

**CONDICIONES DEL ESTADO DE SALUD MENTAL EN POBLACIÓN EN
SITUACIÓN DE CONFLICTO ARMADO EN COLOMBIA EN EL PERIODO
COMPRENDIDO 2005- 2014. APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE UNA
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA.**

OSCAR EDUARDO CASTILLO SAA

CC 94552177

**UNIVERSIDAD SANTOTOMAS
MAESTRÍA EN PROTECCIÓN SOCIAL
BOGOTÁ, 2**

RESUMEN

ANTECEDENTES

El conflicto armado produce consecuencias nefastas sobre la salud de las víctimas, las formas de violencia sociopolítica que se muestran en el conflicto armado interno se convierten en daños materiales e inmateriales a personas, familias, comunidades y el sujeto colectivo, los daños materiales posibles son lucro cesante, daño emergente y gastos económicos.

OBJETIVO

Determinar las condiciones del estado de salud mental en víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento forzado en Colombia durante los años 2005 y 2015 a través de la realización de una revisión sistemática de la literatura.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática de la literatura. La búsqueda se realizó a través de las bases de datos Medline y Bireme, aunado a lo anterior se revisaron fuentes de literatura gris. También se realizó un análisis cualitativo y cuantitativo de la información.

RESULTADOS

Se incluyeron 9 estudios todos de naturaleza observacional. La prevalencia de enfermedades mentales varían de acuerdo a la población estudiada. La comunicación familiar y el estado de salud mental de los otros miembros de la familia son factores relacionados con el desarrollo de la enfermedad psiquiátrica en víctimas del conflicto.

CONCLUSIÓN

La violencia produce importantes efectos sobre la salud mental. Esto obliga a diseñar planes integrales y específicos de atención en salud mental de esta población **PALABRAS CLAVE: Conflicto armado, depresión, ansiedad, estrés postraumático.**

Tabla de contenido

RESUMEN	2
1 TITULO	4
2 DELIMITACIÓN DEL TEMA	4
3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
3.1 ANTECEDENTES 7	
3.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 7	
4 OBJETIVOS	8
4.1 OBJETIVO GENERAL 8	
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 8	
5 JUSTIFICACIÓN	9
6 MARCO DE REFERENCIA PRELIMINAR DE ANTEPROYECTO	10
6.1 MARCO TEÓRICO PRELIMINAR DE ANTEPROYECTO 10	
6.2.1 ¿Qué es una revisión sistemática? 10	
6.2.2 La salud mental 11	
6.2.3 Marco conceptual 13	
6.3 MARCO JURÍDICO PRELIMINAR DE ANTEPROYECTO 17	
7 DISEÑO METODOLÓGICO	24
7.1 TIPO DE ESTUDIO 24	
7.2 CRITERIOS PARA LA INCLUSIÓN DE LOS ESTUDIOS 26	
7.2.1 Tipos de estudio 26	
7.2.2 Desenlaces 26	
7.3 CRITERIOS PARA LA BÚSQUEDA DE LOS ESTUDIOS 26	
7.3.1 Bases de datos 26	
7.3.2 Palabras clave y estrategias de búsqueda 26	
7.3.3 Otras fuentes de búsqueda 27	
7.4 CRITERIOS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN 28	
7.4.1 Identificación de la evidencia 28	
7.4.2 Evaluación del riesgo de sesgo 28	
7.4.3 Análisis de variables 28	
7.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS 29	
8. RESULTADOS	30
8.1 RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA 30	
8.2 IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS 32	
8.3 SALUD MENTAL Y CONFLICTO ARMADO 34	
9.1 IDENTIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA 45	
9.2 SALUD MENTAL Y CONFLICTO ARMADO 45	
9.3 LIMITACIONES DE ESTA REVISIÓN 51	
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
11. BIBLIOGRAFÍA	53

1 TITULO

Condiciones del estado de salud mental en población en situación de conflicto armado en Colombia en el periodo comprendido 2005- 2014. Aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática.

2 DELIMITACIÓN DEL TEMA

En Colombia desde hace 60 años, el conflicto armado interno es un problema de salud pública (Campo, 2013) que genera gran impacto en distintos ámbitos de la Protección Social; “Aseguramiento y la asistencia social”, pone de manifiesto las distintas formas de violencia sociopolítica, la violencia sociopolítica se percibe como la forma de conflicto o lucha social y política con la intención de cambiar, suplantarse 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 (Camacho, 2016).

Las formas de violencia sociopolítica que se muestran en el conflicto armado interno se convierten en daños materiales e inmateriales a personas, familias, comunidades y el sujeto colectivo, los daños materiales posibles son lucro cesante, daño

emergente y gastos económicos. 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. (Rodríguez, 2002)

El estudio de salud mental más reciente presentado en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, con una muestra de 108 personas con depresión mayor y distimia de diferentes regiones del país, mostró que el 60% de ellas presentaron ausentismo en el último mes, y en un 40% de estos casos, fue de por lo menos 7 días; el presentismo fue del 50%, con un desempeño laboral de tan sólo el 50% comparado con el usual y la pérdida total de horas de trabajo fueron del 56,3%; en consecuencia se observa que en la población con diagnóstico de depresión presenta mayor cantidad de horas pérdidas por ausentismo y presentismo significativo, siendo este un desenlace importante que debe ser tenido en cuenta ya que genera e indica una carga social.

