

Perfil epidemiológico de una población de desplazados residente en el barrio Plumón en la ciudad de Pereira

KATHERINE OBANDO GALLEGO
Médica Interna, Programa de Medicina UTP.

JAIME ORLANDO OCAMPO GRISALES
Médico Interno, Programa de Medicina UTP.

Resumen:

El desplazamiento forzado de la población civil es una de las consecuencias más graves del conflicto armado interno que se vive en nuestro país. Además de representar un problema socio político de carácter histórico, se concibe como una estrategia para acceder a la tenencia de la tierra con fines de expansión de proyectos agrícolas o de ocupación de zonas de importancia geoestratégica ya sea por construcción de grandes obras o por la existencia de importantes riquezas naturales, sin olvidar la disputa de influencias territoriales en el desarrollo del conflicto armado. Actualmente, este fenómeno afecta la mayor parte de nuestro territorio nacional y en una forma exponencial a la región cafetera. Presentamos un estudio epidemiológico descriptivo sobre un sector de la población desplazada residente en un barrio popular de la ciudad de Pereira, el cual fue realizado a partir de una información recolectada mediante Historias Clínicas elaboradas y diligenciadas por personal del Hospital Mental Universitario de Risaralda. El estudio incluye la tabulación de los datos obtenidos y un análisis a partir de ésta con ayuda del equipo asesor. La meta consistió en identificar algunas características básicas socio demográficas y aspectos claves acerca de la condición de salud física y mental de estos pobladores. Finalmente se formulan algunas recomendaciones metodológicas y de intervención. PALABRAS CLAVES: Conflictos sociopolíticos, violencia, desplazados, epidemiología, Pereira.

Recibido para publicación: 17-04-2001
Aceptado para publicación: 26-09-2001

Dentro del contexto mundial, las guerras y los enfrentamientos civiles armados, hechos claves en la comprensión del fenómeno del desplazamiento, se han intensificado dramáticamente, como resultado, en principio, de las profundas desigualdades sociales y los intensos conflictos sociopolíticos propios de cada país.

A partir de 1991, época en la cual finaliza la guerra fría, se observa un gran aumento de tales enfrentamientos. Lo anterior se relaciona con los cambios de influencias políticas de las diversas potencias sobre sus clientes, en lo que tiene que ver con la intervención de éstas en la solución de conflictos internos.

Del mismo modo, a partir de éste período, se asumen como banderas de lucha la problemática étnica, la política y la religiosa.

Luego de la caída de la cortina de hierro, las organizaciones internacionales de comunicación han podido ganar acceso a las zonas de conflicto de una forma casi inmediata. La era satelital lleva las escenas de los diferentes frentes de batalla hasta nuestros hogares, lo cual además de generar conciencia pública hacia los orígenes de los conflictos, ha contribuido indudablemente a reforzar la pobre memoria de las diferentes poblaciones, frente a los hechos históricos que marcan el desarrollo y la evolución humana y para éste caso, particularmente, los hechos violentos, incluyendo sus causas, desencadenantes, implicaciones y consecuencias: entre ellas una de las más sentidas, los desplazamientos poblacionales⁽¹⁾.

Nos encontramos entonces, en la Colombia violenta del siglo XXI, en medio de una difícil situación sociopolítica, resultado de un proceso histórico marcado por innumerables conflictos, en los cuales, hombres y mujeres han ejercido la violencia para buscar soluciones a la difícil e injusta realidad social a la cual

han sido enfrentados.

Es así como se da inicio a nuestro problema de violencia: con los colombianos comprometidos con la guerra como mecanismo para resolver conflictos y buscar soluciones. Unos por conquistar el poder y otros por conservarlo. Y en el medio, un pueblo "inocente". ¿Pero hasta dónde inocente?, ¿Qué determina el grado de inocencia o de compromiso?

Porque en el conjunto de hechos que conforman nuestro desarrollo histórico ha sido evidente la participación campesina, la del trabajador colombiano, la de las clases medias, los artistas, los intelectuales, los sectores acaudalados. A uno y al otro lado del escenario, nunca en el medio, han construido los procesos, han sido sus actores.

Se describe entonces la violencia sociopolítica de Colombia y sus diversas manifestaciones partiendo de las guerras durante la Conquista; luego por la Colonia, seguida por la República y posteriores a ésta; el Federalismo a partir de 1886 y todas las guerras civiles del siglo XIX desde los Supremos hasta la de los Mil Días en 1902, pasando por la Masacre de las Bananeras en el Magdalena en 1928⁽²⁾.

