

Artículo original

Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática

Adalberto Campo-Arias^{a,*}, Heidi Celina Oviedo^b y Edwin Herazo^c

^a Grupo de Investigación del Comportamiento Humano, Director de Investigaciones y Publicaciones, Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá, Colombia

^b Profesora Asociada, Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), Grupo de Investigación del Comportamiento Humano, Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá, Colombia

^c Grupo de Investigación del Comportamiento Humano; candidato a doctor en salud pública de la Universidad Nacional de Colombia, Director, Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de diciembre de 2013

Aceptado el 1 de julio de 2014

On-line el 1 de agosto de 2014

Palabras clave:

Trastornos mentales

Prevalencia

Conflictos armados

Colombia

Revisión sistemática

R E S U M E N

Antecedentes: En Colombia el conflicto armado interno es problema de salud pública, dado que genera distintas formas de violencia (desapariciones, desplazamientos, masacres, torturas y violencia sexual). La violencia es un estresor que menoscaba la salud mental de la población colombiana; sin embargo, no hay precisión sobre la prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en personas víctimas de la violencia en situación de desplazamiento.

Objetivo: Revisar la prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento forzado en Colombia durante las últimas dos décadas (1994-2013).

Método: Se llevó a cabo una revisión sistemática de los estudios disponibles publicados durante los últimos 20 años. Se tomaron como palabras clave “conflicto armado”, “trastornos mentales”, “salud mental”, “prevalencia” y “Colombia”. Se observó la frecuencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales.

Resultados: Se incluyeron 13 estudios en los que participaron personas adultas. La prevalencia de síntomas se observó en un 9,9-63%; la de posibles casos, en un 21-97,3%, y la de trastornos mentales, en un 1,5-32,9%.

Conclusiones: La prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en este grupo poblacional es alta. Este hallazgo se debe interpretar con precaución debido a la alta heterogeneidad y la baja calidad de los estudios. Se necesitan estudios en el área.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: campoarias@comportamientohumano.org (A. Campo-Arias).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.003>

0034-7450/© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Prevalence of Mental Symptoms, Possible Cases and Disorders in Victims Displaced by the Internal Armed Conflict in Colombia: A Systematic Review

A B S T R A C T

Keywords:

Mental disorders
Prevalence
Armed conflicts
Colombia
Systematic review

Background: In Colombia, the internal armed conflict is a public health problem that generates various forms of violence (forced disappearances, forced displacement, massacres, torture and sexual violence). Violence is a major psychosocial stressor that impairs the mental health of the Colombian population. However, there are no real estimates on the prevalence of mental symptoms, possible cases and disorders in victims of violence in displacement situations.

Objective: To determine the prevalence of mental symptoms, possible cases and disorders due to the forced displacement of victims of the armed conflict in Colombia during the past two decades (1994-2013).

Method: A systematic review was carried out on all available studies published over the last twenty years. The keywords used were "armed conflict", "mental disorders", "mental health", "prevalence" and "Colombia". Authors observed the frequency of symptoms, possible cases, and mental disorders.

Results: Thirteen studies involving adults were included. The prevalence of symptoms was observed as between 9.9% and 63%; possible cases, between 21% and 97.3%; and mental disorders, between 1.5% and 32.9%.

Conclusions: The prevalence of symptoms, possible cases and mental disorders is high in this Colombian population. This finding should be interpreted with caution due to the high heterogeneity and low quality of the studies. More research is needed.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Desde hace cinco décadas, en Colombia el conflicto armado interno es un problema de salud pública que genera distintas formas de violencia sociopolítica perpetrada a través de desapariciones y desplazamientos forzados, masacres, torturas y violencia sexual¹⁻³. La violencia sociopolítica se entiende como la forma de conflicto o lucha social y política con el propósito de modificar, sustituir o acabar un modelo de Estado vigente o con el fin de destruir el accionar de un colectivo humano con identidad étnico-racial, sexual, gremial, ideológica, política, social o religiosa^{4,5}.

Las formas de violencia sociopolítica que se presentan en el conflicto armado interno se traducen en daños materiales e inmateriales a personas, familias, comunidades y el sujeto colectivo. Los daños materiales posibles son lucro cesante, daño emergente y gastos. Por su parte, los daños inmateriales lo representan el sufrimiento moral, el cambio en el proyecto de vida y deterioro en la vida de relación de las comunidades y el sujeto colectivo^{4,6,7}.

El estudio de salud mental más reciente realizado en población general de Colombia (2003) mostró que, entre los adultos de 18-65 años, la prevalencia de trastorno mental alguna vez en la vida fue del 40,1%; durante el último año, el 16,0%, y durante el último mes (prevalencia actual o puntual), el 7,4%. Estas frecuencias se establecieron mediante personas legas entrenadas que aplicaron una entrevista estructurada⁸.

Dada la asociación estadística entre la presencia de estresores psicosociales y el bienestar emocional⁹⁻¹³, se puede

esperar una alta prevalencia de síntomas o trastornos mentales entre las víctimas de conflictos armados¹⁴⁻²². Dos revisiones sistemáticas muestran un alto número de casos de trastornos en personas en situación de desplazamiento interno y de refugiados en un país distintos del de origen^{14,15}. La primera revisión, que incluyó 20 estudios en que participaron personas refugiadas en otro país, observó que el 9% de los participantes presentaron trastorno de estrés post-traumático (TEPT); el 5%, trastorno depresivo mayor y el 4%, trastorno de ansiedad generalizada¹⁴. La segunda revisión más reciente resumió los hallazgos de 161 estudios en los que participaron personas expuestas a conflictos armados y desplazamiento de 40 países, y se observaron prevalencias del 30,6% de TEPT y el 30,8% de trastorno depresivo mayor¹⁵.

