



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

de la Espriella, Ricardo; Falla, Josué Vladimir
Reflexiones sobre la atención en salud mental de desmovilizados de grupos armados en Colombia
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 38, núm. 2, 2009, pp. 230-247
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615421002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Artículos originales

Reflexiones sobre la atención en salud mental de desmovilizados de grupos armados en Colombia

Ricardo de la Espriella¹
Josué Vladimir Falla²

Resumen

Introducción: La violencia política en Colombia y las formas de abordar el proceso de desmovilización de los grupos armados irregulares han implicado atender en salud mental a ex combatientes con exposición repetida a eventos estresantes, lo cual implica dificultades para la reincorporación a la vida civil, tanto por situaciones individuales como por la respuesta de la sociedad a ese proceso. **Objetivos:** Describir los hallazgos encontrados en la atención en clínica psiquiátrica de hombres ex combatientes de grupos armados irregulares bajo un programa de reinserción. **Método:** Serie de casos (n=76). **Resultados:** Inicialmente la atención en salud mental a un grupo de ex combatientes de los grupos armados colombianos no evidenció un diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (grupo de hombres con edades de 18 a 46 años, en quienes se revisaron aspectos clínicos y demográficos); pero al aplicar la escala CAPS en 22 casos, 12 (57%) fueron positivos para estrés postraumático. **Conclusiones:** El estrés postraumático existe en los reinsertados de grupos paramilitares y guerrilla; sin embargo, es pobemente reconocido y diagnosticado, entre otros factores, por el sistema de creencias, tanto de los desmovilizados como de los observadores. Se trata de hombres vulnerables, con múltiple problemática personal y social, previa y posterior al proceso de incorporación a los grupos armados. Llama la atención la variación del cuadro de estrés postraumático con el presentado en otras poblaciones.

Palabras clave: trastornos por estrés postraumático, violencia, salud mental, Colombia.

Title: Reflections about the Attention in Mental Health of Ex-Soldiers of Armed Irregular Groups

Abstract

Introduction: The political violence in Colombia and the ways of approaching the process of demobilization of the irregular armed groups they have implied attending in mental health of ex-soldiers with repeated exhibition to stressful events, which implies difficulties for the reincorporation to the civil life, both for individual situations and for the response of the society to this process. **Objectives:** Describe the finds found in the attention in men's psychiatric clinic ex-soldiers of armed irregular groups under a program of rehabilitation. **Method:** Series of cases (n=76). **Results:** Initially the attention in mental health to a group of

¹ Médico psiquiatra. Terapeuta sistémico. Magíster en Epidemiología Clínica. Gestor de Docencia e Investigación, Clínica de Nuestra Señora de la Paz. Profesor de los departamentos de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Javeriana, la Universidad del Rosario y la Universidad Juan N. Corpas. Bogotá, Colombia.

² Médico Psiquiatra. Instituto de Medicina Legal. Bogotá, Colombia.

ex-soldiers of the armed Colombian groups did not demonstrate a diagnosis of disorder for posttraumatic stress (group of men with ages from 18 to 46 years, in whom there were checked clinical and demographic aspects); but on having applied the scale CAPS in 22 cases, 12 (57 %) was positive for posttraumatic stress. *Conclusions:* The posttraumatic stress exists in the re-inserted ones of paramilitary groups and guerrilla warfare; nevertheless, it is poorly recognized and diagnosed, among other factors, for the system of beliefs, both of the demobilized ones and of the observers. It is a question of vulnerable men, with multiple problematic personal and social, previous and later to the process of incorporation to the armed groups. It's remarkable the variation of the medical profile of posttraumatic stress with the presented one in other populations.

Key words: Post-traumatic stress disorder, violence, mental health, Colombia.

Introducción y marco teórico

Comencemos con algunas anotaciones históricas para contextualizar los antecedentes de la atención a reintegrados de grupos irregulares y el presente estudio. La violencia política en Colombia ha tenido una larga tradición. Podemos ubicar la lucha de los dos partidos políticos tradicionales, el Liberal y el Conservador en la primera mitad del siglo XX como un antecedente claro de los conflictos actuales.

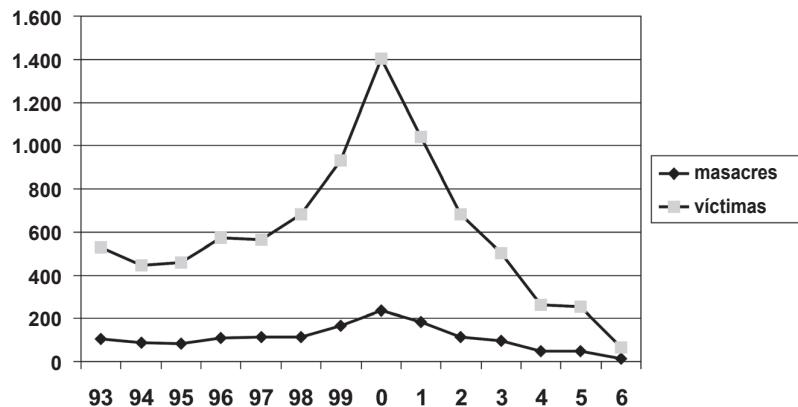
Como algunos hechos históricos importantes, podemos anotar cómo la organización de grupos guerrilleros en zonas rurales de Colombia fue combatida por grupos organizados llamados Los Pájaros, de origen conservador y claro origen paramilitar,

que asesinaban a los opositores. El origen del fenómeno paramilitar se remonta a este grupo y los llamados guerrilleros de paz (Pardo Rueda).