Dada la asociación estadística entre la presencia de estresores psicosociales y el bienestar emocional, se puede esperar una alta prevalencia de síntomas o trastornos mentales entre las víctimas de conflictos armados. Según Arias (2013), 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, la primera revisión, incluyó 20 estudios en la que participaron personas refugiadas en otro país, observó que el 9% de los participantes presentaron trastorno de estrés pos-traumático (TEPT); el 5%, trastorno depresivo mayor y solo el 4%, trastorno de ansiedad generalizada. La segunda revisión más reciente que la anterior evaluada por Arias (2013) 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 mayor.

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 revictimización (Ruiz, 2007).

Se ha teorizado un impacto negativo en la salud mental de las distintas formas de violencia a las que se ha expuesto a la población colombiana, no obstante no se conocen las condiciones del estado de salud mental entre las víctimas del conflicto armado (Campo, 2014). 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 (Baingana 2005).

3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 ANTECEDENTES

El problema de los desplazados internos en Colombia es una de las situaciones más graves del mundo y ocupa el segundo lugar en cuanto a población internamente desplazada. El gobierno de Colombia reconoce a 5'432.156 personas registradas en el Sistema Único de Registro, De este total, se reportan 4.790.317 personas que sufrieron desplazamiento forzado, de las cuáles 108.929 personas fueron desplazadas durante el año 2012, Teniendo en cuenta que el fenómeno del desplazamiento interno en Colombia genera una serie de violaciones sistemáticas de los derechos humanos fundamentales, que se perpetúan o incluso aumentan con la llegada de la población desplazada a los municipios receptores, y que esta población requiere de atención con la creación de programas especializados, surge la necesidad de realizar una revisión sistemática de las condiciones del estado de salud mental en víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento forzado en Colombia durante los últimos diez años (2005-2014).

3.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

A través de esta revisión sistemática se intentó dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las condiciones del estado de salud mental de las personas víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento forzado en Colombia en el periodo comprendido entre el año 2005 y 2014?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las condiciones del estado de salud mental en víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento forzado en Colombia durante los años 2005 y 2015, a través de la realización de una aproximación sistemática de la literatura.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explorar los factores que afectan la salud mental de personas víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento forzado en Colombia.
- Determinar el estado de salud mental de personas víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento forzado en Colombia.
- Evaluar el impacto del conflicto armado sobre la salud mental de las víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento forzado en Colombia.

5 JUSTIFICACIÓN

En Colombia, es indispensable contar con estudios epidemiológicos y desde el enfoque de psiquiatría social, 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 que identifiquen las necesidades sentidas de la población y midan la efectividad de las intervenciones psicosociales reparativas, más aún cuando se prevé un largo periodo posconflictivo, según señala el escritor Juan Eduardo Araos, con datos de (Infolatam) “una vez firmada la paz este hecho no representará sino el principio de un proceso que será muy largo y costoso”. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, dado que es un derecho fundamental, un bien de interés público y un componente esencial del bienestar general. Esto implica acciones de planeación intersectoriales, longitudinales, que incluyan la preparación de los futuros profesionales en salud no solo en el manejo de casos individuales relacionados con la violencia sociopolítica, sino también para liderar equipos de salud mental interdisciplinarios en acciones colectivas con una robusta base comunitaria y desarrollo social inclusivo.

Se ha teorizado un impacto negativo en la salud mental por las distintas formas de violencia a las que se ha expuesto a la población colombiana, sin embargo no se conocen las condiciones del estado de salud mental entre las víctimas del conflicto armado (Campo, 2014). Esta revisión sistemática permitirá llenar este vacío conceptual.

Los resultados que arroja este trabajo de investigación permiten también servir como punto de partida para el abordaje integral y el diseño de políticas públicas dirigidas a mejorar el estado de salud mental de las víctimas del conflicto armado en Colombia en situación de desplazamiento forzado.

6 MARCO DE REFERENCIA PRELIMINAR DE ANTEPROYECTO

6.1 MARCO TEÓRICO PRELIMINAR DE ANTEPROYECTO

6.2.1 ¿Qué es una revisión sistemática?

Una revisión sistemática tiene como objetivo reunir toda la evidencia empírica que cumple unos criterios de elegibilidad previamente establecidos, con el fin de responder una pregunta específica de investigación. Utiliza métodos sistemáticos y explícitos, que se eligen con el fin de minimizar sesgos, aportando así resultados más fiables a partir de los cuales se puedan extraer conclusiones y tomar decisiones (Antman 1992, Oxman 1993). Los elementos fundamentales de una revisión sistemática son:

- Un conjunto de objetivos claramente establecidos, con criterios de elegibilidad de estudios previamente definidos.
- Una metodología explícita y reproducible.
- Una búsqueda sistemática que identifique todos los estudios que puedan cumplir los criterios de elegibilidad.
- Una evaluación de la validez de los resultados de los estudios incluidos, por ejemplo mediante la evaluación del riesgo de sesgos.

