentaron TEPT (33%). Los hombres alcanzaron un mayor porcentaje (50% hombres y 39% mujeres).

En la Tabla 4 puede apreciarse la no asociación de los trastornos con el TEPT según los intervalos de confianza (IC). Sin embargo, debe considerarse que el tamaño de muestra tan pequeño pueden influir en que estos IC no sean precisos

(son muy amplios). Al analizar las diferencias significativas entre los grupos y la RD, se identificaron cuatro trastornos de ansiedad con un valor $p < 0,05$ y $OR > 1$. Tres hacen parte de la categoría trastornos de angustia (TA): TA actual ($p = 0,008$, RD 15,33), TA alguna vez ($p = 0,019$, RD 8,25), y agorafobia sin historia de angustia ($p = 0,024$, RD=11,50), además de la fobia social ($p = 0,001$, RD 26,29). Estos trastornos se presentaron con mayor frecuencia entre las personas que desarrollaron

Tabla 4. Estado de la salud mental de las personas víctimas de la violencia armada en Chocó (Colombia), análisis de frecuencia, riesgos relativos indirectos e intervalos de confianza según el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (TEPT)

Trastorno	Diagnóstico		X ² (gl=1)	Valor p	RD (IC95%)
	Con TEPT	Sin TEPT			
	n= 15 n (%)	n= 25 n (%)			
Depresión mayor actual	6 (40%)	9 (37%)	0,024	0,876	1,11 (0,30-4,17)
Depresión mayor pasada	3 (20%)	5 (20%)	F	0,640	0,95 (0,19-4,72)
Depresión mayor con melancolía	5 (33%)	4 (17%)	F	0,208	2,50 (0,55-11,41)
Distimia	2 (13%)	1 (4%)	F	0,326	3,54 (0,29-42,90)
Riesgo de suicidio	7 (47%)	11 (46%)	0,354	0,552	0,67 (0,18-2,49)
Trastorno de angustia alguna vez	1 (7%)	2 (8%)	F	0,019	8,25 (1,37-49,57)
Crisis de angustia alguna vez	5 (33%)	4 (17%)	F	0,208	2,50 (0,55-11,41)
Trastorno de angustia actual	6 (40%)	1 (4%)	F	0,008	15,33(1,61-145,90)
Episodio de angustia con agorafobia	4 (27%)			-	-
Agorafobia sin historia de angustia	5 (33%)	1 (4%)	F	0,024	11,50(1,19-111,51)
Fobia social	8 (53%)	1 (4%)	F	0,001	26,29 (2,79-248,01)
Alcoholismos	2 (13%)	1 (4%)	F	0,340	3,39 (0,28-41,09)
Psicosis actual		3 (13%)	-	-	-
Psicosis pasada		5 (21%)	-	-	-
Trastorno de ansiedad generalizada	9 (60%)	8 (33%)	2,670	0,102	3,0 (0,79-11,42)

RD: razón de disparidad.

IC: intervalo de confianza.

F: se utilizó el test exacto de Fisher por encontrar frecuencias esperadas <5.

TEPT y pueden considerarse como factores de riesgos.

No se reportó ningún caso de trastorno obsesivo compulsivo, abuso o dependencia de droga, anorexia, bulimia y trastorno de la personalidad antisocial. Una o dos personas reportaron hipomanía pasada, manía pasada, episodio de angustia sin agorafobia o trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos.

Discusión

La guerra constituye un acontecimiento de extraordinaria intensidad, repentino, dramático, imprevisible y fuera del control personal, ya que puede llevar al desarraigo personal, la pérdida, la separación, la desintegración familiar, el sufrimiento mental y físico y el cambio social sustancial. Las personas que han vivido sometidas a los rigores de la guerra sufren trastornos emocionales que reflejan la dificultad del ser humano por adaptarse a la violencia. Las víctimas de la violencia tienen un mayor riesgo de desarrollar graves problemas de salud mental (7,8).