Las contradicciones no se resuelven, surgen otras nuevas a través del tiempo y como consecuencia de la interrelación con el mundo externo. Con éstas, continúa la lista interminable de conflictos civiles violentos y guerra: 1946 y los enfrentamientos partidistas, el 9 de abril de 1948 con el asesinato de Jorge Eliécer Gaitán como continuación de las diferencias entre partidos. Al tiempo sobreviene la agudización de las contradicciones sociales, momento en el cual, surgen las guerrillas con la lucha por el poder por la vía armada y la defensa de éste, por parte del Estado, o "Pacificación", también por la vía armada. Todo lo anterior, en el marco del fortalecimiento de las diferentes organizaciones subversivas y la lucha de las instituciones por mantener el poder combatiéndolas⁽³⁾.

Luego, las luchas políticas de las colectividades tradicionales, obligaron al desplazamiento de los campesinos del centro y oriente del país a las zonas costeras de los litorales del Atlántico y el Pacífico y las llamadas tierras de colonización de la amazonía y la orinoquía colombianas; hoy el desplazamiento compromete la mayor parte del territorio colombiano^(4, 5).

Pero la realidad violenta es dinámica e irreversible. Trae consigo consecuencias innegables tales como los cambios de poder y su redistribución, la instauración de nuevas políticas socio-económicas que posteriormente se reflejan en el nivel de vida al cual tienen acceso las diferentes clases sociales que conforman nuestro país y el fenómeno del desplazamiento humano que además de representar un problema socio político de carácter histórico, se concibe como una estrategia para acceder a la tenencia de la tierra con fines de expansión de proyectos agrícolas o de ocupación de zonas de importancia geoestratégica ya sea por construcción de grandes obras o por la existencia de importantes riquezas naturales, sin olvidar la disputa de influencias territoriales en el desarrollo del conflicto armado. Actualmente, este fenómeno afecta la mayor parte del territorio como los ocurridos en Tulúa (Valle), Tolima, Arboledas (Caldas), Tadó y Vagadó (Chocó), y varios municipios de Antioquia los cuales han generado desplazamientos masivos al departamento de Risaralda⁽⁶⁾.

La población rural desplazada, corresponde a un 67.8% del total nacional y más de la mitad de los hogares en situación de desplazamiento no han accedido a ninguna ayuda institucional⁽⁷⁾.

El arribo continuo de miles de hogares desplazados por la violencia a los centros urbanos supone, además de las evidentes connotaciones políticas, traumatismos sociales, demográficos y culturales que las sociedades locales en su gran mayoría, no están preparadas para enfrentar. Este hecho hace parte de la historia sociodemográfica de la nación. La construcción socio espacial de las grandes ciudades tiene en las migraciones del campo a la ciudad un componente significativo en la transformación rural-urbana del país y son entre otras, razones del caos urbano actual que se suma además a la incapacidad del estado para asumir estos procesos de recomposición demográfica. La reflexión al respecto es aún más válida si se tiene en cuenta que el fenómeno persiste con características cada vez más preocupante y en medio de voces de alarma sobre la presión que las migraciones y los desplazamientos por violencia, ejercen sobre las ciudades colombianas.

Las familias de desplazados además de tener que abandonar su condición estable e independiente, se ven forzadas a formar asentamientos en pésimas condiciones de salubridad, construyen viviendas impro-

visadas a partir de materiales de deshecho, sin acceso a ningún tipo de servicios públicos y todo lo anterior, en medio del hacinamiento. Sumado a esto, no podemos olvidar que las características de quienes conforman los nuevos asentamientos son radicalmente diferentes lo cual limita enormemente la posibilidad de convivir en comunidad y cohesionarse a ésta⁽⁸⁾.

En cuanto a las mujeres y sus hogares en situación de desplazamiento se calcula que el 31% de los hogares desplazados en el país, tiene a la mujer como cabeza de familia y el 74% corresponden a mujeres jóvenes, es decir tienen menos de 40 años. Se registran un 74% de miembros menores de 20 años lo cual determina una alta dependencia por parte de los hijos y determina un alto riesgo en violencia intra familiar incluyendo manifestaciones tales como maltrato infantil, disfunción de pareja y disfunción familiar⁽⁹⁾.

Aquí debemos hacer referencia al desplazamiento infantil en donde se calcula que aproximadamente un 55% de la población desplazada por violencia es menor de 18 años lo cual equivale a un total de 412.500 niños.

