

Salud mental en el posconflicto colombiano*

Mental Health in the Colombian Post-Conflict Scenario

WILLIAM ALEJANDRO JIMÉNEZ JIMÉNEZ

Psicólogo. Magíster en Seguridad y Defensa Nacionales.
Ex Secretario Nacional, Sociedad Colombiana de Psicología.
alejandrojimenezj@yahoo.es

RESUMEN

El presente trabajo, circunscrito bajo un enfoque psicosocial, hace una revisión de los aspectos de la salud mental asociados a la etapa de posconflicto, desde las Fuerzas Militares. Son muchas las investigaciones que se han hecho en otros contextos (por ejemplo, Estados Unidos), en donde se ha comprobado que uno de los trastornos mentales comúnmente asociados a los ex combatientes es el estrés postraumático. Por ello, se hace necesario analizar la actual situación de la salud mental de los miembros ex combatientes de las Fuerzas Militares colombianas, y su impacto en la vida de la persona. De igual forma, se analiza la importancia de la puesta en marcha de un programa que permita desarrollar procesos de investigación basados en la evidencia aplicados a la salud pública, bajo los principios de atención primaria y de salud mental comunitaria, que permitan la sana reinserción del personal ex combatiente al contexto social.

Palabras clave: perturbaciones mentales, conflicto, salud, violencia, militares, posconflicto (fuente: Tesoro de política criminal latinoamericana - ILANUD).

ABSTRACT

This paper, carried out under a psychosocial approach, reviews mental health issues associated to the post-conflict stage from the Military Forces' viewpoint. Abundant research carried out in other settings (USA) has proven that post-traumatic stress is one of the mental disorders commonly associated to ex-combatants. Thus, it is necessary to analyze the current mental health conditions of the Armed Forces ex-combatants and its impact on their lives. Likewise, this paper examines the importance of implementing a program that permits to develop research processes based on evidence applied to public health under primary-attention principles and community public health which, in turn, would lead to a fair reintegration of ex-combatants to the social context.

Key words: mental disorders, conflict, health, violence, military officers, post-conflict (Source: Thesaurus of Latin American Criminal Policy - ILANUD)

* Trabajo presentado en el módulo de Estrategia Militar, Maestría en Seguridad y Defensa Nacionales - Escuela Superior de Guerra.

INTRODUCCIÓN

El hablar de posconflicto en Colombia es hacerlo de una realidad que se está construyendo en medio de ambivalencias y críticas. Diferentes investigadores, académicos y políticos han discutido, una y otra vez, si Colombia está o no en un momento de posconflicto. De acuerdo con lo planetado por Garzón, J., Parra, A., Pineda, A. y San Pedro, J. (2003), los cuatro conceptos cruciales para entender las características del posconflicto son: construcción, rehabilitación, asistencia humanitaria y construcción de paz. ¿Estos cuatro conceptos son visibles actualmente en la realidad colombiana? ¿Los procesos de paz son una aproximación a la fase de construcción del posconflicto? Si se hace una revisión de la historia de Colombia con relación a los antecedentes en materia de acercamiento a la construcción del posconflicto, son varias ya las referencias. Como lo señala Villarraga (2008), los acuerdos del cese del fuego y tregua bilateral llevados a cabo con las guerrillas de las FARC, el M-19 y el EPL durante el gobierno de Belisario Betancur; el acuerdo de paz con el M-19 y los inicios de negociaciones con el EPL, el Partido Revolucionario de los Trabajadores (PRT) y el Movimiento Armado Quintín Lame (MAQL) en el gobierno de Virgilio Barco; los acuerdos de paz con el EPL, PRT y MAQL durante el gobierno de César Gaviria; los acuerdos parciales con las FARC y con el ELN en el gobierno de Ernesto Samper, y los avances en materia de negociación y acuerdos de paz con las guerrillas de las FARC y el ELN, haciendo notorios los diálogos con las FARC (zona de distensión, canje de secuestrados, acuerdos parciales, acuerdos humanitarios) y con el ELN (Acuerdo de San Francisco, acuerdos humanitarios, fracaso de la zona de encuentro) durante el gobierno de Andrés Pastrana.

Ya durante el gobierno de Álvaro Uribe Vélez, el proceso de paz con las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC), las desmovilizaciones voluntarias de integrantes de grupos armados al margen de la ley, la liberación y rescate de secuestrados, entre otros, han sido algunos de los hechos más distintivos durante esta fase de cese del fuego y aproximación al posconflicto. De acuerdo con lo presentado por la Oficina del Alto Comisionado para la Paz de la Presidencia de la República de Colombia (2006), durante el periodo de julio del 2003 al 2006 se han desmovilizado 31.671 personas de las AUC, de la siguiente forma: en el 2003 fueron 1.035 desmovilizaciones; en el 2004 se desmovilizaron 2.645 personas; en el 2005 fueron 10.417 desmovilizaciones, y en el 2006, 17.573. Además, según lo señala el Ministerio de Defensa Nacional (2008), las desmovilizaciones voluntarias o individuales, desde el 7 de agosto del 2002, han sido de 16.694 personas, de las cuales 10.356 pertenecían a las FARC, 3.682 a las AUC, 2.199 al ELN y 457 de los llamados grupos disidentes. Con base en esta información, se concluye que las aproximaciones a la construcción de la etapa del posconflicto en Colombia han tenido ya varios antecedentes, lo cual hace notorios los acuerdos bilaterales, las desmovilizaciones y la entrega de material de guerra por parte de los grupos armados al margen de la ley.