Intentos previos de organizar grupos de autodefensas ante los excesos de los grupos armados desembocaron en las llamadas cuadrillas campesinas, ya que su combate se centraba en las zonas rurales de Colombia. En 1984, empezó un proceso de treguas bilaterales entre grupos de derecha e izquierda, con la percepción de que el gobierno no estaba combatiendo a los grupos de izquierda; esto, sumado al incremento del fenómeno del narcotráfico y al secuestro por parte de la guerrilla de Martha Nieves Ochoa, perteneciente a una de las familias más poderosas de narcotraficantes, desembocó en el paramilitarismo, grupo armado irregular de derecha combatiente de la guerrilla. Inicialmente, ganaderos y agricultores avalaron la creación de organizaciones de autodefensa ante el embate de la guerrilla.

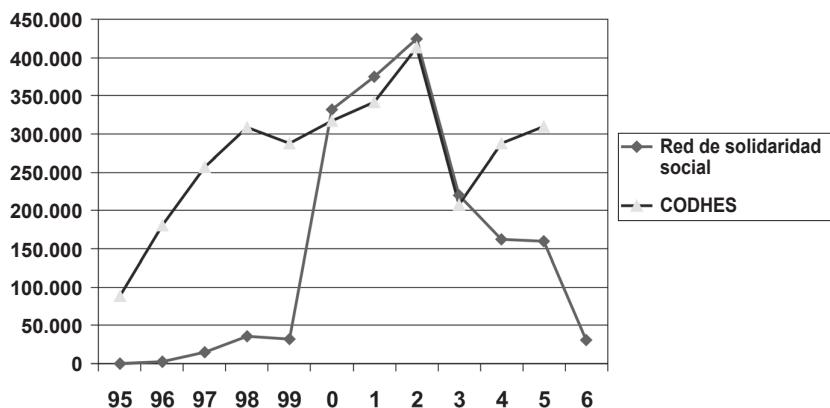
Uno de los primeros grupos en armarse fue el de las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC), en 1997, esto es, las autodefensas campesinas de Córdoba, Urabá y el Magdalena Medio (importantes zonas de ganadería y agricultura), por parte de Carlos Castaño e Iván Roberto Duque ('Ernesto Báez'), durante la administración de Virgilio Barco (1986-1990). Se dice que su gobierno no dimensionó la importancia del fenómeno paramilitar (figuras 1 y 2).

Figura 1. Número de masacres y víctimas según año: 1993 a abril de 2006



Fuente: Observatorio Presidencial de los Derechos Humanos.

Figura 2. Desplazamiento en cifras: 1995 a marzo de 2006

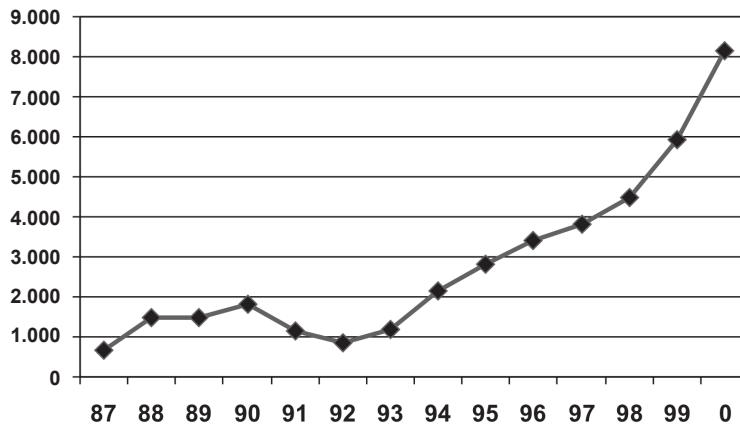


Fuente: Observatorio Presidencial de los Derechos Humanos.

Durante la administración de Andrés Pastrana (1998-2002) se intentaron, sin éxito, acercamientos con los grupos guerrilleros. A partir del gobierno de Álvaro Uribe (desde 2002) se han desmovilizado varios grupos ar-

mados irregulares, sobre todo grupos paramilitares, que se han acogido al programa de reinserción. Pese a ello, se han creado 22 nuevos grupos (aproximadamente 3.000 hombres) desde el inicio del programa (Figura 3).

Figura 3. Número de paramilitares según año



Fuente: Observatorio Presidencial de los Derechos Humanos.

Ley de Justicia y Paz

El programa de reinserción del gobierno de Uribe busca incorporar a la vida civil a los ex combatientes de los grupos armados irregulares. Está liderado por la Alta Consejería para la Reinscripción (ACR), que dentro de sus estrategias incluye la atención en salud y salud mental para la población reinsertada; además, debido al problema de farmacodependencia de la población atendida, se deriva a instituciones especializadas en el tratamiento de esta condición.

Aspectos legales

El desmovilizado de grupos armados irregulares goza de beneficios como el no ser juzgado por delitos cometidos en combate, siempre y cuando haya confesado todos los hechos y se haya comprometido a

no continuar en actividades ilegales. Cuando uno de los pacientes atendidos en el programa tiene actividad delincuencial, se le excluye y pierde los beneficios obtenidos.