El 86% de los niños desplazados se ubican en las zonas marginales de ciudades grandes e intermedias en condiciones de gran pobreza. Del total de los niños, no asisten a clases 4 de cada 10 menores en edad escolar primaria o secundaria situación que dificulta aún más el proceso de adaptación a las nuevas condiciones y se convierte en un factor de riesgo importante en el desarrollo de patologías como la toxicomanía. A nivel social lo anterior se traduce, además, en la formación de pandillas y grupos de delincuencia común como alternativa para la consecución de recursos económicos y utilización del tiempo libre⁽¹⁰⁾.

A esta situación el gobierno respondió asimilando a los desplazados por violencia como víctimas de desastres naturales y asumiendo, en consecuencia, una política de contingencia social alejada de las causas reales del problema. El asistencialismo del gobierno ha convertido en caridad pública cuando la real obligación del Estado de proteger y ofrecer atención humanitaria a una población vulnerada en sus derechos fundamentales. Además, los afanes de protagonismo y la utilización político electoral del problema han dificultado la situación para miles de desplazados que recibieron un tratamiento degradante e indigno en las oficinas gubernamentales.

Definimos como desplazado a toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional o a abandonar su localidad de residencia y las labores económicas habituales porque su vida, su integridad física, su seguridad y/o su libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas⁽¹¹⁾.

Complementa la caracterización lo dispuesto en el acuerdo de Junta directiva del INCORA, que en su artículo segundo señala: "La persona Desplazada: La persona forzada a migrar dentro del territorio nacional, abandonando su lugar de residencia o de trabajo habitual, en calidad de asalariado rural, minifundista o propietario de una Unidad Agrícola familiar, por amenaza o vulneración de su derecho a la vida, a su integridad física, a su seguridad o a su libertad, con ocasión del conflicto armado interno, de disturbios interiores, de tensiones internas, de violación masiva de los derechos humanos, de alteración del orden público y de infracciones al Derecho Internacional Humanitario"⁽¹²⁾.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio descriptivo y cuantitativo de un grupo de desplazados por la violencia ubicados en el barrio el "Plumón Alto, manzana 5" ubicado en el sector de "Nacederos" de la ciudad de Pereira.

A partir de la necesidad de realizar una intervención en salud mental en la población desplazada ubicada bajo el área de influencia del Hospital Mental Universitario de Risaralda, se diseñó una Historia Clínica como instrumento, por medio de personal especializado de ésta institución, para recolectar información básica demográfica y del estado de salud de éstos pobladores. Las entrevistas para la aplicación del instrumento se realizaron en orden secuencial por viviendas y por familias.

Como muestra se tomó el universo, constituido por 97 personas y 37 familias los cuales realizaron un desplazamiento individual y familiar el cual en general se realizó desorganizadamente a partir de sus sitios de origen.

Los lugares de vivienda fueron construidos con materiales reciclables y de desecho y el lote que ocuparon no ofrecía ninguno de los servicios públicos básicos.

Los integrantes de este barrio en su mayoría son de raza mestiza y sólo algunos de raza negra o indígena. Esta población tenía aproximadamente un año de habitar en este lugar al momento de realizar la evaluación.

La evaluación mediante la Historia Clínica fue realizada por una trabajadora social y una terapeuta ocupacional, entre los meses de Agosto y Septiembre del año 2000 a las 97 personas que constituían el universo. Los datos obtenidos fueron tabulados en una base de datos realizada mediante el programa Epiinfo-6, mediante el cual se procesaron y se analizaron.

El instrumento diseñado está estructurado para evaluar siete parámetros básicos los cuales se describen a continuación:

1. Datos de identificación
2. Manifestaciones clínicas y evolución desde la experiencia traumática
3. Descripción del estado mental del paciente
4. Antecedentes de tratamiento psiquiátrico o atención psicológica
5. Diagnóstico mental por ejes según el DSM-IV
6. Tipo de intervención realizada
7. Observaciones

Resultados:

Edad: Las edades se distribuyen entre los 6 y los 58 años. La mediana corresponde al grupo de 21 años. Los hogares de la población a estudio albergan un 24% de hijos menores con gran dependencia para la satisfacción de necesidades básicas. Los hijos entre 11 y 19 años, corresponden a un 16.4%. El 36.6% se encuentra en edad escolar.

Sexo: El 55.8% de la población son de sexo femenino y el 54.2% son de sexo masculino.