Por otra parte, de acuerdo con lo planteado por Pizarro (2005), el periodo posconflicto tiene tres características o variables de estudio: las víctimas, los ex combatientes y la población civil. Hasta el momento, han sido numerosos los estudios que se han llevado a cabo con población civil y con las víctimas de conflicto armado (véanse, por ejemplo, Londoño, N. H, et al., 2005; Aguirre, J., Durán, D., Parra, J., Bohórquez, V., Centeno, A., 2007; informe de Amnistía Internacional, 2008). Sin embargo, en

materia de investigaciones con ex combatientes (para efectos del presente artículo, se enfocará a ex combatientes pertenecientes a las Fuerzas Militares), se registra poca evidencia empírica y analítica sobre estudios o seguimientos que se hayan realizado con miras a estudiar y evaluar su estado mental, en particular de los miembros de las Fuerzas Militares colombianas.

Estudiar a la población militar como ex combatientes resulta ser un tema de suma importancia para la población en general, y más para las autoridades de sanidad, sabiendo que ya se han reportado casos en donde ex combatientes han ocasionado algún tipo de malestar en la sociedad (solo por citar algunos, el caso de Campo Elías Delgado Morales en el Restaurante Pozzeto, al norte de Bogotá, ex combatiente en la guerra de Vietnam, quien mató aproximadamente a 28 personas en el mes de diciembre de 1986; el caso del soldado Jaime Vásquez Mojomboy, en el Batallón Boyacá de Pasto, a inicios del 2004; el caso del ex sargento Édgar Paz Morales, en mayo de 2008). ¿Qué papel desempeñan las Fuerzas Militares dentro de esta fase de construcción del posconflicto? Por ello, el objetivo del presente documento es analizar el papel que tienen las Fuerzas Militares en la construcción del posconflicto colombiano, y su efecto en la salud mental del ex combatiente. Para el desarrollo de esta tesis se tendrán en cuenta los siguientes argumentos: primero, el impacto que deja la guerra en los miembros de las Fuerzas Militares; segundo, la relación del posconflicto con la salud mental, haciendo notorias investigaciones realizadas con veteranos de guerras, y de modo particular enfocados en el estudio del trastorno por estrés postraumático como principal manifestación de alteración en el comportamiento del ex combatiente, y tercero, algunos lineamientos

para la construcción del posconflicto desde y hacia las Fuerzas Militares, resaltando el papel de la institución en la reincorporación de los ex combatientes a la vida civil.

REESTRUCTURACIÓN EN LAS FUERZAS MILITARES

A finales de la década de los noventa Colombia fue escenario de una serie de actos violentos, muy marcados por las acciones beligerantes de los grupos armados al margen de la ley. Cabe resaltar, por ejemplo, el ataque a la base de Las Delicias, en Puerto Leguízamo, departamento del Putumayo, el 30 agosto de 1996; la toma del cerro de Patascocoy, límites entre Nariño y Putumayo, ocurrida el 21 de diciembre de 1997; la toma de El Billar, en el departamento del Caquetá, en marzo de 1998, y la toma de Miraflores, en el departamento de Guaviare, el día 3 de agosto de 1998. Conociendo estos antecedentes en materia criminal, durante el gobierno presidencial de Andrés Pastrana Arango se llevó a cabo el proceso de modernización de las Fuerzas Armadas, bajo los siguientes dos criterios: primero, el papel de las Fuerzas Militares colombianas, que debe ser de carácter disuasivo y no represivo, cuya tarea es el control territorial contra toda amenaza interna y externa; el segundo criterio, para garantizar la continuidad y el mantenimiento de la paz, es que se necesitan unas Fuerzas Militares actuantes, respetuosas de los derechos humanos, y así mismo que sean respetadas, constructoras y garantes de un nuevo país. Para el cumplimiento de estos criterios se necesitan unas Fuerzas Militares organizadas, fuertes, modernas, bien dotadas, con respaldo de la ciudadanía y del gobierno, para garantizar un entorno de seguridad (Vargas, 2002).

Con lo mencionado anteriormente, Vargas (2002, p. 216-217) dice que el entonces Ministro de Defensa, el doctor Luis Fernando Ramírez Acuña, lineó los campos para la reforma, los cuales son, en el campo militar:

1. Redefinición de los conceptos estratégicos y de la doctrina operacional, para responder a las circunstancias actuales de la dinámica del país, y en perspectiva, a las funciones que pueden corresponderles dentro de los esquemas de integración regional y de seguridad global del siglo XXI.
2. Desarrollo de la capacidad militar, a través del entrenamiento y el reentrenamiento que sean necesarios para enfrentar con eficiencia el compromiso bélico interno.
3. Clima institucional favorable al desarrollo, y aplicación de las facultades intelectuales, así como la formación del carácter de los miembros de la institución militar.
4. Fortalecimiento de la capacidad de reacción y combate en toda circunstancia de tiempo y lugar, con el mejoramiento de la capacidad de apoyo oportuno y la ayuda de las distintas formas de la inteligencia militar.
5. Consolidación de las estructuras logísticas, que permita incrementar la movilidad y flexibilidad de las Fuerzas Militares.
6. Actualización de la doctrina logística, para una óptima utilización de los recursos y una mayor eficiencia en la ejecución del presupuesto.
7. Redimensionamiento positivo del compromiso del personal militar con su misión, intensificando la exaltación de los valores de honor, disciplina y compromiso con el servicio del país, lo que incluye una vigilancia atenta, para mantener a la institución y sus miembros resguardados de la corrupción.