Además de la violencia directa relacionada con el conflicto armado, las personas en situación de desplazamiento afrontan el estigma, el prejuicio y la discriminación producto del estereotipo negativo asociado a las personas y los colectivos desplazados, de tal suerte que estos ciudadanos se constituyen en víctimas por diferentes razones en un fenómeno de estigmatización múltiple, intersectorial, polivictimización y revictimización²³⁻²⁷.

A pesar del gran impacto negativo en la salud mental por las distintas formas de violencia en la población colombiana, no se conoce con precisión la prevalencia de trastornos mentales entre las víctimas del conflicto armado. Lamentablemente, esto es un fenómeno universal. No hay en el mundo estudios formales que muestren cuáles son las necesidades específicas en salud mental de las víctimas de

conflictos armados, menos aún si a ello se suma la situación de desplazamiento^{28,29}.

Es necesario conocer los síntomas y trastornos mentales que con mayor frecuencia sufren las personas en situación de desplazamiento víctimas del conflicto armado político colombiano³⁰. Esta información epidemiológica es esencial en salud pública para el diseño de planes e implementación de programas orientados a la recuperación del bienestar de este colectivo³¹.

El objetivo del presente estudio es revisar la prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales entre las víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia durante las últimas dos décadas (1994-2013).

Método

Se llevó a cabo una revisión sistemática de los estudios publicados en los buscadores Bireme, Google Académico y PubMed durante los últimos 20 años desde enero de 1994 hasta diciembre de 2013. Se tomaron como palabras clave “conflicto armado”, “trastornos mentales”, “salud mental”, “prevalencia” y “Colombia”. Se usaron estas palabras tanto en español como en inglés y portugués en diferentes combinaciones para asegurar que se identificara el mayor número de publicaciones. La búsqueda de estudios se completó con la revisión manual de las referencias citadas en las publicaciones primeramente identificadas. Se incluyeron estudios transversales publicados (no literatura gris) que tuvieran disponible al menos el resumen en los buscadores utilizados y fuera posible contar con todo el documento completo en caso de pasar la primera fase. Se revisaron publicaciones sin considerar la técnica usada para la evaluación de los síntomas, posibles casos o trastornos mentales que informaran la prevalencia puntual de síntomas entre las víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento. No se consideraron para esta revisión los trabajos de grado ni los estudios en que participaron solo niños, niñas y adolescentes.

Primero, se escribieron los autores y el año de publicación. Seguidamente, precisó el tamaño de la muestra y la técnica de medición de los síntomas, posibles casos o trastornos y, finalmente, la prevalencia. Por su parte, en el análisis de riesgo de sesgos en los estudios individuales se consideraron de alta calidad según el tamaño de muestra (grande, 100 o más participantes), tipo de muestreo (probabilístico) y confiabilidad de las mediciones (entrevista clínica estructurada). Dos de los autores llevaron a cabo este proceso de manera independiente. Las discrepancias se solucionaron en la nueva revisión del informe, y en caso de que la discrepancia persistiera, se llegó a un consenso.

Se realizó un análisis descriptivo de las publicaciones en que en cada investigación se precisó la ciudad o región de Colombia en que se realizó el estudio y se informó el tamaño de la muestra, el tipo de muestreo, la edad de los participantes, el instrumento o técnica de medición o identificación de los síntomas, posibles casos (medidos con escalas) o trastornos mentales (por entrevista clínica estructurada o no) y el número o la prevalencia de estos en frecuencias observadas o porcentajes. En caso de que la frecuencia y el porcentaje no se

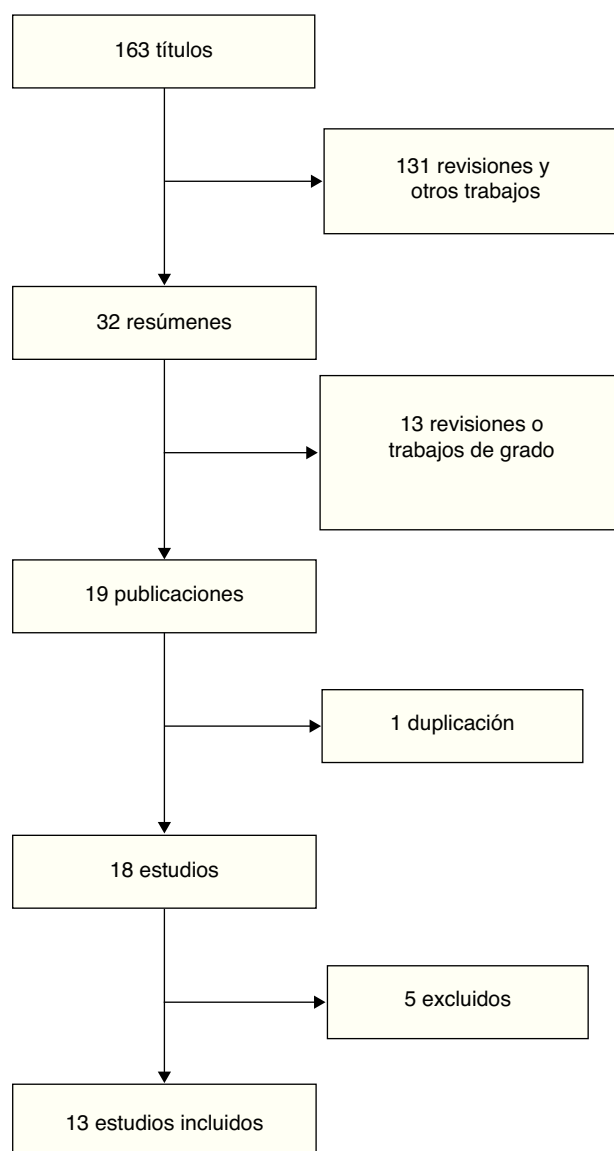


Figura 1 – Flujograma del proceso de inclusión de estudios.

explicitaran, se hizo una estimación basada en la información disponible en el artículo.