- Una presentación sistemática y una síntesis de las características y resultados de los estudios incluidos. También permite investigar la consistencia de la evidencia entre estudios y explorar las diferencias entre estudios.

En el anexo 1 se presenta el esquema que se sigue durante la realización de una revisión sistemática.

6.2.2 La salud mental

La salud mental se define en la Ley 1616 de 2013 como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.” Existen varios elementos sociales que atañen o modifican la salud mental de una población, partiendo de los supuestos anteriores llama la atención el progresivo incremento de consultas, en cualquier fase, para acceder a tomar asesoría, consejería, intervención o tratamiento de diversos eventos en salud mental, incluyendo enfermedades y trastornos mentales y del comportamiento (Díaz, 2015). Dentro de este marco es importante distinguir los elementos sociales que desencadenan el aumento de asesorías, consejerías, intervención y tratamientos en la población colombiana.

No existe una frontera precisa entre una persona mentalmente sana de la que no lo está, luego no hay una característica singular que pueda tomarse aisladamente como evidencia del que la posee, no obstante si evidenciamos varias escalas de medición

respecto a la salud mental, en el mismo sentido es pertinente mencionar que la ausencia o presencia de uno de esos “atributos” no puede admitirse como prueba reina o confirmatoria para dictaminar un diagnóstico de patología mental. Más aún, nadie mantiene durante toda su vida las condiciones de una “buena” salud mental. (Pacheco, 2012)

Entre las características de las personas mentalmente sanas se encuentran las siguientes (Fierro, 2012):

1. Están satisfechas consigo mismo.

- No están abrumadas por sus propias emociones (rabia, temores, amor, celos, sentimientos de culpa o preocupaciones).
- Pueden aceptar sin alterarse las decepciones de la vida.
- Tienen una actitud tolerante, despreocupada, respecto a la propia persona y a los demás y son capaces de reírse de sí mismas.
- Ni subestiman ni sobrevaloran sus habilidades.
- Se respetan a sí mismas.
- Se sienten capaces de enfrentar la mayoría de las situaciones.
- Consiguen placer de las cosas simples de la vida cotidiana.

2. Se sienten bien con los demás.

- Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás.
- Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas.

- Les gusta confiar en los demás y sentir que los otros confían en ellos.
- Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente.
- No se aprovechan de los demás ni dejan que se les utilice.
- Se sienten parte de un grupo.
- Se consideran implicados en los avatares que afectan a la sociedad.

3. Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta.

- Enfrentan sus problemas a medida que se van presentando.
- Aceptan sus responsabilidades.
- Modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario.
- Planifican para el futuro, al que enfrentan sin temor.
- Tienen la mente abierta a nuevas experiencias e ideas.
- Hacen uso de sus dotes y aptitudes.
- Se fijan sus metas ajustándose a la realidad.
- Son capaces de tomar sus propias decisiones.
- Consiguen satisfacción en poner su mejor esfuerzo en lo que hacen.

6.2.3 Marco conceptual

A fin de encausar la investigación en un marco lógico se dará la definición de algunos conceptos básicos, con el objeto de dar una definición más específica que ayude

esclarecer el verdadero significado de los conceptos centrales de la investigación. En el cuadro 1 se presentan los conceptos necesarios para definir conceptualmente este trabajo.

Cuadro 1. Marco conceptual

Concepto	Definición
Despojo: (Artículo 74 de la Ley 1448 del 2011)	“Se entiende por despojo la acción por medio de la cual, aprovechándose de la situación de violencia, se priva arbitrariamente a una persona de su propiedad, posesión u ocupación, ya sea de hecho, mediante negocio jurídico, acto administrativo, sentencia, o mediante la comisión de delitos asociados a la situación de violencia”. (Colombia. Congreso de la Republica, 2011)
Abandono Forzado (Artículo 74 de la ley 1448 del 2011)	Se entiende por abandono forzado de tierras “la situación temporal o permanente a la que se ve abocada una persona forzada a desplazarse, razón por la cual se ve impedida para ejercer la administración, explotación y contacto directo con los predios que debió desatender en su desplazamiento durante el periodo establecido en el artículo 75”.
Desplazamiento Forzado	Duran , Parra , Bohórquez y Centeno, explican que ...”El desplazamiento forzado fue incluido en el Código Penal colombiano mediante la Ley 589 de 2000 como un delito contra la inviolabilidad de habitación o sitio de trabajo (artículo 284 Literales A y B)124