Estado civil: El 58.1% son solteros, el 34% tiene una relación de pareja estable, distribuyéndose este porcentaje respectivamente en casados con un 8% y los que refieren unión libre con un 26%.

Escolaridad: Encontramos un nivel de analfabetismo que equivale a un 9.3% y la tendencia general es a tener los estudios de básica primaria incompletos con un 20.9%. Los estudios de primaria completa, han sido realizados por el 16.3% de la población; el bachillera-

to incompleto, por un 9.3%; el bachillerato completo, por un 7%. Un 37% representa a la población menor. Con respecto a la distribución por sexo, se encuentra que las mujeres presentan un nivel más alto y completo de escolaridad frente a los hombres.

Lugar de Nacimiento: El mayor porcentaje, con un 54% nacieron en el departamento de Risaralda, los demás pobladores nacieron en diversas regiones de Colombia tales como: Chocó, con el 15%; Antioquia, 12%; Tolima, 10%; Caquetá, 7%; Cauca, 5%; Meta, 5%. El resto del porcentaje se distribuye en regiones como el Valle del Cauca, Caldas y Quindío.

Lugar de Procedencia: La mayoría de los desplazados proceden de Santa Cecilia, Pueblo Rico con un porcentaje del 37%. El resto del porcentaje se distribuye en diversas poblaciones.

Los departamentos de los cuales procede la población de desplazados por la violencia son los siguientes: el 48% de Risaralda, el 18% de Antioquia, el 9.3% respectivamente de Caquetá y Tolima, el 7% de Meta. Otras departamentos como Chocó y Valle del Cauca se distribuyen el resto del porcentaje (figura 1).

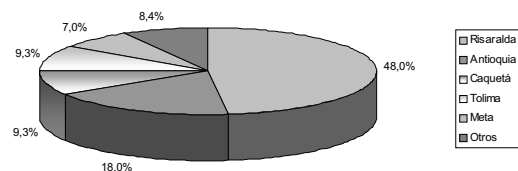


Figura 1. Lugar de procedencia

Hechos que motivaron el desplazamiento: Se identificó que la causa que con mayor frecuencia manifestó la población evaluada fue el miedo por amenazas contra su vida, con un 85%. El 10% manifestó que la causa fue la muerte de familiares. Otras causas fueron referidas por el 5% de la población (figura 2).

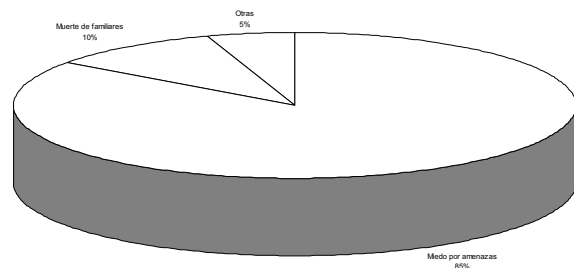


Figura 2. Hechos que motivaron el desplazamiento

Ocupación: La distribución de la población según la fuerza laboral se distribuye en población menor de 12 años con un 39.5% y en población mayor de 12 años o en edad de trabajar con un 60.5% de los cuales son económicamente inactivos un 61% y económicamente activos un 35%.

Las personas inactivas económicamente se distribuyen así: un 46% representado por amas de casa, un 11% desempleados y un 8% estudiantes.

A su vez, quienes se encuentran económicamente activos se distribuyen en un 20% que laboran en condiciones de subempleo y un 8% que se encuentran empleados.

En cuanto al oficio, encontramos que un 29% de la población refiere ser ama de casa, un 9% realizan oficios varios, un 7% son estudiantes, un 5% son agricultores, un 2% se dedican a la construcción y éste mismo porcentaje corresponde a los conductores y a los vendedores de lotería.

Antecedentes Patológicos: En el 7% de la población total se demostraron antecedentes médico-patológicos distribuyéndose en igual porcentaje de incidencia el asma, la HTA, y la enfermedad ácido-péptica.

Manifestaciones clínicas: Los síntomas que con mayor frecuencia se identificaron fueron los siguientes: tristeza en un 15.%, irritabilidad en un 12%, sentimientos de angustia en un 9%, sentimientos de desesperanza y desmotivación en un 8%; nervios, insomnio y agresividad en un 7% respectivamente; llanto fácil en un 5%, miedo e inquietud con un 3% respectivamente. Otros síntomas encontrados en menor porcentaje fueron: inquietud, sudoración excesiva, dificultad para relacionarse socialmente, pérdida de la memoria, pérdida del apetito e ideación suicida.