Resultados

Inicialmente se identificaron 163 títulos; tras eliminar 131, se revisaron 32 resúmenes. En total, 19 publicaciones informaron los hallazgos de 18 estudios. Se excluyó una primera publicación porque duplicaba la información presentada en otra³². De los 18 estudios restantes, se excluyeron 5: dos que seguían un diseño de casos y controles, que no permite estimar prevalencias^{33,34}; dos que incluían tanto a niños y adolescentes como a adultos y no separaron por edades la presentación de los hallazgos^{35,36}, y una muestra constituida por excombatientes de la guerrilla o paramilitares y no víctimas civiles del conflicto armado³⁷. Finalmente, se revisó la información presentada en 13 estudios³⁸⁻⁵⁰. En la figura 1 se presenta el diagrama de flujo de la selección de estudios revisados.

En general, se observó que los estudios incluyeron a participantes de diferentes regiones del país, especialmente ciudades capitales que han recibido gran número de personas en situación de desplazamiento. Asimismo, predominaron los diseños de muestreo no probabilístico, por conveniencia. En estos estudios participó un total de 23.823 personas (queda la duda sobre la duplicación de evaluación en publicaciones de los mismos autores que informaron de distintos síntomas o trastornos).

Por su parte, la edad de los participantes varió ampliamente; los estudios incluyeron a personas entre 16 y 83 años de edad. No obstante la intención inicial de incluir solamente estudios con participantes mayores de edad, se dejaron dos trabajos con gran número de participantes que incluyeron a unos pocos entre 16 y 17 años.

En relación con la calidad de las investigaciones, se observó que los investigadores contaron con muestras pequeñas (menos de 100 participantes) en dos estudios. Según las mediciones, se utilizaron escalas para evaluación de síntomas en 8 de los 13 estudios; tres emplearon entrevistas (dos, no estructuradas y uno, estructurada), y dos estudios evaluaron la presencia de síntomas. En uno de los estudios los autores emplearon tanto una escala como el informe de síntomas. Ninguno de los estudios informó del desempeño psicométrico de las escalas de medición empleadas. Un único estudio cumplió los tres criterios de alta calidad⁴⁰.

A pesar de que la heterogeneidad de los muestreos y las mediciones dificultan las comparaciones de los estudios, en general las prevalencias pueden resumirse así: la prevalencia de síntomas fue de un 9,9–63%; la de posibles casos (medidos con escalas), un 21–97,3%, y la de trastornos mentales formales (por entrevista clínica estructurada o no), un 1,5–32,9%. En la [tabla 1](#) se presentan los detalles de los hallazgos (los estudios se listan en orden cronológico de publicación).

Discusión

Esta revisión observa alta heterogeneidad en las características de los estudios que informan de la prevalencia de síntomas y trastornos mentales entre las víctimas del conflicto armado en situación desplazamiento interno y, en consecuencia, una amplia brecha en las prevalencias de síntomas, posibles casos y trastornos mentales identificados.

A pesar de que han transcurrido más de 50 años del conflicto armado interno en Colombia, se encuentran pocos estudios sobre la frecuencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales entre las personas expuestas directamente a los distintos tipos de violencia observables en conflictos sociopolíticos¹⁻³. No se identificaron estudios epidemiológicos previos al año 2000 y, una vez entrados en el siglo XXI, el número de estudios alcanzó la media aproximada de un artículo por año, escaso para la magnitud y las repercusiones del problema en diferentes contextos y ámbitos de la vida del país. Los estudios transversales disponibles son muy heterogéneos en las características de las poblaciones participantes y en las evaluaciones de síntomas, posibles casos o trastornos mentales. No obstante, los datos dejaron ver la alta frecuencia de síntomas de ansiedad y depresivos, posibles casos y trastornos mentales formales, en particular los relacionados

con estresores y eventos traumáticos como trastorno de estrés postraumático (TEPT)³⁸⁻⁵⁰. Este hallazgo concuerda con los estudios que señalan alta prevalencia de síntomas emocionales entre las personas que afrontan estresores psicosociales importantes⁹⁻¹³ y también la alta frecuencia de posibles casos de trastornos mentales cuantificados con escalas de medición¹⁶⁻²² y trastornos mentales formales como TEPT, trastornos depresivos y trastornos de ansiedad^{14,15}.

La alta morbilidad en salud mental entre las víctimas del conflicto armado y en situación de desplazamiento se explica por la asociación entre bienestar emocional y las adversidades relacionadas con los diferentes tipos de violencia que sufren estos ciudadanos y, por otra parte, por las desavenencias propias de la situación de desplazamiento²³⁻²⁷. La migración de las zonas rurales a las zonas urbanas en búsqueda de «seguridad» tiene impacto psicosocial en las personas y las familias, como aislamiento social, desarraigo, menoscabo de la vivencia social de la estructura familiar, disolución de la comunicación y vínculos con amistades, detrimento patrimonial y control y manipulación por parte de instituciones burocráticas y sociopolíticas⁵¹.