Con base en los siete puntos, Leal (2006) señala que los cambios que se empezaron a instaurar fueron: profesionalización del servicio militar, modernización de las redes de telecomunicaciones, fortalecimiento institucional, mejoramiento del recurso humano, fortalecimiento de la capacidad operativa y mejoramiento del servicio de inteligencia. Dentro de estos cambios significativos, uno de los más impactantes fue en el campo operacional de las Fuerzas Militares. Esto implicaba tener acciones conjuntas con las demás instituciones que conforman la fuerza pública y otros organismos del Estado, para brindar mayor seguridad a la población colombiana y a su vez tener dentro del cuerpo militar más hombres en los escenarios ofensivos y menos dentro de las tropas estáticas. Como consecuencia de estas reformas doctrinales y comportamentales dentro de la institución militar, las operaciones ofensivas llevadas a cabo para garantizar un control sobre el territorio colombiano se incrementaron de manera sustancial.

Se destacan algunas, como lo fueron la operación Berlín, la Aniquilador II (Leal, 2006), la Libertad I y II, la operación Antorcha y la Jaguar. Y como más recientes, solo por citar algunos casos de mayor impacto, se encuentran la captura en territorio ecuatoriano de Juvenal Ovidio Ricardo Palmera Pineda, alias "Simón Trinidad", en el 2004; la captura de Nayibe Rojas Valderrama, alias "Sonia", el 10 de febrero del 2004; la muerte de Tomás Medina Caracas, alias "El Negro Acacio", el 1 de septiembre del 2007; de la muerte de Luis Édgar Devia, alias "Raúl Reyes", junto con 'Julián Conrado', alias "Enrique Torres", el 1 de marzo del 2008, y como una de las acciones militares de mayor impacto, la llamada Operación Jaque, llevada a cabo en el mes de julio del 2008.

Es claro que los cambios en el interior de las Fuerzas Militares de Colombia, como la disciplina militar, el adoctrinamiento y los logros en conjunto con las otras fuerzas públicas del Estado, han sido unos de los elementos importantes dentro del proceso de recuperación del territorio colombiano. Sin embargo, es necesario pensar en la incidencia que tiene dicha disciplina y el adoctrinamiento en el comportamiento del personal. Por ejemplo, determinar, desde el panorama de la salud mental, si esa doctrina militar deja secuelas psicológicas en esta población. Diversas investigaciones a nivel internacional han demostrado que uno de los trastornos de mayor prevalencia en la población ex combatiente militar es el trastorno por estrés postraumático. Sin embargo, dentro del territorio colombiano se evidencia poca información sobre el estudio de este trastorno mental en la población ex combatiente colombiana. Conocer cuál ha sido el impacto que ha tenido la reforma militar en el comportamiento del personal militar colombiano, y así mismo poder conocer el índice de la salud mental en esta población, serían tareas que se deben desarrollar en el menor tiempo posible, puesto que, como se presentará a continuación, la guerra deja secuelas propias que afectan la vida cotidiana del ex combatiente, y más cuando este se reincorpora a la vida civil.

POSCONFLICTO Y SALUD MENTAL

Para Gómez-Restrepo (2003), el posconflicto se entiende como la fase que viene después de los acuerdos de paz bilaterales, y se resalta que es necesario que la construcción de esta fase se dé dentro del marco del conflicto, lo que supone un proceso de reconstrucción social, incluyendo factores como la desmovilización de los integrantes de grupos armados, el tema de la seguridad ciudadana, la reinserción y el

mismo desarrollo de los acuerdos de paz. De acuerdo con esta información, las figuras jurídicas para la consolidación de la paz son facilitación, negociación, mediación y realización de acuerdos (Boulding, 1962, citado en Gómez-Restrepo, 2003). Dentro de la fase del posconflicto, desde el momento en que se consolida el proceso de paz, se resaltan los siguientes factores: preservación de la paz, reconstrucción de las pérdidas durante años y velar por el cumplimiento de los acuerdos bilaterales de cada una de las partes dentro del proceso de paz.

Por otra parte, de acuerdo con lo planteado por la Fundación Ideas para la Paz (citada por Garzón, J., et al., 2003), se entiende por posconflicto el periodo de tiempo que se da entre el cese de hostilidades y las partes afectadas. En esta afirmación, el posconflicto es un proceso de construcción gradual, secuencial, en el cual es importante la participación de todas las personas (jurídicas y naturales) para obtener un estado ideal de paz en el interior de una nación. Con base en esta afirmación, el autor señala que es necesario identificar una lista de hechos para poder delimitar bien el inicio del posconflicto, como lo son, por ejemplo, la variable temporal (cuándo) y espacial (dónde), el tipo de guerra (de qué) y a quiénes afecta (para quién). De acuerdo con estos cuestionamientos, el autor plantea que hay que distinguir dos situaciones en el proceso del posconflicto: *posconflicto parcial* y *posconflicto total*. El primero ocurre cuando los miembros combatientes de las Fuerzas Militares ya no participan en las confrontaciones, pero estas se siguen presentando, mientras que el *posconflicto total* se presenta cuando ya se da por finalizado el conflicto bélico, ya sea por la derrota de alguna de las partes o por acuerdo de paz. En resumen, Colombia en la actualidad está pasando por un momento de posconflicto parcial, en el cual las desmoviliza-

ciones, el rescate de secuestrados, entre otras variables vistas con anterioridad, han venido sucediendo sistemáticamente. Sin embargo, estos resultados se siguen presentando, en medio de confrontaciones entre las Fuerzas Militares colombianas y los grupos armados al margen de la ley.

De acuerdo con la Fundación Ideas para la Paz y la Universidad de los Andes (2002, citadas en Gómez-Restrepo, 2003), estas son algunas consideraciones que se deben tener en cuenta durante el proceso de construcción del posconflicto en Colombia: 1. Apoyo a la recuperación del posconflicto, en temas relacionados con atención humanitaria a las víctimas del conflicto, retorno y apoyo a poblaciones desplazadas, desmovilización; 2. Generación de recursos y de empleo, con la participación del sector privado; 3. Adecuación y fortalecimiento de las instituciones estatales; 4. Restauración o consolidación del Estado de derecho; 5. Procesos sociales de perdón y de reconciliación, y fomento del resurgimiento y consolidación de la sociedad civil; 6. Estrategia en el posconflicto, relacionada con gasto militar y reinserción, y 7. Consecución de recursos para el apoyo a la construcción de la paz a nivel internacional, participación en facilitación, mediación y verificación.