Estado Mental: El mayor porcentaje de alteraciones en el estado mental se presenta en la esfera del ánimo representando un 53% de prevalencia. Encontramos que un 26% de los evaluados tenían el ánimo deprimido; el 15% tenían el ánimo irritable, el 12% el ánimo ansioso, el 7% se consideraron eutímicos y en el mismo porcentaje se identificó ideación suicida.

Diagnóstico por ejes:

Eje I: Encontramos que el 55.6% de la población presenta un Síndrome Depresivo; el Síndrome Ansioso se diagnosticó en un 38%. En un 2.3% de la población

se identificó Síndrome de Estrés Postraumático (figura 3).

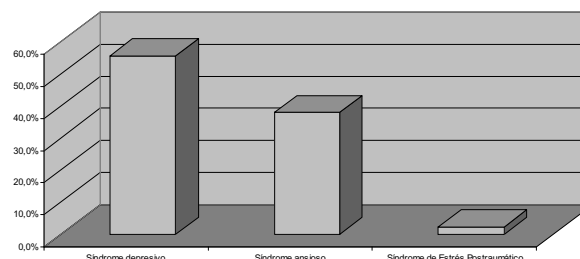


Figura 3: Eje 1

Eje II: El 4,6% de la población tiene diagnóstico de abuso de sustancias, de los anteriores 3% refieren consumo de alcohol. En este mismo eje se diagnosticó a un 3% de la población con retardo mental.

Eje III: El 20.9% de la población tiene diagnósticos médicos. Este porcentaje se distribuye entre patologías tales como: enfermedad ácido péptica la cual presenta la mayor incidencia con un 38%, el Asma y la HTA le siguen en frecuencia y otras patologías como epilepsia y paludismo que se presentaron en un porcentaje menor.

Los casos de epilepsia diagnosticada, actualmente no están bajo tratamiento ni seguimiento médico. Esta misma situación fue referida por la población hipertensa crónica.

Eje IV: Identificamos que la mayoría de los pobladores presenta estrés psicosocial moderado en un 52.1%. Un nivel alto fue identificado en el 27% de los individuos y un nivel mínimo se encuentra en el 23.2% de la población. En ninguno de los evaluados fue identificado un nivel de estrés psicosocial máximo.

Eje V: El diagnóstico en este eje nos indica que un 56% de la población presenta una disminución moderada del nivel de funcionamiento; a su vez en un 32.5% una disminución leve, en un 7% se encontró un nivel de función habitual y sólo en un 2.3% una disminución de funcionamiento severa.

Intervención Psicológica Diagnóstica: Se identificó que un 55,2% de los evaluados fueron remitidos a psicoterapia grupal, un 15% a la consulta psiquiátrica, el 10.5% a la consulta psicológica, el 6.9% a terapia fa-

miliar, un 6% a psicoterapia individual y a un 4,6% a terapia conductual.

Se encontraron datos de hospitalización durante esta época en un 5.2% de la población, necesitando de 4 a 6 días aproximadamente de manejo intra hospitalario. En todos los casos se utilizó para el manejo farmacológico medicamentos como la fluoxetina y el lorazepam.

Observaciones:

En este punto de la evaluación se identificó que aproximadamente el 6% de la población refirió casos de maltrato, por ejemplo: maltrato físico de parte de los padres hacia sus hijos, al interior de las parejas. La gran preocupación por no tener acceso al sustento económico dados los altos índices de desempleo de la región y los sentimientos de desesperanza acompañados de la carencia de un proyecto de vida a corto y a largo plazo fueron manifestados por la población general.

Discusión:

Se han realizado varios estudios de tipo epidemiológico sobre la población desplazada en el país, los cuales además de incluir la descripción demográfica y socioeconómica, enuncian datos sobre salud mental. En este aspecto todos son concluyentes en demostrar que los mayores porcentajes de incidencia encontrados en patología mental incluyen el Trastorno depresivo, el Trastorno de Estrés Postraumático y el Trastorno de Ansiedad Generalizada (12, 13, 14).

Identificamos de acuerdo al análisis de la información recopilada, a una población que se encuentra en alto riesgo de enfermedad y de maltrato, dados sus condicionamientos de vida actuales tal como: la diversidad de los lugares de procedencia, característica que marca profundas diferencias socioculturales dificultando el establecimiento de normas, con el subsiguiente generamiento de conflictos que alteran definitivamente la convivencia y la adherencia a la comunidad. Además se encuentran en condiciones de hacinamiento tanto en el ámbito de familias como de grupo poblacional en el lugar del asentamiento. Carecen de servicios públicos, no conocen el adecuado manejo de los desechos y excretas, factores que marcan un problema de salud pública de grandes dimensiones.