Por otra parte, en Colombia las víctimas del conflicto armado interno han sido sujetos de un proceso complejo, dinámico y extenso de estigmatización, con diversos orígenes o perpetradores, es decir, múltiple estigmatización, polivictimización y revictimización²³⁻²⁵. El estigma por la situación de desplazamiento es un estresor adicional que deben afrontar las víctimas del conflicto armado⁵².

La situación de desplazamiento con frecuencia implica desempleo y exclusión social. Esta agregación de condicionantes negativos llevan a las víctimas del conflicto armado a estar por debajo de la línea de pobreza^{53,54}. Además, este colectivo ha sido estigmatizado simultáneamente por otras características menos discutidas y estudiadas en profundidad, como el sexo, la orientación sexual, la religión y la ascendencia étnico-racial, lo que incrementa el riesgo de malestar emocional⁵⁵⁻⁵⁷. Igualmente, algunas personas en situación de desplazamiento llegan al nuevo asentamiento con el calificativo de «indeseados sociales», pues se rumoreó o se les señaló de abuso infantil, abuso sexual o consumo de sustancias legales e ilegales, como una justificación razonable para llevar a cabo un procedimiento de «limpieza social» (exterminio); en estos casos, el solo cambio de residencia no es suficiente para reparar o devolver la dignidad lastimada y recuperar el completo bienestar emocional^{58,59}; más aún cuando el presidente Juan Manuel Santos (2010-2018) afirmó que no se podrá reparar a todas las víctimas y que el Estado colombiano no está en capacidad de atender a todas las víctimas al mismo tiempo⁶⁰.

Un modo particularmente importante de estigmatizar a las víctimas del conflicto armado interno, desde la perspectiva sanitaria, es la medicalización o psicologización del dolor o el sufrimiento relacionados con la violencia armada^{61,62}. Desde la visión de la biopolítica, la medicalización implica la conversión de los problemas sociales de la comunidad y políticos del país en «trastornos mentales», un desconocimiento en la responsabilidad gubernamental en el origen y en la resolución del conflicto y, por lo tanto, una forma de revictimización de estos ciudadanos⁶³.

En el ámbito de la salud, la discriminación de las personas víctimas del conflicto armado interno se materializa en

Tabla 1 – Resumen de los hallazgos de los estudios

Autores	Lugar	Muestra	Instrumento	Hallazgo
Cáceres et al ³⁸	Cartagena	1.425 adultos 700 personas Muestra por conglomerado (hogares)	'Síntomas psiquiátricos' (cinco o más) Escala de Zung para depresión	54,9% posible trastorno mental 34,7% SDIC
Puerta et al ³⁹	Sincelejo	878 adultos	Self-Reporting Questionnaire (SRQ), ≥ 7 de las primeras 20 preguntas	27,2% TMC
Alejo et al ⁴⁰	Bucaramanga	851 adultos, muestra aleatoria estratificada	TEPT (entrevista estructurada basada en DMS-IV)	21% TEPT
Echenique et al ⁴¹	Sincelejo	142 adultos, muestra no probabilística	TEPT (cuestionario de Davidson para Experiencias Traumáticas)	45,2% TEPT
Sánchez-Padilla et al ⁴²	Ibagué y zonas rurales de Tolima	1.745 adultos, por conveniencia	Criterios DSM-IV	21,9% trastorno depresivo mayor 12,5% trastorno por estrés agudo 9,2% trastorno de adaptación 7,4% TEPT 32,9% otros trastornos de ansiedad 14,8% otros trastornos 97,3% posible TEPT
Sinisterra et al ⁴³	Bogotá	110 adultos de 19-74 años	Escala estructurada breve para el diagnóstico de TEPT	
Andrade et al ⁴⁴	Armenia	100 adultos de 20-83 años	Inventario de Derogatis SCL-90-R	14% ideación paranoide 13% obsesión-compulsión 13% depresión 12% ansiedad 12% somatización 10% sensibilidad interpersonal y ansiedad fóbica 7% psicoticismo
Andrade et al ⁴⁵	Armenia	30 mujeres de 16-70 años, por conveniencia	Síntomas de trastorno bipolar del MDQ	63% tendencia a la distracción 53% comportamiento hiperactivo
Juárez et al ⁴⁶	Boyacá	93 adultos, por conveniencia	TEPT (cuestionario de Davidson para Experiencias Traumáticas) GHQ-28	50,5% TEPT 74,2% TMC
Richards et al ⁴⁷	Medellín	106 adultos, por conveniencia	Escalas de autoinforme de síntomas de ansiedad, depresivos y TEPT	88% síntomas TEPT 59% síntomas de ansiedad 41% síntomas depresivos
Bell et al ⁴⁸	Caquetá Cauca Nariño Putumayo	6.353 mayores de 16 años, revisión de historia clínica de consultantes, por conveniencia	Síntomas	46,8% ánimo deprimido 39,9% preocupación y desesperanza 23,4% miedo 19,9% ansiedad 16,7% llanto 16,6% problemas con el sueño 14,0% dolores físicos 9,9% pensamientos intrusos
Torres et al ⁴⁹	18 departamentos	11.990 adultos, no probabilística	Self-Reporting Questionnaire	32,0% posible trastorno mental 29,3% posible psicosis 10,3% alcoholismo
Hernández et al ⁵⁰	Valle	151 usuarios registrados como desplazados atendidos, por conveniencia	Evaluación clínica no estructurada	1,5% trastorno mental

MDQ: Mood Disorder Questionnaire; SDIC: síntomas depresivos con importancia clínica; TEPT: trastorno de estrés postraumático; TMC: trastorno mental común (síntomas ansiosos y/o depresivos).

barreras de accesos a servicios integrales de salud, en atención psicosocial deficiente o de dudosa calidad y en todo el proceso de fragmentación de la atención cuando se logra acceder al sistema de salud^{52,64-66}. No obstante, con frecuencia la medicalización es la única puerta de acceso a las instituciones del Estado con que cuentan estas personas para el reconocimiento oficial como víctimas del conflicto y poder aspirar a algunas de medidas de reparación o apoyo institucional oficial⁶⁷.