Las personas víctimas de la violencia armada en el Chocó, ante la exposición de acontecimientos estresantes y extremadamente traumáticos, como el vivido el 2 de mayo de 2002, tienen una gran probabilidad de presentar desajustes en el estado de salud mental, manifiestos en sín-

tomas de ansiedad y depresión. La reexperimentación persistente del acontecimiento traumático, la evitación de los estímulos asociados a él, el embotamiento de la capacidad de respuesta y los síntomas persistentes de activación (*arousal*) son manifestaciones del TEPT presente en la mayoría de las personas que retornaron al lugar después de la tragedia.

El cuadro sintomático presente aun después de un año de la exposición al evento provoca malestar clínicamente significativo en las víctimas, con deterioro social y laboral. Los acontecimientos traumáticos son reexperimentados de distintas maneras, a través de recuerdos recurrentes e intrusivos, pesadillas o estados disociativos de *flashbacks* donde se reviven aspectos del suceso y la persona se comporta como si en ese momento se encontrara en él. El retornar al lugar en el cual la población ha sido confrontada violentamente y donde las condiciones de seguridad personal aun no se logran incrementa la probabilidad de reactivar estos síntomas.

De 40 personas evaluadas de Bellavista (municipio de Bojayá) y la Comuna 1 de Quibdó, 15 (37%) presentaron TEPT. Estos resultados sorprenden por su similitud en otra población civil de Colombia que de manera similar enfrentó los rigores de la guerra el 6 de agosto de 1999. De 202 personas evaluadas en el municipio de San Joaquín (Santander),

76 personas (37,6%) resultaron positivas para el TEPT (6). El TEPT se presenta de manera más persistente en aquellas personas que habiendo vivido un episodio traumático tienen que desplazarse y luego retornar al lugar sin las condiciones de seguridad requeridas para la supervivencia. En el lugar de la tragedia aún no disminuyen las condiciones de riesgo para la población civil:

Como lo sabe el mundo entero, después del crimen de guerra cometido en Bellavista-Bojayá, el pasado 2 de mayo de 2002, las comunidades afrodescendientes e indígenas no hemos podido recuperar un mínimo de estabilidad en nuestra economía y en nuestro espíritu. Un hecho que demuestra esta situación es el desplazamiento forzado que padecen las cinco comunidades indígenas de Hoja Blanca, Unión Cuití, Playita, Egoroquera y Unión Baquiza, conformadas por 1.225 personas desde el mes de marzo de 2004. (10)

En la muestra estudiada, las personas presentaron, además del TEPT, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada y riesgo de suicidio. Frente a la relación que propone la American Psychiatric Association (APA) entre el TEPT y otros trastornos, las personas expuestas que desarrollaron TEPT presentaron trastornos de angustia y fobia social. Estos son citados en el manual diagnóstico de la APA como trastornos que pueden

preceder, seguir o coincidir con el TEPT.

Puede considerarse que el trastorno de angustia precede al TEPT, de acuerdo con los datos estadísticos reportados en la categoría *trastorno de angustia alguna vez*. La categoría *agorafobia sin historia de angustia* coloca al TEPT en condición de sucederle o coincidir en su inicio. En relación con la fobia social, conceptualmente ésta puede estar más relacionada como evento antecedente, dado que el episodio traumático pone en riesgo la vida del individuo y no su valoración personal.

Las condiciones sociales en las cuales los riesgos reales persisten después de un evento traumático y ponen en riesgo la seguridad del individuo y su supervivencia, contribuyen al mantenimiento del TEPT y de otras alteraciones del estado mental. En las poblaciones de Bellavista y la Comuna 1 de Quibdó, los eventos son alarmantes, con claras perturbaciones emocionales.