Sumado a lo anterior, se identificó maltrato físico y verbal en todos los niveles: entre niños, adultos y vecinos. Existe una tendencia marcada a desarrollar conductas agresivas que generan muchos conflictos más y rompen con el proceso de integración en torno a la comunidad generando inclusive nuevos desplazamientos.

A nivel intra familiar fueron evidentes: la carencia de normas de funcionamiento, conflictos, maltrato físico y verbal de los padres hacia los hijos y entre parejas. De acuerdo con lo anterior, la población infantil que además de ser significativa respecto al total de la población, carece de figuras adecuadas de identificación y autoridad generando otro factor de riesgo para el desarrollo de diversas patologías mentales tales como: trastornos de la personalidad, fármaco dependencia, ansiedad y depresión.

Del porcentaje total de la población, el 54% está constituido por mujeres que en su mayoría son amas de casa, lo cual indica que aquellas que son cabeza de hogar no han asumido este papel aún. Esta característica se constituye en motivo de estrés intra familiar y factor de riesgo importante de maltrato a éste nivel.

La vulnerabilidad de los hogares con jefatura femenina está relacionada con su composición familiar, en donde la figura masculina y la cultura que gira alrededor de ésta, se encuentra ausente, todo en medio de una gran dependencia hacia tal figura; con la nueva responsabilidad que implica ser la cabeza y con la combinación particular resultante entre ser mujer y jefe de hogar.

Ello reside, por una parte, en la falta de acceso en el pasado a la educación, capacitación, oportunidades de empleo y discriminación en el medio laboral, condiciones que disminuyen la capacidad de la mujer para proveer el sustento económico y emocional al hogar. Por otra parte, la vulnerabilidad está presente en las actitudes, costumbres y en la misma estructura socioeconómica y política, que desconoce y excluye en lo formal y en lo cotidiano, los espacios necesarios para el desarrollo integral de estos hogares, condición que se debilita cada vez más en la medida en que se reducen y desmejoran los servicios sociales del estado.

La población objeto, refleja el nivel de analfabetismo de nuestro país. Sólo un pequeño porcentaje ha terminado sus estudios básicos secundarios y ninguno

de los individuos ha tenido acceso a estudios universitarios.

Estos datos enmarcan a una población con un limitado conocimiento de la problemática socioeconómica de la cual son actores; de difícil intervención ya que las posibilidades de que generen propuestas de solución a su situación son limitadas.

Por otra parte, las posibilidades de empleos estables y bien remunerados para los individuos en edad de trabajar son remotas, dado el bajo nivel de escolaridad y la falta de conocimiento en otras actividades u oficios en los cuales puedan ser empleados o sean útiles en el autoabastecimiento económico. Todo lo anterior, se ve reflejado en los porcentajes encontrados en la distribución de la población según la fuerza laboral, marcando porcentajes altos de personas económicamente inactivas incluyendo, por supuesto a los desempleados. Quienes se encuentran activos económicamente lo están en una pequeña proporción empleados y en una proporción mucho mayor, subempleados. Esto ofrece limitaciones enormes en la generación de ingresos económicos y determina a una población dependiente de las ayudas gubernamentales y no gubernamentales, además propensa a ejercer la mendicidad y la delincuencia, como medios de supervivencia.

Tomando los aspectos de salud física y mental, encontramos que coinciden con las cifras referidas en la mayoría de estudios de poblaciones desplazadas. En este sentido, cabe anotar que estábamos a la expectativa de encontrar cifras que indicaran una mayor incidencia de patología depresiva, ansiosa, de estrés y de abuso de sustancias, la cual, a su vez se expresara en una severa disminución de los niveles de funcionamiento y en un nivel de stress psicossocial alto en los individuos evaluados.

Los datos que documentan la enfermedad física pueden ser indicadores de un patrón de causalidad de ésta sobre la enfermedad mental diagnosticada (procesos de somatización).

A todo lo anterior, debemos agregar, que la población en el momento de la evaluación llevaba aproximadamente un año de asentamiento, hecho que sugiere evoluciones crónicas de las patologías documentadas y un proceso de "adaptación" y "funcionalidad" en medio de su nueva condición, la cual además de con-

siderarse como un mecanismo de supervivencia frente a la difícil situación a la que se enfrenta este grupo de desplazados, puede significar, una gran limitante en el momento en el cual sea necesario asumir posiciones críticas frente a su problemática, con el fin de generar propuestas y acciones que mejoren sus condiciones de vida.