Programa de la Clínica de la Paz

La Clínica de Nuestra Señora de la Paz es la clínica psiquiátrica más grande de Bogotá. El programa de la ACR para la atención de reinsertados farmacodependientes inició sus actividades en el segundo semestre de 2007 como un programa especial, dadas las características de la población que se iba a atender. Además, se dispuso de un espacio específico para este programa, aunque existía cierta interacción en algunos espacios con pacientes de otros programas.

El equipo profesional específico para esta población estaba constituido por un psiquiatra, una

psicóloga, una trabajadora social, un terapeuta ocupacional, un enfermero y auxiliares de enfermería. Los objetivos del programa se centraron en el diagnóstico y manejo de las condiciones psiquiátricas que motivaron la atención, para ayudar en la reinserción social de los participantes. Desde un principio fueron evidentes las dificultades de tipo individual y las particularidades del grupo, que dificultaron al inicio la actividad terapéutica.

La atención de reinsertados presentaba una cantidad de interrogantes, por la novedad del programa y por las características de la población atendida; además, debido a que se trata de una población conformada sólo por hombres, el tema de la masculinidad debió ser abordado en el manejo individual de casos, en las relaciones con el equipo tratante y la institución en general y en la construcción del proyecto de vida extra institucional.

Experiencia clínica

El trabajo se puede dividir en dos fases: fase I: ingreso, y fase II: consolidación del trabajo. Algunas observaciones iniciales de la atención de estos pacientes, quienes llegaron en colectivo, las constituyeron las agresiones dentro del grupo, las evasiones de la institución, el amotinamiento, el consumo de sustancias en el interior de la clínica y las historias de participación en masacres y asesinatos, en actitud de amenaza

al personal. Los participantes rápidamente reconocieron a los líderes y las jerarquías institucionales.

En la primera fase hubo expulsiones del programa, tanto por sus criterios como por presión del grupo hacia algunos participantes. De acuerdo con su dinámica, si en un momento dado la presión de grupo era de consumo de sustancias y un participante no consumía, era excluido. Lo contrario pasó posteriormente cuando la dinámica era de no consumo. Se evidenció transformación gradual del grupo para aceptación y participación en la construcción de normas de convivencia.

Exclusiones y abandonos

Se construyó un *Manual de convivencia* en conjunto, en el cual hubo tendencia a que las faltas fueran castigadas severamente con la exclusión del programa. Se observó que aquellos individuos que presentaban mayor gravedad sintomática tendían a incluir un mayor castigo previsto. Cuando se cometía alguna falta al *Manual*, tendían a minimizar la falta y a protestar por la sanción.

Libertades y concesiones

Fue necesario dejar espacios libres, en cuanto a la organización, la convivencia y el ordenamiento de habitaciones y sitios de descanso. Esta concesión fue respetada por los miembros del equipo terapéutico. Estos últimos se constituyeron en

defensores del grupo y de sus espacios ante el resto de la institución. Así, el equipo fue percibido como aliado y se desarrolló confianza.

Personal de la clínica

Se presentaron temores frente a la llegada de los pacientes, más acusados en el personal de área administrativa. Fueron evidentes los estereotipos e historias distorsionadas sobre acontecimientos que involucraban la presencia de reinsertados; por ejemplo, historias acerca de las agresiones, la sexualidad, la percepción como grupo y no como individuos en las trasgressiones o la no evidencia de estrés postraumático clínico, que llevó a pensar que esto ocurría debido a la característica de ser “antisociales”.

Hubo alianzas iniciales del personal con los pacientes para evitar problemas de conducta, y quedaron aquellas personas que fijaban normas más claras. El equipo se organizó evitando disociaciones. Se incluyó al personal de servicios generales y estudiantes. Posteriormente, algunos participantes del programa eran percibidos como “personas buenas” o “niños grandes”, incluso como víctimas del conflicto armado y la violencia política.

Presentación de la pregunta

Una de las observaciones iniciales en la atención de esta población

fue que el estrés postraumático era prácticamente inexistente. Predominaban las manifestaciones conductuales de oposición y rebeldía, que dificultaban el manejo tanto individual como de grupo. Desde un principio los participantes contaban historias acerca de su participación en masacres, asesinatos, hechos violentos sin mostrar pudor, arrepentimiento o remordimiento.

Lo anterior contrastaba con la experiencia previa de atención a miembros de las Fuerzas Militares, donde la exhibición de síntomas de estrés postraumático estaba presente en casi todos los casos, y donde las manifestaciones de ansiedad, rememoraciones (*flashbacks*) y los trastornos de la memoria eran notorios. En estos miembros de las fuerzas militares se observó una fuerte relación con problemas de abuso de sustancias, además de evidenciar que sus síntomas eran una ganancia secundaria, tendiente a lograr la pensión.

Un primer abordaje fue preguntarnos qué hacia diferente a los dos grupos para que unos presentaran estrés postraumático y los otros no, pese a haber tenido experiencias de combate en ambos grupos y compartir características sociodemográficas similares. La pregunta inicial fue: ¿cuáles son las características de los pacientes reinsertados de grupos irregulares en Colombia que parecen protegerlos de la presentación de estrés postraumático?

Para ello tomamos a un grupo de pacientes que eran atendidos en ese momento en la Clínica y les aplicamos la Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (Clinician Administered PTSD Scale [CAPS]), en la cual se pueden consignar tres eventos estresantes y se analizan, entre otros items, los síntomas y las consecuencias del trastorno; también determina la existencia de trastorno por estrés postraumático actual o a lo largo de la vida, al igual que la gravedad, la culpabilidad sobre actos cometidos u omitidos, la culpabilidad de superviviente, la reducción de la conciencia de lo que lo rodea, la desrealización y la despersonalización.