Por otra parte, desde la perspectiva sociológica, la representación social negativa que se ha dado en la sociedad colombiana a individuos y grupos víctimas en situación de desplazamiento y al fenómeno de discriminación y marginación asociada ha negado y niega la solidaridad social colectiva necesaria, de ciudadanos e instituciones de una nación (escaso capital social en el país), para afrontar un problema social y político de grandes dimensiones y repercusiones, como el largo conflicto armado interno colombiano⁶⁸.

Por último, se debe considerar la situación de autoestigmatización y autodiscriminación de las víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento, similar a lo que se observa en el estigma y la discriminación por otra condición o situación⁶⁹. La autoestigmatización implica la internalización o aceptación implícita del estereotipo social negativo de la propia condición o situación⁷⁰. Algunas personas en situaciones de adversidad se autoestigmatizan cuando tienen la necesidad de recibir asistencia de instituciones estatales. En la sociedad actual que sobrevalora el individualismo y la cultura de la autosuficiencia⁷¹, el incumplimiento del rol de proveedor de la familia y el retroceso en la sensación de independencia tienen una valoración negativa, y es frecuente que las personas que sufren calamidades traten de mostrar que no son realmente pobres²³. Recibir ayuda de organizaciones estatales y no gubernamentales implica una pérdida de estatus y lleva a un fenómeno de autoexclusión⁷².

Todo lo anterior denota que las secuelas del conflicto armado interno trascienden el diagnóstico de un trastorno mental. La condición de víctima lleva implícita una serie de daños materiales y consecuencias psicosociales de origen multifactorial que van más allá del enfrentamiento de diversos bandos en un conflicto armado y tienen que ver con los modelos de Estado y de sociedad^{4,5,7,54,62,64,67}.

En Colombia, es indispensable contar con estudios epidemiológicos que muestren la prevalencia de trastornos mentales relacionados directamente o no con la violencia sociopolítica y el fenómeno de desplazamiento forzado interno, preferiblemente con el uso de entrevistas estructuradas y que, además, identifiquen las necesidades sentidas de la población, y probar la efectividad de las intervenciones psicosociales reparativas, más aún cuando se prevé un largo periodo posconflictivo^{28,29}. Esto implica acciones intersectoriales, longitudinales, que incluya la preparación de los futuros especialistas en psiquiatría no solo en el manejo de casos individuales relacionados con la violencia sociopolítica, sino también para liderar los equipos de salud mental en acciones colectivas con base comunitaria o desarrollo social inclusivo⁷³⁻⁷⁵.

En consecuencia, las acciones políticas del gobierno colombiano para afrontar el fenómeno del desplazamiento forzado interno y el proceso de atención a la población en situación de desplazamiento incluye un conjunto de normas: Ley 387 de 1997, Ley 1190 de 2008, Ley 1448 de 2011 (Ley de Víctimas) y recientemente la Ley 1616 de 2013 (Ley de Salud Mental), el Proyecto de Ley Estatutaria de Salud de 2013 (Proyecto de Ley 209 de 2013 de Senado y 267 de 2013 de Cámara), proyecto de reforma del sistema de salud (Proyecto de Ley 210 de 2013 de Senado) y el Acto Legislativo 01 de 2012 (Marco Jurídico para la Paz), así como la inclusión en la Ley 1438 de 2011 sobre atención primaria en salud (APS) y las modificaciones en el plan de beneficios del plan obligatorio de salud en salud mental (Acuerdo CRES 029 de 2011).

Parte de la respuesta a los problemas psicosociales, en particular, de las víctimas del conflicto armado interno se concretó en el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)⁷⁶. Las instancias gubernamentales entienden la atención psicosocial, que se plasma en la Ley 1448 de 2011, como «los procesos articulados de servicios que buscan mitigar, superar y prevenir los daños e impactos a la integridad

psicológica y moral, al proyecto de vida y la vida en relación, generados a las víctimas, sus familias y comunidades por las graves violaciones de Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario»⁷⁷. Asimismo, «el Estado realizará esfuerzos encaminados a que las medidas de atención, asistencia y reparación contenidas en la presente ley, contribuyan a la eliminación de los esquemas de discriminación y marginación que pudieron ser la causa de los hechos victimizantes»⁷⁶.