Por lo tanto, las intervenciones planteadas desde el sector salud, deben efectuarse a partir del modelo biopsicosocial, el cual garantice una atención integral para esta población.

Bajo tal concepción, surge la necesidad de implementar modelos de intervención interinstitucionales a mediano y largo plazo, que incluyan la construcción de nuevos proyectos de vida acordes con las expectativas y realidad cultural de las diferentes poblaciones desplazadas, teniendo en cuenta su posibilidad de implementación desde el punto de vista socioeconómico en la región donde se pueda llevar a cabo un establecimiento definitivo de las comunidades desplazadas.

Conclusiones y Recomendaciones:

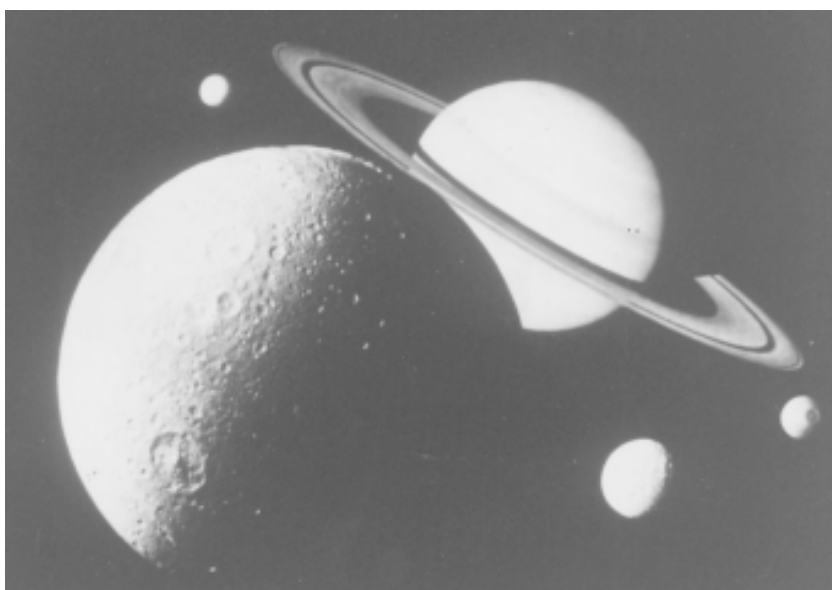
- Es fundamental el contacto previo con los grupos de desplazados a estudiar, en el proceso de elaboración de los instrumentos para la recolección de datos, con el fin de que sean acordes con la individualidad de quienes integran las comunidades objeto y puedan definirse, de este modo, perfiles más adecuados constituyendo una herramienta clave y confiable para el diseño de modelos de intervención.
- Hasta el momento, las intervenciones sobre ésta comunidad por parte de las Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales se han limitado al carácter paternalista, el cual sufre algunas necesidades básicas en los aspectos de alimentación y salud, carentes de la visión a mediano y largo plazo de intervención integral.
- Existe un alto porcentaje de madres, que luego del evento de desplazamiento, se constituyeron en cabeza de hogar, rol que no han asumido aún de acuerdo a la correlación con las cifras de población inactiva económicamente.
- La carencia de necesidades básicas y el bajo nivel de escolaridad, dificulta la inclusión de la pobla-

ción desplazada en el medio laboral y social. Consecuentemente, cada día aumentan más los cinturones de miseria de las poblaciones donde colonizan.