En forma paralela se administró a estos pacientes la prueba de figura humana (Machover), que es una prueba proyectiva en la cual el sujeto dibuja una figura humana y, posteriormente, la figura del género opuesto; luego hace un relato acerca de las figuras dibujadas. Esta prueba nos permite centrarnos en aspectos de la identidad de género, conflictos específicos, mecanismos de defensa e integridad yoica.

Mediante el análisis de las entrevistas, la historia clínica y los cuestionarios CAPS y test de figura humana aplicadas a los hombres adultos ex combatientes de grupos paramilitares y guerrilleros atendidos en la clínica psiquiátrica, principalmente por problemas de

farmacodependencia, se buscaba determinar las características aparentemente protectoras frente a la existencia de estrés postraumático, así como aspectos condicionantes, valores, creencias y actitudes ligadas a la masculinidad. La población de estudio la constituyen varones atendidos en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz pertenecientes al programa del ACR, en el primer semestre de 2008.

Metodología

- *Tipo de diseño:* serie de casos.
- *Población de estudio:* pacientes atendidos en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz en el programa de ACR que formaron el consentimiento informado y fueron entrevistados.
- *Población de referencia:* pacientes atendidos en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz en el programa de ACR.
- *Población blanco:* reintegrados de los grupos armados irregulares en Colombia.
- *Criterios de inclusión:* pertenecer al programa del ACR, firma de consentimiento informado y acceder a la entrevista.
- *Criterios de exclusión:* sintomatología psicótica o cognitiva que dificultara la entrevista.
- *Tamaño de la muestra:* de un total de 76 pacientes se aplicaron pruebas a 21. No se calculó el tamaño de la muestra, dado el carácter cualitativo de la investigación.

Se realizó una entrevista individual con aplicación de la Escala CAPS, durante la cual se consignó el relato de las experiencias traumáticas; ocasionalmente se necesita más de una sesión debido a que existen reacciones de inquietud y agitación que requieren contención verbal.

A continuación se realizó el análisis textual y discursivo de las entrevistas de los participantes incluidos en el estudio. Los casos se presentan según variables demográficas (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión y personas con quienes vive), clínicas y de combate: tiempo de permanencia en grupo paramilitar y tiempo de desmovilización.

Resumen del caso: cada caso se identifica con un número secuencial para evitar romper la confidencialidad. Se cambió cualquier dato que identificara a los participantes, incluida la ciudad de origen o los nombres de otras personas, haciendo explícito el cambio. Se transcribieron al pie de la letra las entrevistas en el programa Word®. Se realizaron transcripciones de las frases para mayor comprensión del significado.

Resultados

Número de casos: 92. De ellos se pudieron estudiar 76 casos, todos correspondientes a hombres.

Entrevistas CAPS: 21 casos. Al momento de la recolección de los datos, 28 pacientes se encontraban hospitalizados, 7 eran atendidos por

consulta externa y 4 habían sido dados de alta por mejoría. Un paciente fue trasladado a otra institución.

Dentro de los problemas detectados se encontró que 11 pacientes habían desertado del programa, 10 habían sido excluidos por sanciones disciplinarias (como el haber cometido delitos estando en tratamiento), 4 habían sido sancionados temporalmente y 9 habían solicitado el retiro voluntario. Debido a problemas iniciales de caracterización de la población, no se pudo obtener datos de ubicación de 3 pacientes.

Dado que el programa contemplaba la atención en salud mental, principalmente por problemas de farmacodependencia, se investigó acerca del consumo de sustancias. Se encontró que existe un alto consumo de sustancias lícitas como el tabaco (85,5%) y el alcohol (90,78%). La sustancia ilegal más consumida fue la marihuana (THC) (84,21%), la cocaína y el basuco (73,68%), los solventes inhalados (31,58%) y otras sustancias (anfetaminas o heroína) (25%), así como lo ilustran las figuras 4 y 5.

Al indagar sobre el consumo previo al proceso de desmovilización, se documentó que el 71% de los pacientes admitían el consumo de sustancias psicoactivas (54), sólo el 6% reportaba no haber consumido sustancias antes de la desmovilización (5), el 14% habían tenido consumo no habitual (11) y con el 9% no se pudo reportar (7) (Figura 5).

Figura 4. Tipo de consumo

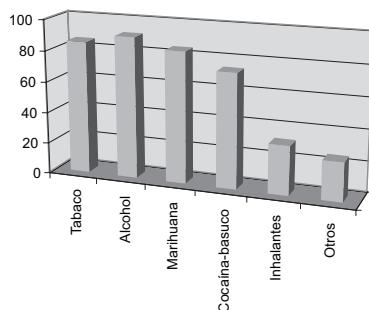
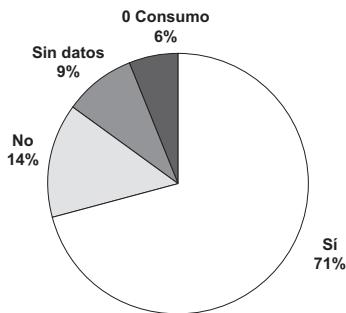


Figura 5. Consumo antes del proceso de desmovilización



Distribución por género: hombres: 76, mujeres: 0.