	<p>Actualmente, nuestro ordenamiento penal describe este delito a través de 2 tipos penales el 1 contemplado en el artículo 159 como un delito contra personas protegidas por el derecho internacional humanitario el segundo por su parte consagrado en el artículo 180 como un delito contra la autonomía personal agravado en ciertas circunstancias según el artículo 181”(Duran, 2007)</p>
Sociedad Civil	<p>Según Eming y Fujimoto es “cualquier persona o grupo de personas que no representa un partido político o institución de gobierno, que a través de la propia iniciativa participa en la identificación y solución de asuntos de interés y preocupación común”. (Eming, 2003)</p>
Territorio Rural	<p>Lo define como el territorio no urbano de la superficie terrestre o parte de un municipio que no está clasificada como Área Urbana o de Expansión. .(Gonzalea, 2013)</p>
Zona Urbana	<p>El Departamento Nacional de Planeación (DNP) entiende por zona urbana al espacio territorial comprendido dentro del límite de cabecera municipal (Departamento Nacional de Planeación. 2013)</p>
Campeños	<p>El concepto “campesino” descrito por Pérez se emplea para designar a los pequeños agricultores que disponen de una granja o explotación familiar. Sin embargo, en ocasiones, otros grupos que comparten algunas de sus características son denominados también como tales, entre los cuales cabe resaltar a: los jornaleros asalariados agrícolas, los agricultores que practican una actividad intensiva en tecnología y capital, y los campesinos que no viven en aldeas, por ejemplo los que</p>

	ocupan nuevas tierras arrancadas al bosque. (Pérez, 2013).
Desplazados: (Artículo 1 de la Ley 387 de 1997)	Toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos," infracciones al Derecho Internacional Humanitario, etc. (Colombia. Congreso de la Republica. Ley 387, 1997)
La Seguridad Social Integral: (Ley 100 de 1993)	La Ley 100 de 1993 la define como; el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.
Sistema de Salud: (1751 de 2016)	La Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2016, lo define como: El conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y

	materialización del derecho fundamental de la salud.
Fosyga: (Decreto 1283 de 1996)	Es el fondo de Solidaridad y Garantía, funciona como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia y su vez se estructura con las siguientes subcuentas: a) De compensación interna del régimen contributivo; b) De solidaridad del régimen de subsidios en salud; c) De promoción de la salud; d) De seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

6.3 MARCO JURÍDICO

Con la promulgación de la Constitución Política de 1991, se definió un nuevo modelo de ordenamiento jurídico, institucional, político y social en el país. La Carta Magna en sus artículos 48 y 49, introduce el derecho irrenunciable a la Seguridad Social y preceptúa que la salud es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado. Es así como la Constitución garantiza el derecho de todos los colombianos a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, aunado a lo anterior se establece que la organización de los servicios de salud debe llevarse a cabo de manera descentralizada mediante niveles de atención y con la participación de la comunidad siguiendo los principios rectores de la seguridad social: universalidad, solidaridad y eficiencia.

El mandato constitucional tiene sus raíces en la Ley 60 de 1993 y se materializó estructuralmente cuando el legislador sancionó la Ley 100/1993, la cual creó el Sistema de Seguridad Social Integral, conformado por:

1. Sistema General de Pensiones (SGP)
2. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)
3. Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP)
4. Servicios sociales complementarios

La seguridad social, entonces, protege a los trabajadores frente a las consecuencias económicas adversas de eventos asociados a la salud, empleo y vejez, sus bases conceptuales e ideológicas se remontan inicialmente en la Ley del seguro obligatorio, emitida en Alemania por el Canciller Otto Von Bismarck en 1883.

El proceso de reforma del (SGSSS) fue impulsado y liderado por los Ministerios de Salud y del Trabajo, en conjunto con el Departamento Nacional de Planeación (DNP). Con el tiempo, se ha ido evolucionado hacia esquemas en los que se separa más claramente la función de regular (siempre a cargo del Estado), de la de administrar los seguros, sucede esto en los dos escenarios tanto en el Sistema de Salud como en el Sistema Pensional, el artículo 14 de la ley 1122 de 2011, ratifica la definición del aseguramiento y sus agentes promotores así: Artículo 14 [...] entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la

calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

En el orden de las anteriores ideas podemos entender el primer componente del Sistema de Protección Social, el Aseguramiento, como una versión del concepto tradicional de Seguridad Social, actualizada en tres sentidos. Primero, busca cubrir no sólo a los trabajadores formales sino a toda la población. Segundo, combina el seguro con una estrategia explícita de prevención. Y tercero, permite la competencia de actores públicos y privados en la provisión de los seguros, bajo la regulación del Estado.

Ahora bien, los programas asistenciales focalizados, además de garantizar un mínimo nivel de vida a quienes no tienen suficiente capacidad de generación de ingresos, también cumplen una función de aseguramiento, que consiste en proveerle un soporte a la caída de quienes están en un proceso de empobrecimiento. De esto se concluye que existe una relación de complementariedad entre el Aseguramiento y la Asistencia Social focalizada, que da origen a la noción de Sistema de la Protección Social.

La Constitución Política de Colombia, en su Artículo 49 expresa:

1. La salud como servicio público
2. La garantía a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

En torno a las consecuencias del poder constituyente, se hace necesario mencionar las normas jurídicas derivadas esta norma fundamental y además describir

expresamente aquellas que tienen implicaciones en la regulación del problema de investigación del presente trabajo.