En los siete puntos mencionados anteriormente se refleja la necesidad de crear una cultura de conciencia crítica sobre la importancia que tiene el tema del posconflicto, teniendo en cuenta los avances en materia militar y de recuperación del Estado, y las aproximaciones a acuerdos bilaterales entre el Gobierno colombiano y los grupos armados al margen de la ley. Estos siete puntos están orientados hacia las siguientes variables: económica, política, internacional, psicológica, judicial, social, atención humanitaria y militar. Desde el campo militar, el papel

protagónico que tiene la institución es de suma importancia, puesto que se constituye en uno de los eslabones para la construcción óptima de esta fase de cese del fuego.

Además, de acuerdo con los numerales 1 y 5 de la propuesta de la Fundación Ideas para la Paz y la Universidad de los Andes, surge la necesidad de ver cómo el posconflicto se encuentra muy relacionado con un estado de bienestar en la población afectada, la cual resulta ser todas las personas que viven dentro del Estado colombiano. Ese estado de bienestar se llama salud mental. Tal cual como se mencionó antes, es de suma importancia estudiar el estado de la salud mental de los ex combatientes, para así mismo trazar los lineamientos de recuperación y de mantenimiento de la calidad de vida de estos, como uno de los garantes para la construcción óptima del posconflicto.

De acuerdo con Bravo de Rueda (2006), el estudio de la salud mental estuvo muy ligado desde sus inicios al concepto de ausencia de enfermedad mental, aspecto que se ha ido transformando a través del tiempo, dando como resultado la incursión de un modelo más integral de análisis (a nivel biológico, psicológico y social). Con base en este planteamiento, la salud mental, según lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad (Rondón, 2006). A partir de este planteamiento, la salud mental se constituye en uno de los principios vectores de buena calidad de vida en las personas. Hablar de salud mental es hablar de integralidad, de equilibrio y de capacidad de ser una persona productiva a corto, mediano y largo plazo.

La salud mental ha sido uno de los temas de mayor necesidad durante las últimas décadas de intervención desde la investigación. De acuerdo con datos de la OMS (2003, 2005; citada en Valencia, 2007), se calcula que 450 millones de personas a nivel mundial padecen alguna forma de trastorno mental, lo cual genera algún tipo de sufrimiento e incapacidad. Alrededor de 121 a 150 millones de ellas sufren depresión, entre 70 y 90 millones padecen trastornos por el abuso del alcohol o diversas drogas; de 24 a 25 millones sufren esquizofrenia, 37 millones tienen demencia, un millón de personas se suicidan cada año y entre 10 y 20 millones intentan suicidarse. De igual forma, la OMS pone énfasis en el tema de la discapacidad que genera la salud mental. Por ejemplo, la discapacidad a nivel mundial llega hasta 31% en trastornos neuropsiquiátricos y del comportamiento. Por ejemplo, en el continente africano se presenta una tasa de discapacidad a causa de la enfermedad mental del 18%, en Europa y el continente americano existe un 43% (OMS, 2001; citada en Valencia, 2007). Se estima que la depresión puede llegar a ser la enfermedad o segunda causa de discapacidad a nivel mundial en el 2020, y se convertirá así en un problema de salud pública (Murray y López, 1996, citados en Valencia, 2007).

En el contexto colombiano, el Ministerio de Protección Social (2003), con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y con convenios de cooperación con la OMS, la Universidad de Harvard y la Fundación FES SOCIAL, durante los años 2003-2004 se desarrolló el estudio sobre salud mental, que a su vez hizo el planteamiento de una propuesta de los lineamientos de política de salud mental para Colombia. El estudio se efectuó en 60 municipios de 25 departamentos, distribuidos de la siguiente ma-

nera: *zona atlántica* (La Guajira, Magdalena, Cesar, Atlántico, Bolívar, Sucre y Córdoba); *zona pacífica* (Chocó, Valle del Cauca, Cauca y Nariño); *zona central* (Antioquia, Caldas, Risaralda, Quindío, Tolima, Huila y Caquetá); *zona oriental* (Santander, Norte de Santander, Arauca, Boyacá, Cundinamarca y Meta), y Bogotá.

El método utilizado para este estudio fue un diseño probabilístico a nivel nacional. La muestra estuvo conformada por 4.544 personas, residentes en 5.526 hogares urbanos, todos adultos, entre los 18 y 65 años de edad. Los resultados que arrojó el estudio realizado fueron los siguientes:

1. Ocho de cada veinte colombianos presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida; tres de cada veinte colombianos reportan haber tenido un trastorno mental durante los últimos doce meses, y uno de cada catorce colombianos reportaron haber tenido un trastorno psiquiátrico en los últimos 30 días.
2. En relación con el tipo de trastorno, se encontró que el que más predomina es el trastorno de ansiedad, con un índice de prevalencia del 19,3% (alguna vez); luego los trastornos del estado de ánimo (15%), y por último los trastornos relacionados con el uso de sustancias (10,6%).
3. Con base en los trastornos de mayor prevalencia mencionados anteriormente, en la distribución con relación al género se encontró lo siguiente:
Trastornos de ansiedad. *Trastornos de pánico* (hombres 0,6% y mujeres 1,7%); *agorafobia sin pánico* (hombres 1,5% y mujeres 3,3%); *fobia social* (hombres 5,1% y mujeres 5,1%); *fobia específica* (hombres 10,9% y mujeres 13,9%); *ansiedad generalizada* (hombres 1,5% y mujeres 1,2%); *estrés postraumático* (hombres 0,8% y mujeres 2,5%); *otro* (hombres 16,0% y mujeres 21,8%).