Distribución por edad: rango de 18 a 46 años, con un promedio de 27,9 años.

Escolaridad: se trata de personas con una tendencia a baja escolaridad, 6 de ellos (7,89%) analfabetas, 16 con educación primaria

incompleta (21,05%) y 17 (22,3%) con educación primaria completa; 28 de ellos con educación secundaria incompleta (36,84%) y sólo uno con educación secundaria completa (12 años), un participante con estudios técnicos y uno con carrera profesional, como se presenta en Tabla 1.

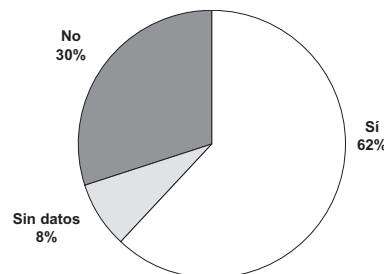
Tabla 1. Distribución según escolaridad

Escolaridad	No.
Analfabeta	6
Primaria incompleta	16
Primaria completa	17
Secundaria incompleta	28
Secundaria completa	1
Técnico	1
Universitario	1
Sin datos	6

Ocupación previa: cabe anotar que el 62% de los pacientes habían tenido indigencia previa antes del

ingreso a la institución, 30% no reportaban esa condición y en 8% no se conoció ese antecedente (Figura 6).

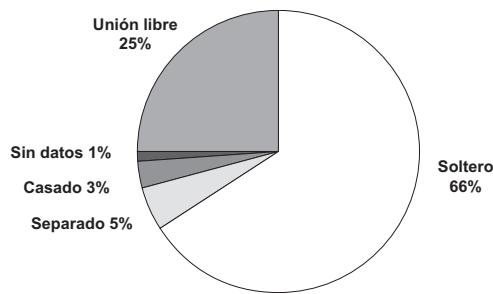
Figura 6. Presencia de indigencia



Estado civil: 66% de los participantes eran solteros al momento del estudio y 5% estaban separados, para un total de pacientes sin unión

del 71%; 28% de ellos tenían unión vigente documentada, del 1% no se tenían datos (Figura 7).

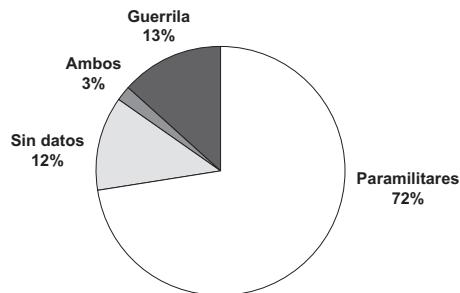
Figura 7. Estado civil



Pertenencia a un grupo armado: según la organización armada de la cual se desmovilizaron, 72% de ellos eran paramilitares, 13% habían

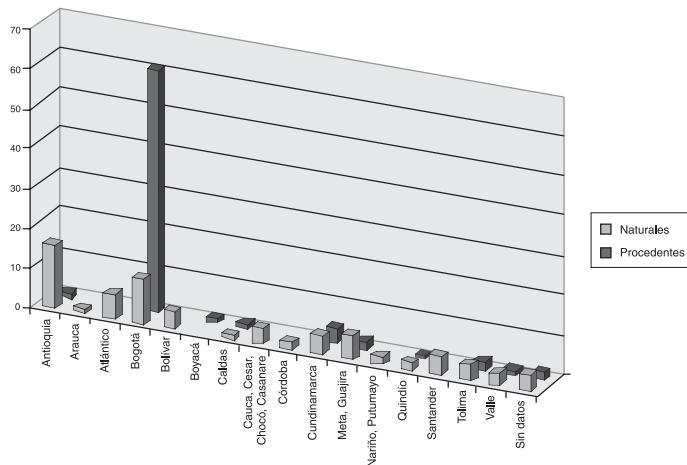
pertenecido a la guerrilla, 3% habían militado en ambos grupos y del 12% no se tienen datos (Figura 8).

Figura 8. Organización de origen



Origen y procedencia: se observa que, según el origen, hay una distribución de diferentes partes de Colombia, con mayor número de integrantes naturales de Antioquia y Bogotá, que suman aproximadamente el 25% de la población de Colombia. Un dato importante surge cuando se cruza la información con respecto al área de procedencia, donde la gran mayoría se encontraba residiendo en Bogotá (Figura 9).

Figura 9. Distribución según origen y procedencia



De acuerdo con el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), de la American Psychiatric Association, la clasificación multiaxial de los trastornos encontrados se clasifican según los ejes I y II:

mente el 25% de la población de Colombia. Un dato importante surge cuando se cruza la información con respecto al área de procedencia, donde la gran mayoría se encontraba residiendo en Bogotá (Figura 9).

Eje I: según el diagnóstico consignado en la historia clínica, se observa que el principal fue el de dependencia múltiple a sustancias. Los demás diagnósticos fueron variados: trastorno de discontrol de impulsos en 7 casos, esquizofrenia

paranoide en 6, episodio psicótico agudo en 4 casos, episodio depresivo en 3, trastorno de ansiedad en 2 y trastorno afectivo bipolar (TAB) en 1. Inicialmente no hubo diagnósticos de trastorno por estrés postraumático.

Eje II: 4 participantes tuvieron diagnóstico de retardo mental y 20 de trastorno de la personalidad.

De ellos 4 con trastorno límite de la personalidad, 15 con trastorno sociopártico y 1 con trastorno esquizoide (Figura 10).