Con el Acuerdo 59 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se declaró como evento catastrófico el desplazamiento masivo de la población por causa de la violencia y se otorgó el derecho a recibir los servicios de salud necesarios para la atención oportuna de la enfermedad derivada de la exposición de riesgos inherentes al desplazamiento, este fue un primer reconocimiento del Estado a las víctimas del conflicto armado, lo cual marca un precedente significativo a nivel histórico. Así mismo, a través de la Ley 387 de 1997 se adoptaron medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. Con esta ley se creó el sistema nacional de atención integral para la población desplazada cuyo objetivo es mitigar el impacto negativo del desplazamiento sobre el bienestar de las víctimas, generando estabilidad en términos de salud mediante la programas de promoción, prevención y atención específica.

A través de la Ley 241 de 1995, la cual promovía la “Obligatoriedad de la atención en salud a las víctimas de atentados terroristas”, se abrió el marco jurídico para el acercamiento al fin del conflicto armado en Colombia facilitando los diálogos con los grupos al margen de la ley, esta ley fue derogada en su totalidad por la Ley 418 de 1997 la cual buscaba dotar al Estado colombiano de instrumentos eficaces para asegurar la vigencia del Estado Social y Democrático de Derecho y garantizar la plenitud de los

derechos y libertades fundamentales reconocidos en la Constitución Política y/o los Tratados Internacionales aprobados por Colombia.

El Decreto 173 de 1998, adopta el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia a través de la Atención Integral en Salud que comprende acciones de: servicios de atención médico quirúrgica, atención inicial de urgencias, hospitalización (tratamiento), servicios de ayuda diagnóstica, provisión de medicamentos y transporte de pacientes.

Con el Acuerdo No. 358 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se declaró “La afiliación inicial de la población desplazada tiene financiamiento en su totalidad a cargo del FOSYGA se hará a afiliando al usuario a una (EPS) Entidad Promotora de Salud de naturaleza pública del orden nacional, sin perjuicio de que preserve el derecho a la libre elección trascurrido el tiempo mínimo de permanencia es esa EPS”, aunado a lo anterior con el Decreto 2284 de 2003 se garantizó la atención de las urgencias a la población desplazada en las (IPS) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, independiente de la capacidad de pago del afiliado; también decreta que el pago será efectuado por las Entidades Promotoras de Salud y en su momento las Administradoras del Régimen Subsidiado las cuales actualmente no se encuentran vigentes, solo subsisten las EPS.

El plan de atención integral de las víctimas del conflicto ha sufrido modificaciones a lo largo del tiempo; con los acuerdos 72 y 74 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se amplió el Plan de Beneficios del POS Subsidiado, incorporando los servicios de rehabilitación y trauma mayor en hospitales sectorizados

en zonas de conflicto, en consecuencia se promueve las acciones de convivencia pacífica y los servicios de rehabilitación física - funcional entre los beneficios. En el mismo año con el Acuerdo 77 del mismo Consejo se define la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y señala que cualquier IPS debe prestar los servicios de salud a la población desplazada, sin limitaciones territorial, aun cuando no existiese contrato directo con la ARS.

El aseguramiento engloba a la persona de manera holista y en consecuencia a su familia, la cual debe ser amparada de unos riesgos en salud específicos, mediante el Acuerdo 85, se adicionó la atención a las necesidades de salud derivadas de los riesgos inherentes al desplazamiento tales como los medioambientales, nutricionales y psicosociales a la población afectada.

También se han generado normas jurídicas orientadas a la forma de administración de los recursos económicos para garantizar la atención en salud de los campesinos víctimas del conflictos, como los acuerdos 44, 64 y 86 de 1997, acuerdo 120 de 1999 y acuerdo 160 del 2000.

Con la Ley 1448 de 2011, se diseñaron las medidas de asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno las cuales fueron reglamentadas mediante el Decreto 4800 de 2011, que consagra el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI. El enfoque psicosocial del programa está dirigido a mitigar los efectos del conflicto armado sobre la salud mental de las víctimas del conflicto, lo cual genera un desenlace positivo en términos atención, asistencia y

reparación psicosocial integral de las personas en situación de desplazamiento a razón del conflicto interno armado colombiano.

La salud mental se encuentra legislada mediante la Ley 1616 de 2013, la cual garantiza el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

Finalmente a través de la Ley 1751 de 2015 se regula el Derecho fundamental a la Salud, consagrándolo como un derecho autónomo e irrenunciable en lo individual. En lo colectivo en su artículo 11 menciona a los sujetos de especial protección en dicho grupo se encuentra los desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la precitada ley predica que la atención en salud para estos “sujetos de protección especial” no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica adicionalmente las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención. La norma señala expresamente para las personas víctimas de la violencia y del conflicto armado que el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.

7 DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Se plantea la realización de una Revisión Sistemática de la literatura (RS).