Trastornos del estado de ánimo. *Episodio depresivo mayor* (hombres 8,6% y mujeres 14,9%); *distimia* (hombres 0,6% y mujeres 0,7%); *episodio maniaco* (hombres 2,1% y mujeres 1,5%); *otro* (hombres 11,7% y mujeres 17,5%).

Trastornos relacionados con el uso de sustancias. *Abuso de alcohol* (hombres 13,2% y mujeres 1,6%); *dependencia al alcohol* (hombres 4,7% y mujeres 0,3%); *abuso de drogas* (hombres 2,1% y mujeres 0,1%); *dependencia a la droga* (hombres 1,2% y mujeres 0,2%); *dependencia a la nicotina* (hombres 2,9% y mujeres 0,5%); *otro* (hombres 20,8% y mujeres 2,6%).

Los investigadores de este estudio llegaron a las siguientes conclusiones: dos de cada cinco personas presentan al menos un trastorno mental en algún momento de su vida; los trastornos de ansiedad son los más prevalentes en la población estudiada, y en la población masculina, el abuso del alcohol es el problema más común, mientras que para las mujeres el mayor es la depresión.

En resumen, son alarmantes los altos índices de prevalencia e incidencia de los trastornos mentales en la población colombiana. Son muchos los factores (internos y externos) que causan algún tipo de alteración en la salud mental. Sin embargo, el presente artículo se enfocará en una causa externa de mayor impacto para la población colombiana: la violencia política. Según como la define Aitken (2005, p. 51, citado en Sánchez & Gómez, 2006), la violencia política es “aquella ejercida como medio de lucha, con el fin de mantener, modificar, sustituir o destituir un modelo de Estado o sociedad”. ¿Qué consecuencias deja la violencia política en la salud mental? Martín-Baró (1984) identifica tres variables importantes de las consecuencias que genera la guerra en la salud

mental de las personas: la clase social, el involucramiento en el conflicto y la temporalidad.

Con relación a la clase social, afirma que la guerra no afecta de igual manera a las diferentes clases sociales. Las personas que enfrentan la guerra pertenecen a las clases sociales bajas, son quienes reciben el impacto de sus efectos (destrucción de viviendas, daño en la tierra), lo cual genera altos costos en la calidad de vida de las personas.

Por otra parte, respecto al involucramiento en el conflicto, es muy difícil encontrar una persona o grupos de personas que no hayan sido víctimas del desarrollo de la guerra. A la par con este “equilibrio social” de la consecuencialidad de la guerra, resalta el autor que es conveniente diferenciar los efectos que se generan de aquellos que han participado en los combates y de aquellos que han sufrido la guerra como población civil. Con respecto a las personas que han tomado parte en los combates (el soldado, por ejemplo), los estudios llevados a cabo sobre los efectos que generan la tensión y el peligro experimentados en el campo de batalla han marcado parámetros de intervención social. El trastorno de mayor prevalencia en la población combatiente era conocido con el nombre de “neurosis de guerra”, después como “cansancio de combate” y, por último, como “reacción al estrés” (Martín-Baró, 1984).

En realidad, la guerra no solo causa efectos durante su curso, sino que estos se mantienen después de que el combatiente ha sido retirado de las filas. Problemas de adaptación a la vida civil, a los contextos familiares y sociales, entre otros, han sido objeto de análisis, porque se considera que el estudio de la salud mental no solo afecta a la persona que padece el trastorno, sino también a su núcleo social

más cercano, en primera instancia la familia (Martín-Baró, 1984).

Por último, la temporalidad hace referencia a los efectos que se presentan a corto, mediano y largo plazo en las personas víctimas de la guerra. Afirma que a medida que ella se prolongue, los efectos inmediatos serán más profundos. Pensar en el cese de la guerra es pensar en los efectos que se puedan generar en materia de salud mental a largo plazo (Martín-Baró, 1984).

En resumen, teniendo como base las tres variables de análisis presentadas por Martín-Baró, los efectos que se presentan como consecuencia de la guerra en la salud mental, en los ex combatientes, conduce al planteamiento de la urgencia en desarrollar investigaciones que sirvan como soporte para el rediseñamiento y la reestructuración de las políticas de prevención y control de la salud mental en los ex combatientes de las Fuerzas Militares colombianas. Problemas dentro de la familia, inestabilidad laboral, problemas asociados a la salud, entre otros, son algunas de las características que presentan los ex combatientes. En realidad, todas estas manifestaciones de alteraciones en el comportamiento se resumen en una categoría de análisis: trastorno por estrés postraumático.

Este trastorno es una respuesta que una persona presenta después de haber estado presente en sucesos altamente estresantes, que amenazan su vida o la de otras personas (Medina-Mora, 2005). Algunos factores que causan estrés son la violencia sexual, los asaltos, los secuestros, el abuso sexual infantil, ser testigo presencial de una muerte, desastres naturales, guerras, accidentes automovilísticos, entre otros. El estrés postraumático se caracteriza porque se le otorga mucha importancia a las imágenes, a los recuerdos y a las emociones vividas durante el

momento traumático, lo cual hace que estos se re-experimenten repetidas veces en la actividad mental de la persona afectada (*flashback*).

De acuerdo con lo que establece el DSM-IV sobre los criterios de diagnóstico del estrés postraumático, se identifican tres grandes grupos de síntomas, los cuales son (Enrique, 2004): 1. Re-experimentación del evento traumático, a través de los recuerdos, pensamientos o sueños de carácter repetitivo, que provocan malestares clínicamente significativos; 2. Evitación de estímulos que se asocien al trauma, y 3. Algunas alteraciones en su repertorio conductual, como dificultad para conciliar y mantener el sueño, irritabilidad, dificultad para la concentración, hipervigilancia, irritabilidad o ataques de ira.