Se documentó ideación suicida en 35 participantes, 27 no tenían ideación suicida y en 14 no se pudo establecer la existencia de tal tipo de ideas (Figura 11).

Figura 10. Diagnóstico en el eje II

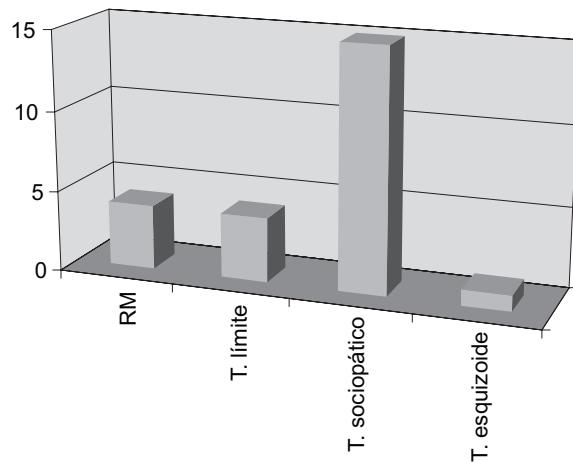
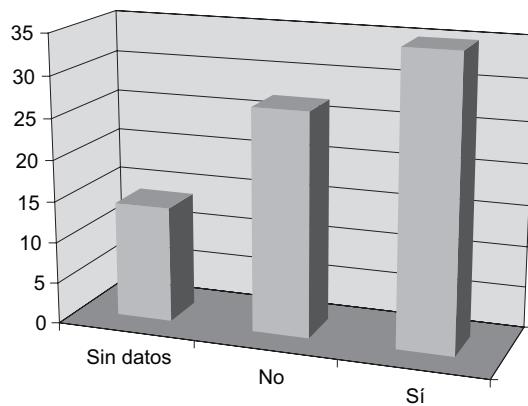


Figura 11. Presencia de ideación suicida



CAPS

Los participantes fueron entrevistados por un residente de psiquiatría que estaba rotando en el programa. Requirió el acompañamiento de otra residente, quien debió ser presentada y aprobada por los participantes. Inicialmente fue conservada como acompañante y luego algunos permitieron que ella los entrevistara. Se aplicaron 21 cuestionarios CAPS; pero existió mucha dificultad en la aplicación de la escala, dado que al ser interrogados sobre experiencias traumáticas los pacientes desencadenaron en muchas oportunidades episodios de agitación, que requirieron contención y parar la entrevista.

Resultado: de 21 escalas CAPS administradas, 12 tuvieron resultado positivo para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (57% de positividad). Aparte del diagnóstico establecido por la escala, el relato adicional motivó cuadros de agitación o ansiedad, por lo cual requirió en la mitad de ellos ser administrada en más de una sesión (Tabla 2).

Prueba de figura humana

Se realizaron 23 pruebas de Machover, test proyectivo basado en el dibujo de figuras humanas de diferente género. De este test se analizaron los mecanismos de defensa, la integridad del yo y la prueba de realidad. Parte del test

Tabla 2. Eventos traumáticos reportados y seleccionados

Evento	No.
Maltrato infantil	2
Abuso sexual	2
Otros	12
De guerra	
Testigo	2
Muerte de familiar, pareja o amigo violencia	9
Agresión contra paciente	1
Sujeto como agresor	4
Combate	10
Salida de la organización	3
Otros	5

es la representación gráfica de la figura y su ejecución. Otra parte la constituye el relato que el paciente realiza de las figuras que ha dibujado.

En cuanto a los mecanismos de defensa utilizados por los participantes, se observó que en su mayoría eran primitivos y propios de funcionamiento psicótico o de trastornos graves de la personalidad, como son la omnipotencia, devaluación, disociación primitiva, identificación proyectiva. Algunos mecanismos de defensa no son tan primitivos e incluyen la negación, la compensación y la sublimación.

La integridad del yo se vio alterada en 23 de las pruebas, ya sea por estructuras debilitadas, escindidas o en proceso de consolidación. Es visible, por ejemplo, en los grafismos pobres, con figuras

incompletas. La prueba de realidad se evidenció alterada en 22 pruebas, fue nula en 9 casos y baja en los 13 restantes.

Discusión

La hipótesis inicial de la existencia de eventos protectores de la presentación del trastorno de estrés postraumático en la población de reinsertados de grupos armados irregulares presentada no se pudo comprobar; en su lugar, se evidenció que pese a que el personal de salud que atendió a esta población estaba entrenado y tenía experiencia en el diagnóstico y manejo de pacientes con este trastorno, inicialmente no fue diagnosticado. La explicación de la existencia de trastorno de la personalidad antisocial está limitada a unos pocos casos.

La pregunta de investigación inicial acerca de cuáles son los factores que explican la aparente protección de estos pacientes a desarrollar trastorno de estrés postraumático llevó a considerar aspectos de la masculinidad, la institución y los observadores. Se partió de que la pertenencia a grupos armados irregulares había expuesto a los participantes a eventos generadores de estrés postraumático, ya que existieron hechos que pusieron su vida en riesgo o que fueron testigos de hechos que amenazaron la vida de otros. Se debe tener en cuenta que los pacientes incluidos en la muestra fueron remitidos por tener

problemas de salud mental, principalmente dependencia a sustancias y trastornos psicóticos. Ninguno de ellos fue remitido por problemas de estrés postraumático.