Las seis etapas básicas en la realización de la RS y que quedan detalladas en el desarrollo del protocolo son (figura 1):

- a) Formulación de la pregunta.
- b) Búsqueda y selección de los estudios.
- c) Evaluación de la calidad de los estudios.
- d) Recopilación de los datos.
- e) Análisis, presentación e interpretación de los resultados.
- f) Publicación de la RS.

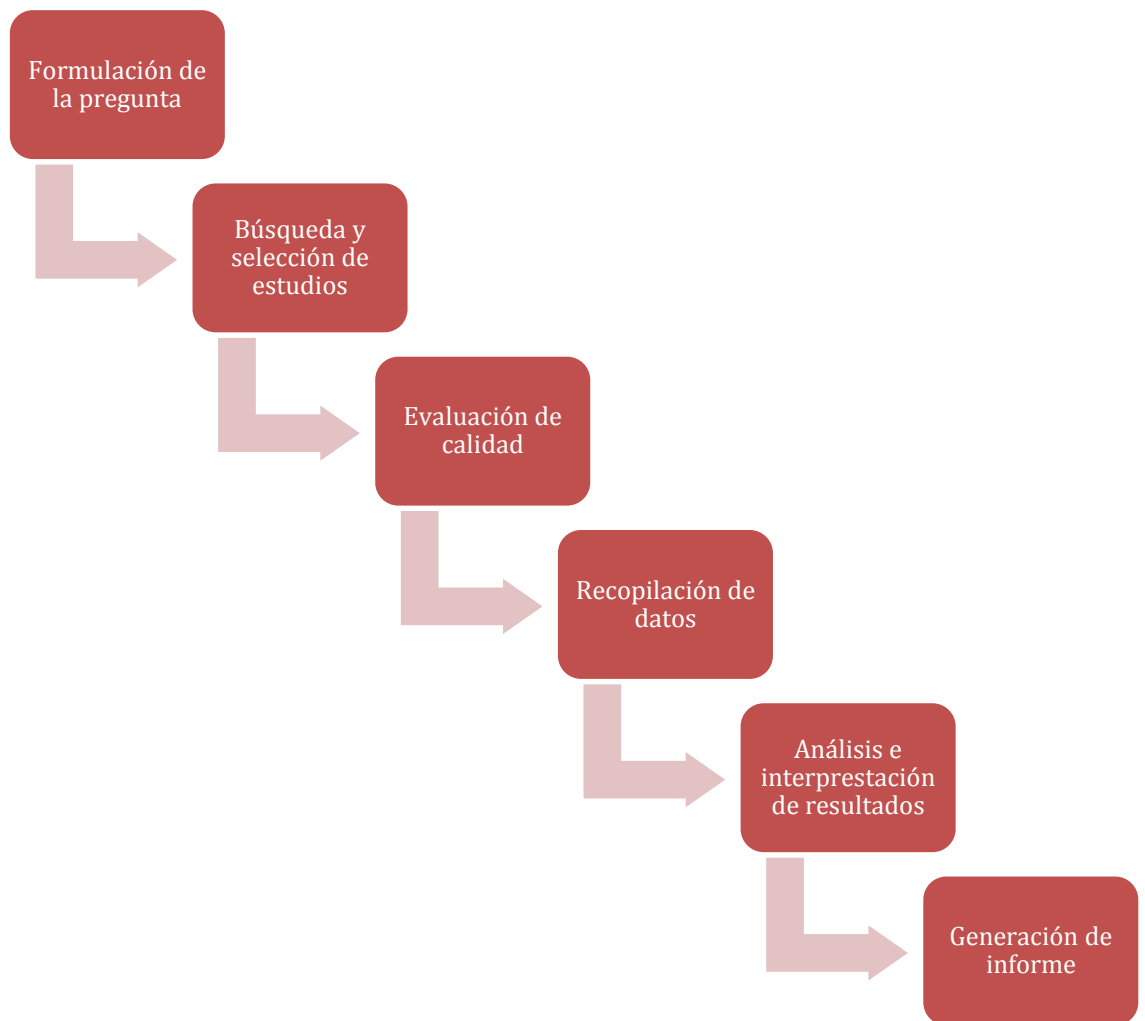


Figura 1. Flujograma para la realización de una Revisión Sistemática. Fuente.

Elaboración propia del autor.

7.2 CRITERIOS PARA LA INCLUSIÓN DE LOS ESTUDIOS

7.2.1 Tipos de estudio

Se incluyeron estudios descriptivos, series de caso, estudios de caso, 1 revisión sistemáticas y estudios de cohorte publicados entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre del 2015.

7.2.2 Desenlaces

Cómo desenlaces se tuvieron en cuenta la prevalencia de enfermedades mentales y factores de riesgo identificados.