De igual forma, en el proceso de evaluación del estrés postraumático es importante tener en cuenta los siguientes aspectos (Enrique, 2004): 1. Si las alteraciones presentadas con anterioridad se prolongan por más de un mes; 2. Si estos trastornos provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo; 3. Especificar si el estrés es agudo (los síntomas duran menos de tres meses) o crónico (los síntomas duran tres meses), y 4. Especificar si es de inicio demorado, es decir, si entre el acontecimiento traumático y el comienzo de los síntomas han pasado como mínimo seis meses.

Con base en estos criterios de diagnóstico clínico, se concluye que el trastorno por estrés postraumático es uno de los más representativos, que afectan la salud mental de las personas que han estado presentes en eventos traumáticos. Pensar en la incidencia que tiene este trastorno en la población ex combatiente resulta de suma importancia, tanto para las autori-

dades de sanidad como para la comunidad en general. Por ello, a continuación se mencionarán algunas investigaciones llevadas a cabo con personal militar ex combatiente y su relación con el trastorno por estrés postraumático.

La tesis presentada por Hodge (1992, citado en Echeburúa, 1994) muestra la relación que existe entre estrés postraumático y manifestaciones violentas en el comportamiento. Para ello cita los estudios llevados a cabo por Wilson y Zigelbaum (1983) con los veteranos de la guerra de Vietnam, en los cuales se encuentra una correlación positiva entre la intensidad del estrés postraumático y la conducta delictiva. Este resultado conduce al planteamiento de que aquellos sujetos que presentan estrés postraumático reviven las experiencias en el combate con gran excitación. De igual forma, cita los estudios llevados a cabo por Solursh (1989), quien observó a cien veteranos diagnosticados con estrés postraumático, y los resultados obtenidos fueron los siguientes: alta tasa de desempleo, ingestión frecuente de alcohol, uso de la violencia, pesadillas y una fascinación por el empleo de armas de fuego. Una variable que se tuvo en cuenta, en los estudios anteriores, fue que antes de las experiencias de combate no se registraban antecedentes de conductas antisociales en las personas estudiadas.

Continuando con investigaciones llevadas a cabo, en las cuales se correlacionan las variables de trastorno por estrés postraumático con población ex combatiente, se encuentra el trabajo realizado por Vivo (2002, citado en Springer, 2005). En un estudio llevado a cabo en Somalia, se llegó a la conclusión de que el 15% de los ex combatientes sufren trastornos mentales, en particular psicosis. Por otra parte, está la investigación llevada a cabo por Hoge, Terhakopian, Castro, Messer y Engel (2007), en la que su

tesis central era determinar la relación entre estrés postraumático y problemas de salud física en población militar. Para ello se aplicó el instrumento estandarizado autoadministrado de proyección a 2.863 soldados, un año después de su retorno de los combates en Iraq. Como resultado, se encontró que un 16,6% de los soldados cumplen con los criterios de selección de un trastorno por estrés postraumático, los cuales se asociaron significativamente con puntuaciones bajas en salud en general, pérdidas de trabajo, mayor sintomatología física y alta gravedad en los síntomas somáticos, lo cual demuestra una alta relación entre el estrés postraumático y problemas de salud física entre la población estudiada.

Por último, los estudios llevados a cabo por Dohrenwend, et al. (2006) demostraron que mediante una muestra representativa de 1.200 veteranos de la guerra de Vietnam, el 30,9% habían desarrollado el trastorno de estrés postraumático (TEPT) durante su vida, y que el 15,2% en la actualidad sufren de este trastorno. Estas investigaciones, llevadas a cabo con personal ex combatiente, reflejan la clara necesidad de desarrollar estudios con el ex combatiente militar colombiano, ya que, como se desarrolló al principio de este artículo, el adoctrinamiento y la disciplina militar son unas de las razones por las cuales las personas, cuando dejan las filas, presentan problemas de adaptación a la vida civil. Conociendo este panorama, a continuación se presentan algunos lineamientos que pueden ser tenidos en cuenta para el estudio de la salud mental durante la fase de construcción del posconflicto.

¿QUÉ HACER?

Con base en la información suministrada anteriormente, se refleja la imperiosa necesidad de abordar

la problemática de la salud mental en el personal ex combatiente, con miras a la construcción del posconflicto en Colombia. Por ejemplo, estudiar la incidencia y prevalencia del trastorno por estrés post-traumático en esta población debe ser uno de los primeros objetivos por alcanzar. Sin embargo, como muy bien lo señala Aitken (2005, citado en Sánchez & Gómez, 2006), es importante conocer las características sociodemográficas de la población objeto de estudio, sus tradiciones, sus costumbres, sus valores, de manera que conduzcan al éxito de la intervención y que permitan reconstruir a las familias de los afectados, con miras a una sana y óptima readaptación social y laboral.

Con base en este planteamiento, el autor recomienda los siguientes pasos, que aunque son aplicables para los civiles, resultan ser útiles para la población militar: 1. Brindar atención humanitaria, haciendo de la atención psicosocial la herramienta que ayude a controlar las consecuencias del trauma; 2. La atención psicosocial debe estar enfocada hacia la óptica de la salud pública, a una atención primaria integral, particularmente hacia la prevención, control y alivio de los efectos emocionales del trauma; 3. Brindar apoyo emocional al afectado, trabajando desde la familia, la comunidad y redes cercanas; 4. Descentralizar y fortalecer más los servicios de salud mental (Aitken, 2005, citado en Sánchez & Gómez, 2006).