Como limitaciones del estudio podemos anotar que no se dispone de datos de salud mental de la población de referencia, esto es, desmovilizados que no hayan desarrollado síntomas psiquiátricos, para tener un grupo de comparación y evaluar la validez externa de los hallazgos. Otra limitación está en la dificultad de la aplicación de escalas y pruebas proyectivas, debido a la rememoración de eventos traumáticos que desencadenan situaciones de revictimización. Los mecanismos de defensa que incluyen la escisión, la disociación y la negación pueden dar resultados falsamente negativos. Otra limitación la constituye el no disponer de datos completos sobre aquellos que no culminaron el proceso o fueron excluidos.

Dentro de las fortalezas del estudio están la triangulación de información; además, que las encuestas y las pruebas psicológicas fueron realizadas por personal que estuvo en contacto con los pacientes, pues no es fácil obtener información sin un acercamiento previo a la población.

Los datos inicialmente observados evidencian que el estrés postraumático sí existe en este grupo; pero que por diversos hechos se manifiestan de forma diferente a lo observado en otras poblaciones.

Estos hechos incluyen sistemas de creencias de los desmovilizados, ocultamiento de síntomas, consumo de sustancias y mecanismos de defensa primitivos, además de situaciones de los observadores, quienes ante las historias de violencia extrema, actitud de protección personal y los prejuicios existentes sobre los grupos armados irregulares, dificultan un análisis más profundo. La permanencia en la institución psiquiátrica con jerarquía, redefinición de conductas y síntomas y manejo farmacológico y no farmacológico permitieron una integración de algunos pacientes y un entendimiento de creencias ligadas al género.

La caracterización de la población, predominantemente desmovilizados de grupos paramilitares, muestra que se trata de hombres jóvenes, con tendencia a baja educación, uniones conyugales no viéntes, con presencia de indigencia previa, importante consumo de sustancias psicoactivas y variedad de diagnósticos psiquiátricos, que incluyen trastornos graves de la personalidad, retardo mental y trastornos psicóticos.

Luego de aplicar un instrumento específico y permitir un relato más detallado, el trastorno de estrés postraumático, que inicialmente no aparecía diagnosticado, tiene una presentación en más de la mitad de los casos analizados, hecho que difiere mucho del diagnóstico clínico inicial. Los eventos calificados como

estresantes por los participantes se relacionan con historias previas a la pertenencia del grupo armado, durante la pertenencia al grupo e, incluso, posteriores. Se destacan los hechos de violencia con elementos paranoides, que incluyen a los compañeros del grupo armado, la participación en masacres y el asesinato de familiares. Muchos integrantes relacionan más de tres eventos, que superan los considerados por el instrumento; otros condensan en un solo hecho varios eventos, por ejemplo, combates y luego describen más de tres combates con situaciones estresantes.

Se evidencia que la dificultad de observar el estrés postraumático en estos pacientes está mediada por la consideración de género. Así, los eventos de agitación psicomotora son descritos inicialmente como violencia en paramilitares o guerrilleros, sin considerar situaciones clínicas como la presencia de rememoraciones o trastornos de ansiedad y psicosis. Los sistemas de creencia ligados a género nos permiten explorar las variaciones conductuales y sintomáticas de este grupo poblacional con respecto a otros grupos (militares y población civil).

Conclusiones

El estudio resalta la importancia de los sesgos de los observadores en temas que tienen que ver con la cultura, el género y los valores en la negación o realización del diag-

nóstico psiquiátrico. De particular relevancia está el hecho de que los observadores han sido espectadores o víctimas del conflicto social en Colombia y las dificultades de mantener los prejuicios por fuera de la relación terapéutica.

El estrés postraumático existe en reintegrados de grupos paramilitares y guerrilla; pero está pobremente reconocido y diagnosticado, entre otros factores, por el sistema de creencias, tanto de los desmovilizados como de los observadores. Por otra parte, existen manifestaciones del estrés postraumático que no corresponden a la manifestación clínica presentada en otros grupos, en parte debido a estrategias de manejo de las manifestaciones psiquiátricas que han sido censuradas en los grupos armados irregulares. Dentro de ellas es de especial importancia el consumo de sustancias, el cual puede ayudar a los integrantes a manejar síntomas ligados a la ansiedad y el trauma, aunque puede considerarse además como comorbilidad o factor de vulnerabilidad para el desarrollo de sintomatología psiquiátrica. También este pudiera ayudar a los ex integrantes de aquellos grupos a mantener una disociación y amnesia ante recuerdos intrusivos.

Desde un abordaje constructivista, podemos evidenciar la evolución del diagnóstico de estrés postraumático como una categoría que incluye valores morales; así, es reservado a las víctimas y negada a

los victimarios. Debemos profundizar en aspectos clínicos particulares en personas que han participado en grupos armados irregulares y reconocer variaciones clínicas y factores asociados que modifican el curso clínico y pronóstico. Uno de los aspectos que se deben en cuenta es el del abordaje de masculinidad para abrir opciones de entendimiento y construcción de una identidad más positiva y adulta.

El presente estudio nos muestra que la pertenencia a grupos armados irregulares es una opción para hombres con historias de desarraigamiento, abandono y pobreza, que los dota de sentido, pertenencia, imagen de fuerza y poder fruto de la violencia. La reincorporación a la vida civil puede ser problemática.