7.3 CRITERIOS PARA LA BÚSQUEDA DE LOS ESTUDIOS

7.3.1 Bases de datos

Para la búsqueda se utilizaron las siguientes bases de datos:

- Medline
- Bireme

7.3.2 Palabras clave y estrategias de búsqueda

Para la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras clave:

1. Salud mental
2. Mental health
3. War exposure
4. War Related Trauma

5. Guerra
6. Trauma relacionado a la guerra

Y se emplearon estas estrategias de búsqueda:

1. Mental health AND war exposure
2. Mental health AND war related trauma
3. Salud mental AND guerra
4. Salud mental AND trauma relacionado a la guerra

Estas estrategias de búsqueda fueron utilizadas para la búsqueda en las bases de datos mencionadas en la sección anterior registrando el número de resultados encontrados en cada una.

7.3.3 Otras fuentes de búsqueda

Adicionalmente se utilizaron dos fuentes de búsqueda, una de ellas fue la búsqueda a través del Google Scholar e instituciones dependientes de la Presidencia de la republica que generan informes sobre la situación del conflicto armado en Colombia y finalmente se aplicó la estrategia “bola de nieve” buscando en las referencias bibliográficas de los estudios incluidos, estas fuentes de búsqueda adicionales fueron diseñadas con el fin de capturar la literatura no publicada o literatura gris.

7.4 CRITERIOS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

7.4.1 Identificación de la evidencia

Se revisaron los títulos y resúmenes de los artículos encontrados a través de la búsqueda para encontrar en ellos los criterios de inclusión, los resultados que en su título y resumen no mostraron tener los criterios de inclusión fueron descartados, en aquellos casos que existió duda sobre su inclusión o no, se procedió a obtener el texto completo del mismo.

7.4.2 Evaluación del riesgo de sesgo

Se realizó una evaluación del riesgo de sesgo teniendo en cuenta el diseño metodológico de cada estudio incluido y sus formas de control en el diseño metodológico.

7.4.3 Análisis de variables

A través de un formulario se extrajo la información sobre: autores, año de publicación, tipo de diseño metodológico, tamaño de la muestra, prevalencia de enfermedades, condiciones de la exposición, relaciones y desenlaces.

Posteriormente esta información fue tabulada y procesada utilizando el programa Excel versión 2010 para Mac.

La información cualitativa fue presentada como frecuencias y cómo medida de relación se estimó OR (Odds Ratio) con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. La información cuantitativa fue presentada como promedios con sus desviaciones

estándar y cómo medidas de relación se utilizaron las diferencias de promedio con sus respectivos intervalos de confianza al 95%, este método de análisis se utiliza como forma de combinar los resultados y su aplicación depende de la calidad y contenido de la información obtenida en la revisión.

7.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Teniendo en cuenta el tipo de estudio y de acuerdo a la resolución 8430 de 1993 del ministerio de Salud esta investigación se clasifica como una INVESTIGACIÓN SIN RIESGO.

8. RESULTADOS

Se realizó una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática. En esta sección se presentan estos resultados.

8.1 RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

Se realizó una búsqueda sistemática a través de dos bases de datos con el fin de identificar estudios a inclusión. En total se encontraron 4.616 resultados potencialmente elegibles a inclusión en la revisión sistemática. La tabla 1 presenta la distribución de los resultados de acuerdo a la estrategia de búsqueda y la base de datos a explorar.

Tabla 1. Resultados de la búsqueda de la revisión sistemática.

Estrategia de búsqueda	Pubmed	Bireme
Mental health AND war exposure	456	643
Mental health AND war related trauma	298	150
Salud mental AND guerra	7	3019
Salud mental AND trauma relacionado a la guerra	0	43
Total	761	3855
		4616

Fuente: Elaboración propia del autor.

La figura 2 presenta el diagrama de flujo prisma de la revisión sistemática.