Con base en la última recomendación planteada por el autor, la OMS (2003, citada en Valencia, 2007) ha desarrollado diversas estrategias y recomendaciones para mejorar la salud mental de la población en el mundo, entre las cuales se encuentran: 1. Proporcionar tratamiento en los servicios de atención primaria; 2. Hacer accesibles los psi-

cofármacos; 3. Proporcionar atención comunitaria; 4. Promover la educación sanitaria; 5. Involucrar a las comunidades, a las familias y a los usuarios; 6. Establecer políticas, programas y legislaciones a escala nacional; 7. Desarrollar los recursos humanos; 8. Establecer vínculos con otros sectores; 9. Evaluar la salud mental comunitaria; 10. Destinar mayor apoyo a la investigación.

Por ello, partiendo de las dos propuestas presentadas con anterioridad, el proceso de consolidación del posconflicto con la población ex combatiente debe contemplar, entre otras cosas, la necesidad de trabajar fuerte con la comunidad, para su readaptación a la vida civil. Las variables de atención primaria y de salud comunitaria son esenciales para la sana rehabilitación del ex combatiente. Lo anterior se refleja en una categoría de análisis: la salud pública. Lutzker (2008) presenta el modelo de salud pública de la prevención, el cual consta de cuatro fases: 1. Definir el problema; 2. Identificar el riesgo y los factores de protección; 3. Desarrollar estrategias de prevención y someterlas a prueba, y 4. Garantizar la adopción generalizada. En los pasos 1 y 2 se incluyen investigaciones descriptivas y etiológicas sobre el problema de la salud pública. En el paso 3 se tienen en cuenta investigaciones anteriores sobre mecanismos de vigilancia, para así mismo poder desarrollar programas de prevención y ser sometidos a prueba. En esta fase se tienen en cuenta las variables sociodemográficas de la población objeto de estudio y características de la misma. Por último, en la fase 4 está la aplicación de los programas de prevención descritos en la fase 3.

Conociendo la incidencia que deja la violencia política dentro de la salud mental en el ex combatiente militar, con miras a la construcción del posconflic-

to, a continuación se presentan algunas pautas, que orientarán el proceso de consolidación de esta fase posbélica, desde y hacia las Fuerzas Militares colombianas. Las pautas son las siguientes:

1. De acuerdo con las estrategias planteadas por la OMS para mejorar la salud mental en la población, se recomienda apoyar más los procesos de investigación y de intervención sobre la salud mental en la población al servicio de las Fuerzas Militares, siendo activos y ex combatientes.
2. Evaluar en forma periódica los índices de salud mental de la población ex combatiente, particularmente el trastorno por estrés postraumático, y los demás trastornos asociados.
3. Identificar los factores de riesgo y los mecanismos de vigilancia que afecten la salud mental de la población ex combatiente.
4. Evaluar el impacto que deja la violencia política en la población al servicio de las Fuerzas Militares, a nivel cognitivo, emocional, comportamental y social.
5. Generar procesos de re-vinculación del personal al servicio de las Fuerzas Militares con la comunidad, haciendo uso de los procesos de salud mental en materia de atención primaria y de salud mental comunitaria, en particular desde la familia y de la sociedad en general.
6. Hacer aplicable el modelo de salud pública de la prevención propuesto por Lutzker, con el fin de generar procesos de intervención basados en la evidencia, especialmente para la población militar. Tener conciencia de la importancia del tema y de la necesidad de elaborar políticas de salud pública con relación al tema de los ex combatientes.
7. Tener en cuenta los términos de peligrosidad y de reincidencia. De acuerdo con Jiménez (2001, citado en Jiménez, 2008), la peligrosidad evalúa

la ocurrencia de que una persona pueda cometer un acto peligroso dentro de un periodo de tiempo indeterminado o limitado. Y la reincidencia es la capacidad de ocurrencia de que una conducta presentada anteriormente vuelva a suceder en un futuro de la misma naturaleza.

8. Tener en cuenta la importancia de la rehabilitación mental de las personas ex combatientes de las Fuerzas Militares que han sufrido daño psicológico.