En teoría, la legislación y las políticas reflejan o moldean las actitudes públicas y funcionan como apoyo institucional a los grupos menos favorecidos o vulnerables para la resolución de problemas^{78,79}. En relación con la estigmatización, el Estado colombiano tomó medidas legislativas para evitar la discriminación por distintos rasgos^{76,77}. Pero con frecuencia se niega que las víctimas del conflicto armado interno sean sujetos de estigmatización y discriminación debido a la situación de desplazamiento. A esto se suma otro estigma si se reúnen criterios de trastorno mental, relacionado o no con el conflicto armado interno como precipitante y el consiguiente desplazamiento forzado. En la mayoría de los colectivos, reunir criterios de trastorno mental o recibir atención en salud mental es una causa frecuente de estigma, prejuicio y discriminación^{80,81}. No obstante, en el contexto mundial son escasos los estudios para explicar la asociación causal entre estigma y salud mental en poblaciones víctimas de la violencia y el desplazamiento forzado interno. Sin duda, la estigmatización intersectorial tiene un papel capital en la desigualdad e inequidad en salud mental de los colectivos víctimas de conflicto armado interno en situación de desplazamiento^{70,82}. Esto indica que los modelos y procesos de atención vigentes y propuestos toman una visión reduccionista del problema y tiende a perpetuar la estigmatización y revictimización^{4,6}. Es necesaria nueva normativa que tenga presente de una manera más holística el impacto negativo del conflicto armado y el desplazamiento interno en las víctimas^{5,24,27}.

La presente revisión describe los estudios que informaron de la prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales entre las personas en situación de desplazamiento debido al conflicto armado colombiano. No obstante, no permite contar con un buen estimador que compile los datos disponibles debido a la alta heterogeneidad de los diseños de investigación en el tipo de muestreo (probabilísticos y no probabilísticos) y en la técnica de evaluación de los síntomas, probables casos y trastornos (escalas de medición y entrevistas estructuradas y no estructuradas). Asimismo, un número importante de estudios incluyeron a sujetos de una amplia gama de edades y, posiblemente, lo más relevante, la mayoría de estas investigaciones identificaron los problemas de salud mental con listado de síntomas y escalas de medición. Estas limitaciones son las mismas observadas en revisiones sistemáticas precedentes con poblaciones víctimas de conflicto y en situación de desplazamiento de otros países^{14,15,83}. Es importante recordar que la entrevista clínica, preferiblemente estructurada, es la técnica más válida y confiable para el diagnóstico de cualquier trastorno mental^{84,85}.

Se concluye que es escaso el conocimiento sobre la prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales entre las víctimas del conflicto armado colombiano en situación de

desplazamiento. No obstante, es alta la prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en esta población. Los estudios muestran alta heterogeneidad. Se necesitan nuevos estudios mejor diseñados que informen de la prevalencia de trastornos mentales en muestras probabilísticas de víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento en todas las regiones de Colombia, utilicen entrevistas clínicas estructuradas en la evaluación diagnóstica y analicen el papel de la estigmatización relacionada con la situación de desplazamiento forzado en el bienestar emocional de este colectivo de ciudadanos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

El Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá, Colombia, financió esta revisión.

Conflicto de intereses

La Dra. Heidi Celina Oviedo es profesora asociada en la Universidad Autónoma de Bucaramanga y el Dr. Edwin Herazo es actualmente estudiante de doctorado en Salud Pública en la Universidad Nacional de Colombia.

BIBLIOGRAFÍA

- Leon CA. Unusual patterns of crime during La Violencia in Colombia. *Am J Psychiatry*. 1969;125:1564-75.
- Gómez-Restrepo C, Rodríguez N, De Restrepo LC, Pinilla C, López E, Díaz-Granado N, et al. Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, Colombia 1973-1996. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2003;32:223-36.
- Imbusch P, Misse M, Carrión F. Violence research in Latin America and the Caribbean: A literature review. *Int J Conflict Violence*. 2011;5:87-154.
- Arias BE. Salud mental, violencia política. Atender al enfermo psiquiátrico o reconocer al sujeto de la micropolítica. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2013;42:275-82.
- Mercy JA. Assaultive violence and war. En: Levy BS, Sidel VW, editores. *Social justice and public health*. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 294-317.
- Mildner S-A, Lauster G, Wodni W. Scarcity and abundance revisited: A literature review on natural resources and conflict. *Int J Conflict Violence*. 2011;5:155-72.
- Thomson F. The agrarian question and violence in Colombia: conflict and development. *J Agrar Change*. 2011;11:321-56.
- Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, Gómez LC. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2004;33:241-62.
- Villaverde ML, Gracia R, Morera A. Relación entre el estrés psicosocial y la patología psíquica: un estudio comunitario. *Actas Esp Psiquiatr*. 2000;28:1-5.
- Haftgoli N, Favrat B, Verdon F, Vaucher P, Bischoff T, Burnand B, et al. Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC Fam Pract*. 2010;11:67.
- Strömberg R, Backlung LG, Löfvander M. Psychosocial stressors and depression at a Swedish primary health care centre. A gender perspective study. *BMC Fam Pract*. 2011;12:120.
- Herzig L, Mühlemann N, Burnand B, Favrat B, Haftgoli N, Verdon F, et al. Development of mental disorders one year after exposure to psychosocial stressors; a cohort study in primary care patients with a physical complaint. *BMC Psychiatry*. 2012;12:120.
- Kidwai R. Demographic factors, social problems and material amenities as predictors of psychological distress: a cross-sectional study in Karachi, Pakistan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49:27-39.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005;365:1309-14.
- Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, Van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;302:537-49.
- Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*. 2005;294:602-12.
- Porter M, Haslam N. Forced displacement in Yugoslavia: a meta-analysis of psychological consequences and their moderators. *J Trauma Stress*. 2001;14:817-34.
- Hermansson AC, Timpka T, Thyberg M. The mental health of war-wounded refugees: an 8-year follow-up. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190:374-80.
- Brook DW, Brook JS, Rosen Z, De la Rosa M, Montoya ID, Whiteman M. Early risk factors for violence in Colombian adolescents. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1470-8.
- De Jong K, Van der Kam S, Ford N, Hargreaves S, Van Oosten R, Cunningham D, et al. The trauma of ongoing conflict and displacement in Chechnya: quantitative assessment of living conditions, and psychosocial and general health status among war displaced in Chechnya and Ingushetia. *Confl Health*. 2007;1:4.
- De Jong K, Kam VDS, Ford N, Lokuge K, Fromm S, Van Galen R, et al. Conflict in the Indian Kashmir Valley II: psychosocial impact. *Confl Health*. 2008;2:11.
- Badri A, Crutzen R, Van den Borne HW. Exposures to war-related traumatic events and post-traumatic stress disorder symptoms among displaced Darfuri female university students: an exploratory study. *BMC Public Health*. 2012;12:603.
- Fothergill A. The stigma of charity: gender, class and disaster assistance. *Sociol Q*. 2003;44:659-80.
- Miller KE, Rasmussen A. Mental health and armed conflict: the importance of distinguishing between war exposure and other sources of adversity: a response to Neuner. *Soc Sci Med*. 2010;71:1385-9.
- Soler L, Kirchner T, Paretilla C, Forns M. Impact of poly-victimization on mental health: The mediator and/or