- Se identifica un gran porcentaje de desempleo y subempleo lo cual describe un limitado auto abastecimiento económico, determinando un importante factor de riesgo de estrés intra familiar, para el desarrollo de maltrato en sus diferentes expresiones y para la aparición de conductas delictivas y de mendicidad como medio de supervivencia.
- Dentro de la población estudiada, se reúnen individuos con características socioculturales diferentes, que hacen difícil conservar una convivencia en comunidad funcional y es causa, a su vez, de maltrato entre los pobladores.
- La población joven, la cual corresponde a un porcentaje importante, se encuentra frente a un futuro incierto: carecen de figuras de autoridad e identificación, la mayoría reciben maltrato a diferentes escalas; tienen un alto porcentaje de deserción escolar dada su condición de desplazamiento y sólo unos cuantos se han integrado a las actividades escolares en la actualidad. Además, no existe un mecanismo de utilización del tiempo libre que les permita desarrollarse integralmente, condiciones que definen a un grupo poblacional en alto riesgo.
- Los trastornos mentales con mayor incidencia en la población estudiada fueron: Trastorno Depresivo, Trastorno de Ansiedad y Trastorno de Estrés Postraumático. Existe además una correlación con enfermedades médicas tales como Enfermedad Ácida Péptica, Hipertensión Arterial y Asma, que pueden corresponder a procesos de somatización de la enfermedad mental.
- Es necesario generar proyectos de investigación e intervención con el modelo biopsicosocial y con participación interinstitucional, que mantengan abierto un espacio para que el desplazado encuentre y pueda sugerir programas que en sí mismos abarquen y relacionen los diferentes ámbitos de necesidades y expectativas.
- Deben incluirse en los objetivos a evaluar sobre desplazados, los factores de riesgo en salud mental y psicológica y a su vez los efectos a largo plazo observados en estos dos aspectos producidos por el desplazamiento.
- Explorar el papel específico del apoyo psicosocial en la modificación de la frecuencia, la severidad y el curso de la patología física y mental en el desplazamiento y en etapas posteriores a éste.
- Es imprescindible el fortalecimiento y animación de las iniciativas y las actividades regionales y locales, de manera que puedan funcionar con autonomía, atendiendo a las particularidades de cada contexto, a sus dinámicas sociales, económicas, políticas e institucionales, a sus posibilidades y limitaciones.
- La realización de modelos de intervención cuyo enfoque se dirija hacia la prevención y el manejo del maltrato infantil e intra familiar en general, se hace necesaria. Aquí debemos tener en cuenta el papel de la resiliencia como característica preventiva frente a las consecuencias del maltrato, en donde deben abrirse, del mismo modo, múltiples líneas de investigación que permitan construir un conocimiento científico alrededor del tema.
- No podemos olvidar a la población residente alrededor de los asentamientos de desplazados quien también se ve afectada por éste fenómeno. Es necesario continuar con el estudio del impacto del desplazamiento sobre éstas comunidades y generar a partir de ellos, propuestas de intervención con relación a la problemática identificada.
- Es urgente impulsar de manera decidida, la construcción de soluciones que más allá de programas, actividades y otorgación de presupuestos que determinen la generación y dinamización de procesos locales y regionales, por lo general lentos e inciertos, pero potencialmente ricos en restituir esperanzas, en reconstruir sociedades y en fomentar otro sistema de valores.

Referencias bibliográficas

1. Noji, Eric K. Impacto de los Desastres en la Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud. Santa Fé de Bogotá (Colombia) 2000; p. 461.
2. Tirado, Mejía Alvaro. Nueva Historia de Colombia. Planeta Colombiana S.A., Santa Fé de Bogotá (Colombia) 1989; p. 393
3. Behar, Olga. Las Guerras de la Paz. Planeta Colombiana S.A., Bogotá (Colombia) 1985; p. 415.
- 4 y 6. Red de Solidaridad, Información Sobre Población Desplazada por el Conflicto Armado en el Departamento de Risaralda de acción 1999, documento preliminar, Santa Fé de Bogotá, p. 18.
5. Codhes informa. Boletín de consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento; Santa Fé de Bogotá (Colombia). No 6 marzo de 1997; p. 8.
7. Codhes informa. Boletín de consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento; Santa Fé de Bogotá (Colombia). No 3 octubre de 1996; p. 19.
8. Codhes informa. Boletín de consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento; Santa Fé de Bogotá (Colombia). No 3 febrero de 1997; p. 35.
9. Codhes informa. Boletín de consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento; Santa Fé de Bogotá (Colombia). Edición Especial "Niños Desplazados", octubre 25 1996; p. 4.
10. Congreso de la República. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados en Colombia. Ley 387 del 18 de julio de 1997; p. 31.
11. INCORA Junta Directiva, Acuerdo 18 de 1995, Santa Fe de Bogotá; p. 8.
12. Servicio Jesuita de Refugiados. Atención escolar a los niños desplazados del éxodo campesino y capacitación de mujeres a mujeres. Santa Fé de Bogotá (Colombia).
13. Fundación Social Colombiana Cedavida. Atención de Emergencia Psicosocial: Una estrategia de resistencia ciudadana. Santa Fe de Bogotá (Colombia).
14. Palacio J, Abello R, Mondariaga C, Sabatier Colette. Estrés postraumático en jóvenes desplazados por la violencia política en Colombia. Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia).



Saturno y sus Lunas