Es importante tener en cuenta consideraciones del contexto no sólo clínico, sino del biográfico y social, a fin de ampliar el análisis al menos a tres generaciones, según el modelo sistémico, para entender patrones y guiones familiares, al igual que intentar una comprensión más completa del fenómeno de la violencia.

Recomendaciones

Se deben realizar más estudios en el campo de la violencia profundizando la mirada del hombre no sólo como victimario, sino en cierta medida como víctima de experiencias y condiciones de vulnerabilidad. Ser hombre en un conflicto

armado puede mostrar dificultades en la construcción de una imagen de masculinidad positiva, creadora y libre.

Así mismo, para pensar en un proceso de reintegración social de los participantes debemos tener en cuenta las dificultades que emergen desde cada una de las historias, de los valores, creencias y opciones dada la complejidad de los factores que intervienen. En el caso de la violencia en Colombia, debemos reconocer aspectos como la incorporación de menores de edad al conflicto armado, la existencia de masacres con actos extremos de violencia y otros que llevan a pensar en la dificultad de lograr una integración a la vida civil. Es difícil pensar en una verdadera reinserción sino integramos aspectos como la reparación (ya sea simbólica) y el reconocimiento de la alteridad.

Un aspecto importante que es necesario destacar es la necesidad de manejar estos casos manteniendo la seguridad del personal que trabaja e investiga los fenómenos de violencia; además, cuidar no sólo los aspectos de la violencia física, sino también aquellos derivados, por ejemplo, de escuchar estos relatos, que puede afectar la salud mental de los terapeutas.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. Arlington: American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV. 2000. 943 p.
2. Arroyo R, Valladares L. Violencia sexual contra las mujeres. Serie Documentos Técnicos Jurídicos. No 2. Corte Penal Internacional y Justicia de Género. Santiago: Corporación Humanas Chile. 2006. 125 p.
3. Vallejo J, Leal C. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Medica; 2003. 2439 p.
4. Bourdieu P. Razones prácticas. Barcelona: Anagrama; 1997. 232 p.
5. Caicedo C (coord). Masculinidades y violencia intrafamiliar. Bogotá: Política Nacional de construcción de paz y convivencia familiar Colombia; 2001. s.p.
6. Gianfranco C., Lane G, Ray W. Irreverencia, una herramienta de supervivencia para terapeutas. Buenos Aires: Paidós; 1996. 104 p.
7. Comisión de Estudios sobre la Violencia. Colombia: violencia y democracia. Bogotá: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Colombia, Conciencias; 1987. s. p.
8. Di Grande L, Perrin MA, Thorpe LE, Murphy J, Wu D, Farfel M, et al. Posttraumatic stress symptoms, PTSD and risk factors among lower Manhattan residents 2-3 years after the September 11, 2001 terrorist attacks. *J Trauma Stress*. 2008;21(3): 264-73.
9. García JB, García MB, Barba AC, Gonzalez MP. Trastorno de estrés postraumático. Madrid: Masson; 2000.
10. Garda R. Modernidad y violencia de los hombres. Reflexiones desde la masculinidad sobre el espacio-tiempo y el poder. *Revista La Ventana*. 1998;(8):174-206.
11. Gutiérrez J, Gallo D. Violencia y criminalidad en Santa Fe de Bogotá: Posibles determinantes y relaciones de doble causalidad. Bogotá: Estudios de Economía y Ciudad - Secretaría de Hacienda de Bogotá - Dirección de estudios económicos; 2002. 36 p.
12. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar R, et al. Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New York: Brunner/Mazel; 1990. 322 p.

13. Meertens D, Segura N. Las rutas del género en el desplazamiento forzoso. *Revista Javeriana*. 1997;635:361-9.
14. Mueser KT, Salyers MP, Rosenberg SD, Goodman LA, Essock SM, Osher FC, et al. Interpersonal trauma and post-traumatic stress disorder in patients with severe mental illness: demographic, clinical, and health correlates. *Schizophr Bull*. 2004;30(1):45-57.
15. Pineda J, Otero L. Género, violencia intrafamiliar e intervención pública en Colombia. *Revista de Estudios Sociales*. 2004;(17):19-31.
16. Stewart SH, Grant VV, Ouimette P, Brown P. Are gender differences in post-traumatic stress disorder rates attenuated in substance use disorder patients? *Canadian Psychology*. 2006;47(2):110-24.
17. Turakhia M, Grubb B, Gregoratos G. The Irritable Heart. *J Hosp Med*. 2008;3(5):423-9.
18. Von Foerster H. Las semillas de la cibernética. Paidós: Buenos Aires; 1992. 221 p.
19. Yehuda R, MacFarlane AC. Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *Am J Psychiatry*. 1995;152(12):1705-13.
20. White M. Guías para una terapia familiar sistémica. Buenos Aires: Gedisa; 1994. 236 p.
21. Zlotnick C, Zimmerman M, Wordsdorf BA, Mattia JL. Gender differences in patients with posttraumatic stress disorder in a general psychiatry practice. *Am J Psychiatry*. 2001;158(11):1923-5.

Conflictivo de interés: Los autores niegan cualquier conflicto de interés en este artículo.

*Recibido para evaluación: 10 de noviembre del 2008
Aceptado para publicación: 2 de abril del 2009*

Correspondencia
Ricardo de la Espriella
Clinica de Nuestra Señora de La Paz
Calle 13 No. 68F-25
Bogotá, Colombia
delae@gmail.com