- moderator role of self-esteem. *J Interpers Violence*. 2013;28:2695-712.
26. Mogollón AS, Vázquez ML. Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado. *Gac Sanit*. 2006;20:260-5.
27. Smith L, Chambers DA, Bratini L. When oppression is the pathogen: The participatory development of socially just mental health practice. *Am J Orthopsychiatry*. 2009;79:159-68.
28. Bar-Tal D. From intractable conflict through conflict resolution to reconciliation: Psychosocial analysis. *Polit Psychol*. 2000;21:351-65.
29. Baingana F, Bannon I, Thomas R. Mental health and conflicts: Conceptual framework and approaches. Washington: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank; 2005.
30. Krug EG, Mercy JA, Dalhberg LL, Zwi AB. El informe mundial sobre la violencia y la salud. *Biomédica*. 2002;22:326-36.
31. Kohn R, Levav I, Caldas JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18:229-40.
32. Ramírez A, Echenique C, Medina LM, Medina A-R. Sintomatología asociada al trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia en proceso de reubicación en la ciudad de Sincelejo. *Busqueda*. 2009;10:26-36.
33. Londoño NH, Muñiz O, Correa JE, Patiño CD, Jaramillo G, Raigoza J, et al. Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó Colombia). *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005;34:493-505.
34. Londoño A, Romero P, Casas G. The association between armed conflict, violence and mental health: a cross sectional study comparing two population in Cundinamarca department, Colombia. *Conflict Health*. 2012;6:12.
35. Obando K, Ocampo JO. Perfil epidemiológico de una población de desplazados residente en el barrio Plumón en la ciudad de Pereira. *Rev Med Risar*. 2001;7:15-23.
36. Las heridas menos visibles: Salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia. Bogotá: Médicos sin Fronteras; 2013.
37. Weierstall R, Bueno CP, Neunen F, Elbert T. Relations among appetitive aggression, post-traumatic stress and motives for demobilization: a study in former Colombian combatants. *Conflict Health*. 2013;7:9.
38. Cáceres DC, Izquierdo VF, Mantilla L, Jara J, Velandia M. Perfil epidemiológico de la población desplazada por el conflicto armado interno del país en un barrio de Cartagena, Colombia, 2000. *Biomédica*. 2002;22:425-44.
39. Puertas G, Ríos C, Del Valle H. Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;20:324-30.
40. Alejo EG, Rueda G, Ortega M, Orozco LC. Estudio epidemiológico del TEPT en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Univ Psychol*. 2007;6:623-35.
41. Echenique C, Medina LM, Medina A-R, Ramírez A. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia en Sincelejo. *Psicol Caribe*. 2008;21:122-35.
42. Sánchez-Padilla E, Casas G, Grais RF, Hustache S, Moro M-R. The Colombian conflict: a description of mental health program in the Department of Tolima. *Conflict Health*. 2009;3:13.
43. Sinisterra M, Figueroa FS, Moreno VF, Robayo MF, Sanguino JF. Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en población en situación de desplazamiento en la localidad de Ciudad Bolívar Bogotá, Colombia 2007. *Psychologia*. 2010;4:83-97.
44. Andrade JA, Parra M, Torres LD. Tendencias psicopatológicas en personas desplazadas y re-asedadas en personas desplazadas en el departamento del Quindío entre 2005 y 2011. *Agora USB*. 2011;11:279-96.
45. Andrade JA, Agudelo LF, Ramírez DC, Romero NA. Relación entre indicadores de problemas de adaptación social y un posible trastorno afectivo bipolar (TAB), en mujeres cabeza de hogar en situación de desplazamiento forzado en la ciudad de Armenia en el 2010. *Orbis*. 2011;18:58-81.
46. Juárez F, Guerra A. Características socioeconómicas y salud en personas pobres y desplazadas. *Psicología*. 2011;27:511-9.
47. Richards A, Ospina-Duque J, Barrera-Valencia M, Escobar-Rincón J, Ardila-Gutiérrez M, Metzler T, et al. Posttraumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms, and psychosocial treatment needs in Colombians internally displaced by armed conflict: A mixed method evaluation. *Psychol Trauma*. 2011;3:384-93.
48. Bell V, Méndez F, Martínez C, Palma PP, Bosch M. Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Conflict Health*. 2012;6:10.
49. Torres Y, Bareño J, Sierra GM, Mejía R, Berbesi DY. Indicadores de situación de riesgo de salud mental población desplazada Colombia. *Rev Observ Nac Salud Mental*. 2012;1:28-38.
50. Hernández M, Correa MNJ, Mosquera MA. Prevalencia de trastornos mentales en población desplazada del departamento del Valle del Cauca, año 2010. *Rev Med Salud FUSM*. 2013;1:12-7.
51. Solano AE. Infancia, adolescencia y trauma psicosocial en Medellín. *Rev Fac Nac Salud Publica*. 1996;14:48-64.
52. Meyer IH. Prejudice as stress: conceptual and measurement problems. *Am J Public Health*. 2003;93:262-5.
53. Lippman S, Rosenthal JE. Do displaced workers lose occupational prestige? *Soc Sci Res*. 2008;37:642-56.
54. Tabares CM. Reflexiones en torno al devenir sujeto político de las víctimas del conflicto armado. *Estud Polit*. 2011;38:13-37.
55. Urrego-Mendoza Z. Las invisibles: Una lectura desde la salud pública sobre la violencia sexual contra niñas y mujeres colombianas en la actualidad. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2007;58:38-44.
56. Wood EJ. Armed groups and sexual violence: When is wartime rape rare? *Polit Soc*. 2009;37:131-62.
57. Tovar C, Pavajeau C. Hombres en situación de desplazamiento. *Transformaciones de la masculinidad*. *Rev Est Soc*. 2012;36:95-102.
58. Moreno C, Cendales R. Mortalidad y años potenciales de vida perdidos por homicidios en Colombia, 1985-2006. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30:343-53.
59. Merdjanoff AA. There's no place like home: Examining the emotional consequences of Hurricane Katrina on the displaced. *Soc Sci Res*. 2013;42:1222-35.
60. EFE. «El Estado no tiene capacidad para atender a todas las víctimas al mismo tiempo». *El Espectador*, 9 de abril de 2014. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/judicial/el-estado-no-tiene-capacidad-atender-todas-victimas-al-articulo-485862>
61. Foucault M. La vida de los hombres infames. En: Ensayos sobre desviación y dominación. Madrid: La Piqueta; 1990.
62. Martínez MJ, Suárez CJ. El estudio de la violencia más allá del espectáculo de la sangre. *Univ Human*. 2009;67:13-28.
63. Restrepo-Espinosa MH. Biopolítica: elementos para un análisis crítico sobre la salud mental pública en la Colombia contemporánea. *Rev Ger Polit Salud*. 2012;11:39-55.
64. Mogollón-Pérez AS, Vázquez ML. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cad Saude Publica*. 2008;24:745-54.