Los trastornos por angustia y la fobia social se convierten en los trastornos de mayor asociación con el TEPT, en condiciones en las cuales los riesgos reales persisten con riesgo para la seguridad del individuo y su supervivencia. Para quienes volvieron a sus terrenos y el lugar sigue siendo amenazante, dados los continuos enfrentamientos armados, se mantienen los síntomas postrau-

máticos ante los estresores de amenazas reales que refuerzan sus temores, mucho más en quienes presentan vulnerabilidad biológica y psicológica a la ansiedad.

El apoyo social es limitado para quienes manifiestan ansiedad social; así, se reducen los contactos con las demás personas donde se puede favorecer la expresión emocional, el apoyo afectivo y la disponibilidad de recursos profesionales y económicos. Si no se disponen condiciones, recursos y estrategias de afrontamiento apropiados, se dificulta la adaptación. En los modelos psicopatológicos multicausales, la vulnerabilidad biológica y psicológica predisponen la aparición de los trastornos mentales. Las condiciones sociales y los estresores medioambientales tienen gran influencia en la precipitación y mantenimiento de la sintomatología.

Experimentar un evento traumático genera implicaciones emocionales que afectan el estado de ánimo del individuo y el interés por todas o casi todas las actividades que realiza, con lo cual se genera una significativa preocupación y ansiedad con el paso de los días. Los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo se presentan de una manera similar entre los expuestos, desarrollen o no TEPT. La conducta suicida, el TEPT y los trastornos del estado de ánimo son los que refiere de manera más consistente la literatura médica.

El desplazamiento es una situación de crisis expresada en desorganización emocional, intranquilidad, ansiedad, desesperanza, tristeza y depresión. Dichas alteraciones emocionales se traducen en comportamientos observables, como agresividad, retraimiento, aislamiento social y alteraciones en el sueño, en la conducta alimenticia y somáticas, como dolores de cabeza y musculares (11).

El estrés vital se ha relacionado con la conducta suicida; por ejemplo, Cohen-Sanler *et al.* (12) encontraron que niños y adolescentes que realizaron un intento de suicidio habían experimentado niveles de estrés significativamente mayores durante los doce meses anteriores a la hospitalización, en comparación con los niños deprimidos o con otro tipo de patología, pero que no habían intentado poner fin a su vida.

Las personas que permanecían como desplazadas de la Comuna 1 de Quibdó no presentaron TEPT al año de la tragedia. Sin embargo, los síntomas se reflejan en preocupaciones, estados depresivos e ideación suicida. Quienes permanecen en condición de desplazados deben enfrentar los problemas relacionados con la imposibilidad de valerse por sus propios recursos, alejados de su lugar de origen o de donde vivían y con un balance negativo frente a la calidad de sus vidas.

El riesgo de suicidio y las manifestaciones de ansiedad representan

las condiciones desfavorables de salud mental de las víctimas de la violencia armada, aunque no hayan desarrollado TEPT. Estas personas reciben el apoyo de las comunidades religiosas y viven en condiciones donde su seguridad y el apoyo económico y psicosocial es mayor. En otras palabras, el apoyo social contribuye a la salud mental del desplazado; el apoyo constante y estable ofrecido en el lugar de refugio, con asistencia por parte de profesionales de la salud, disminuye el impacto emocional y las respuestas de alarma. Al no estar presentes las condiciones que producen la amenaza, se facilitan las estrategias de afrontamiento orientadas a la búsqueda de la adaptación y se posibilita la regulación emocional posterior al trauma. Sin embargo, la vivencia deja huellas imborrables, reflejadas en el estado emocional depresivo y en la preocupación constante. La calidad de vida es limitada en quienes permanecen como desplazados, pero mejora en comparación con aquellos que retornan al lugar donde continúa el riesgo por la vida.

Conclusiones

Las personas víctimas de la violencia armada tienen una gran probabilidad de presentar desajustes en el estado de salud mental, manifestados en síntomas de ansiedad y depresión. La reexperimentación persistente del acontecimiento trauma-

mático, la evitación de los estímulos asociados a él, el embotamiento de la capacidad de respuesta y los síntomas persistentes de activación (*arousal*) son manifestaciones del TEPT presente en la mayoría de las personas que retornan al lugar después de la tragedia.