Salud mental en el posconflicto colombiano: una mirada desde y hacia las Fuerzas Militares. Este es un tema de desafío, en el siglo XXI, para las autoridades de sanidad y para la comunidad en general. Generar procesos de conciencia y de compromiso social sobre el impacto que tiene la salud mental, en aras de la construcción de un posconflicto apoyado desde la misma realidad, ayudará de manera inequívoca a la reconstrucción del tejido social colombiano. Las Fuerzas Militares colombianas no pueden ser ajenas a este proceso. Por ello, la identificación de factores de riesgo, la creación de sistemas de evaluación y de control, los procedimientos de asistencia humanitaria y de apoyo con la comunidad, y la creación de los mecanismo de vigilancia sobre los posibles factores que afecten la salud mental de los ex combatientes, siendo estos factores agentes de peligrosidad o de reincidencia en la comisión de actos violentos, permitirá mejorar la calidad de vida de las personas, de los ex combatientes y de la sociedad en general. Los futuros hallazgos empíricos sobre la evaluación de la salud mental en el personal ex combatiente permitirá comprobar, una vez más, el impacto que tiene la violencia política en la población objeto de estudio, en especial el trastorno por estrés postraumático y demás trastornos asociados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre, J., Durán, D. A., Parra, J. I., Bohórquez, V. & Centeno, A. R. (2007). Desplazamiento forzado en Colombia. Derechos, acceso a la justicia y reparaciones. *Memorias de la escuela de formación en desplazamiento forzado*. Recuperado el 15 de marzo de 2009, de <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/6922.pdf>
2. Alto Comisionado para la Paz (2006). *Proceso de paz con las autodefensas. Informe ejecutivo*. Bogotá: Presidencia de la República. Recuperado el día 08 de marzo de 2009, de <http://www.altocomisionadoparalapaz.gov.co/web/libro/Libro.pdf>.
3. Amnistía Internacional (2008). *Déjennos en Paz. La población civil, víctima del conflicto armado interno de Colombia*. España. Artes Gráficas ENCO, S. L. Recuperado el 15 de marzo 2009, de <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/6736.pdf>.
4. Bravo De Rueda, C. (2006). Bioética, salud mental y género. *Acta Bioética*, 12 (2), 169-175. Recuperado el día 20 de marzo 2009, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X200600020005&lng=es&nrm=iso.
5. Dohrenwend et al. (2006, August). The Psychological Risks of Vietnam for U. S. Veterans: A Revisit with New Data and Methods. *Science*, 313, 5789, 979-982. Recuperado el 20 de marzo de 2009, de <http://www.sciencemag.org/cgi/content/abstract/313/5789/979>.
6. Echeburrua, E. (1994). *Personalidades violentas*. España: Ediciones Pirámide S. A.
7. Enrique, A. (2004). Neuroticismo, extraversión y estilo atribucional en veteranos de guerra: una aproximación desde el estrés postraumático. *Interdisciplinaria - Revista de Psicología y Ciencias Afines*, Argentina, Vol. 21, No. 002. Recuperado el 15 de marzo de 2009, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18021204>.
8. Garzón, J. D., Parra, A. P., Pineda, A. S. & SanPedro, J. A. (2003). *El posconflicto en Colombia: coordenadas para la paz*. Tesis de pregrado, Facultad de Ciencias Jurídicas, Departamento de Derecho Procesal, Centro de Estudios de Criminología y Victimología, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
9. Gómez-Restrepo, C. (2003, abril/junio). El posconflicto en Colombia: desafío para la psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32 (2), 130-132. Recuperado el 13 marzo 2009, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502003000200001&script=sci_arttext&tlng=es.
10. Hoge, C. W., Terhakopian, A., Castro, C. A., Messer, S. C. & Engel, C. C. (2007, January). Association of Posttraumatic Stress Disorder With Somatic Symptoms, Health Care Visits, and Absenteeism Among Iraq War Veterans. *American Journal of Psychiatric*. Recuperado el 11 de marzo de 2009, de <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/164/1/150?ijkey=8cba60bf6f4baa73adc39326281f0fd04fb4c898>.
11. Jiménez, W. A. (2008). Evaluación psicológica forense en la seguridad ciudadana. Publicado en *Psicología Colombiana - Boletín de la Sociedad Colombiana de Psicología*, 25, 12-16.
12. Leal, F. (2006). *La inseguridad de la seguridad. Colombia, 1958-2005*. Colombia: Planeta.
13. Londoño, N. H. et al. (2005, septiembre/diciembre). Mental Health Among Victims of the Armed Conflict in Bojayá (Chocó, Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34, 4, 493-505. Recuperado el 20 de marzo de 2009, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502005000400003&script=sci_arttext.
14. Lutzker, J. R. (2008). *Prevención de la violencia. Investigación y estrategias de intervención basadas en evidencia*. México: Ed. Manual Moderno.

15. Martín-Baró, I. (1984, junio). Guerra y salud mental. Trabajo presentado en la I Jornada de Profesionales de Salud Mental y publicado en *Estudios Centroamericanos*, N° 429-430. San Salvador. Recuperado el 22 de marzo de 2009, de <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/MBaro-Guerra%20y%20salud%20mental.pdf>.
16. Medina-Mora, M. et al. (2005, enero-febrero). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*. Vol. 47, No. 1. Recuperado el 22 de marzo de 2009, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2005/sal051d.pdf>.
17. Ministerio de Defensa Nacional (2008). *La desmovilización: instrumento para la paz y arma efectiva contra el terrorismo*. República de Colombia. Recuperado el 24 de marzo de 2009, de <http://www.mindefensa.gov.co/index.php?page=426&id=7649&PHPSESSID=1f5f7f3f9c9e25e3ec81aa8301b30e86>.
18. Ministerio de Protección Social (2003). *Estudio nacional de salud mental*. República de Colombia. Recuperado el 10 de marzo de 2009, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo14822DocumentNo1466>. PDF.
19. Pizarro, E. (2005, segundo semestre). *El posconflicto en Colombia*. Conferencia presentada en la Escuela Superior de Guerra - Fuerzas Militares de Colombia, Ministerio de Defensa Nacional. Documento no publicado. Bogotá.
20. Rondón, M. (2006, octubre-diciembre). Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Vol. 23, No. 004. Instituto Nacional de Salud (Perú). Recuperado el 23 de marzo de 2009, de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=36323401&iCveNum=5925>.
21. Sánchez, G. & Gómez, C. (2006). *Una puerta hacia la paz. Paz y salud mental en Colombia*. Bogotá, Colombia: Academia Nacional de Medicina.
22. Springer, N. (2005). *Desactivar la guerra, alternativas audaces para consolidar la paz*. Colombia: Aguilar.
23. Valencia, M. (2007, marzo-abril) Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día mundial de la salud mental. *Revista Salud Mental*, vol. 30, No. 002. Recuperado el 20 de marzo de 2009, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58230211>.
24. Vargas, A. (2002). *Las Fuerzas Armadas en el conflicto colombiano. Antecedentes y perspectivas*. Colombia: Ed. Intermedio.
25. Villarraga, A. (2008). *Procesos de paz y acuerdos humanitarios en Colombia*. Recuperado el 15 de marzo de 2009, de web.usbmed.edu.co/usbmed/formacion/diplomados/hermeneutica_del_conflicto_y_derechos.../Proc_de_Paz_y_Ac_Humtrs.ppt.