65. Ruiz-Rodríguez M, López-Moreno S, Ávila-Burgos L, Acosta-Ramírez N. Utilización de servicios médicos por una población desplazada en Bucaramanga, Colombia. *Rev Salud Publica*. 2006;8:197-206.
66. Ruiz-Rodríguez M, Wirtz VJ, Idrovo AJ, Angulo ML. Access to medicines among internally displaced and non-displaced people in urban areas in Colombia. *Cad Saude Publica*. 2012;28:2245-56.
67. Kruk ME, Freedman LP, Anglin GA, Waldman RJ. Rebuilding health systems to improve health and promote state building in post-conflict countries: A theoretical framework and research agenda. *Soc Sci Med*. 2010;70:89-97.
68. Guáqueta A, Peña P. ¿Qué pasa en la región andina? Dilemas y retos de seguridad. *Nueva Soc*. 2005;198:147-57.
69. Link BG, Phelan J. Stigma power. *Soc Sci Med*. 2014;103:24-32.
70. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health*. 2013;103:813-21.
71. Cathalifaud MA, Tumula D, Urquiza A. La solidaridad en una sociedad individualista. *Theoria*. 2006;15:9-23.
72. Phelan JC, Lucas JW, Ridgeway CL, Taylor CJ. Stigma, status, and population health. *Soc Sci Med*. 2014;103:15-23.
73. Buitrago MT. La rehabilitación basada en la comunidad: un recuento histórico internacional, nacional y distrital, 1979-2004. *Invest Enferm*. 2008;10:39-61.
74. Arango-Dávila CA, Rojas JC, Moreno M. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2008;37:538-63.
75. Cassiani-Miranda CA, Herazo-Bustos MI. La psiquiatría social en la formación del psiquiatra colombiano y la atención en salud mental. *Rev Cienc Biomed*. 2013;4:373-6.
76. Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas, (PAPSIVI). Bogotá: Ministerio de Salud y de la Protección Social; 2013, citado 30 Sep 2013. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/Victimas_PAPSIVI.aspx.
77. Ley 1448 (junio 10) por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2011.
78. Haghghat R. A unitary theory of stigmatisation. Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *Br J Psychiatry*. 2001;178:207-15.
79. Roth AN. Políticas públicas. Formulación implementación y evaluación. Bogotá: Aurora; 2002.
80. Campo-Arias A, Herazo E. Estigma, prejuicio y discriminación en salud mental. *Rev Cienc Biomed*. 2013;3:11-2.
81. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland H-R, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Flórez J, et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry*. 2010;9:131-44.
82. Parker R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cad Saude Publica*. 2012;28:164-8.
83. Hollifield M, Warner TD, Lian N, Krakow B, Jenkins JH, Kesler J, et al. Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *JAMA*. 2002;288:611-21.
84. Fletcher RH, Fletcher SW. Clinical epidemiology. En: *The essentials*. 4.ª ed Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 35-58.
85. Campo-Arias A, Herazo E. Concordancia intra- e interevaluadores. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010;39:424-32.