El cuadro sintomático provoca malestar clínicamente significativo en las víctimas, con deterioro social y laboral. El retornar al lugar en el cual la población ha sido amenazada o atacada y donde las condiciones de seguridad personal aún no se logran incrementa la probabilidad de reactivar los síntomas del TEPT.

Son frecuentes los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor y riesgo de suicidio) y de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada) en las víctimas de la violencia armada, desarrollen o no TEPT. Los trastornos por angustia y la fobia social pueden considerarse como factores de riesgo para el TEPT.

Después del desplazamiento forzado como consecuencia del recrudecimiento y la degradación del conflicto armado, el estado emocional de las personas se ve afectado. Sin embargo, la adaptación emocional es más fácil de lograr cuando el lugar del desplazamiento es seguro y se disminuyen las amenazas a la vida, cuando aumenta la percepción de seguridad y se disponen recursos humanos y materiales.

Agradecimientos

A los participantes en el estudio, especialmente las personas de Bellavista en el municipio de Bojayá y de la Comuna 1 de Quibdó, quienes con sus relatos aportaron a los profesionales de la salud para comprender la experiencia traumática y motivar a intervenir de manera más oportuna los fenómenos emocionales generados por la guerra.

Bibliografía

1. Sheehan D, Lecrubier Y. Mini International Neuropsychiatric Interview. M.I.N.I. Versión en Español 5.0 DSM-IV. Tampa: University Of South Florida; 1998.
2. Burzi F. Atlas BundeNet: Departamento del Chocó [en línea]. Tolima (Col): Bunde Net; 2005. URL disponible en: www.bundenet.com/atlas/choco.htm.
3. Consejo Comunitario Mayor de la Asociación Campesina Integral del Atrato. Medio Atrato territorio de vida. Bogotá: Red de Solidaridad Social, Presidencia de la República de Colombia; 2002.
4. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2002.
5. Harvey J, Pauwels B. Post-traumatic stress theory, research and application. Philadelphia: Brunner/Mazel; 2000.
6. Pineda DA, Guerrero OL, Pinilla ML, Estupiñán M. Utilidad de un cuestionario para rastreo del estrés postraumático en una población Colombiana. Rev Neurol. 2002;34(10):911-6.
7. Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS, Tidwell RP. Brief screening for lifetime history of criminal victimization at mental health intake: A preliminary study. J Interpers Violence. 1989;4(3): 267-77.
8. Kilpatrick DG, Resnick HS. Health impact of interpersonal violence. 3: Implications for clinical public policy. J Behav Med. 1997;23(2):79-87.
9. Kagee A. Present concerns of survivors of human rights violations in South. Soc Sci Med [en línea] 2004 [fecha de acceso 10 de septiembre de 2004]; 59(3):625-35. URL disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=journals>.
10. Organización Regional Embera Wounaan OREWA. Llamado de urgencia de las comunidades de Bojayá. Enlace indígena [en línea] 2004 [fecha de acceso 10 de septiembre de 2004]. URL disponible en: http://tecnica.movimientos.org/enlacei/show_text.php3?key=3037.
11. Corporación AVRE. La atención psicosocial y salud mental en un programa de asistencia humanitaria de emergencia CHF Internacional [en línea] 2002 [fecha de acceso 10 de septiembre de 2004]. URL disponible en: http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/avre/2003/guiaatpsico/04_c03 psicoemerg.htm.
12. Cohen-Sanler, Kamarck T, Mermelstein R. A Global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24,385-96.

Recibido para publicación: 25 de febrero de 2005
Aceptado para publicación: 25 de octubre de 2005

Correspondencia
 Nora H. Londoño
 Cr. 56c No. 51-90
 nhelenapsi@hotmail.com
 nora.londono@usbmed.edu.co