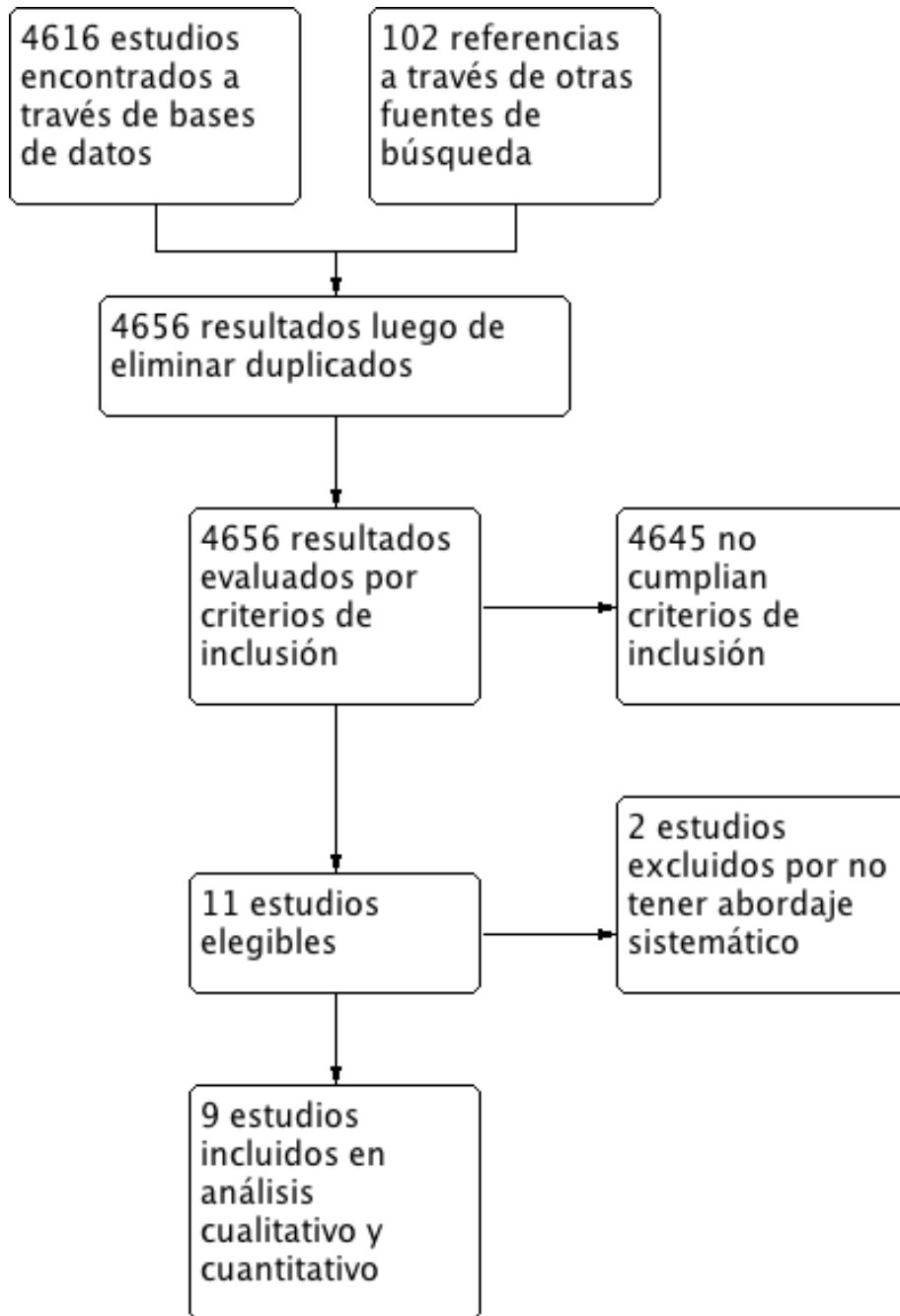


Figura 2. Diagrama de flujo de la revisión sistemática. Fuente. Elaboración propia del autor.

8.2 IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS

En total se incluyeron 9 estudios. A continuación en la tabla 2 se presentan las características básicas de ellos.

Tabla 2. Estudios incluidos

Referencia	Tipo de estudio	Comentarios	Fuente de sesgo
Gómez- Restrepo, 2015	Estudio observacional retrospectivo	Encuesta Nacional de Salud Mental	Naturaleza observacional del estudio lo hace susceptible a sesgo de confusión.
Campo- Arias, 2014	Revisión sistemática de la literatura	13 estudios incluidos, todos de naturaleza retrospectiva	
Campo- Arias, 2014	Análisis narrativo	Estudio de investigación documental	
Flink, 2013	Estudio de corte	Se incluyeron 282 niños víctimas del conflicto armado	
Médicos sin fronteras, 2013	Estudio observacional	Se incluyeron 4455 víctimas del conflicto	
Andrade- Salazar, 2012	Estudio observacional retrospectivo	Se incluyeron 30 mujeres cabeza de hogar en	

		situación de desplazamiento como consecuencia del conflicto armado	
Bell, 2012	Estudio observacional retrospectivo	Se incluyeron 6543 pacientes	
Londoño, 2012	Estudio de casos y controles	42 pacientes incluidos	
Sánchez-Padilla, 2009	Estudio observacional prospectivo	La muestra se dividió en dos: -Área Urbana (Ibagué n=855) -Área rural (n=1556)	

Elaboración propia del autor con datos tomados de Gómez-Restrepo, 2015. Campo-Arias, 2014, Flink, 2013. Médicos sin fronteras, 2013. Andrade-Salazar, 2012. Bell, 2012. Londoño, 2012. Sánchez-Padilla, 2009.

Como puede verse en general los estudios por el tipo de información a evaluar, tienen una naturaleza observacional y retrospectiva.

Se excluyeron dos estudios de la revisión sistemática. Los motivos de su exclusión son presentados en la tabla 3.

Tabla 3. Estudios excluidos

Referencia	Tipo de estudio	Razón de exclusión
Jiménez, 2009	Revisión de tema	Aproximación no sistemática. No presenta estadísticas directas de los resultados.
Garay, 2007	Revisión de tema	No presenta resultados sobre salud mental.

Elaboración propia con datos tomados de Jiménez, 2009. Garay, 2007

8.3 SALUD MENTAL Y CONFLICTO ARMADO

Los estudios incluidos evaluaron diferentes desenlaces relacionados con la salud mental en el contexto del conflicto armado.

Tabla 4. Salud mental y conflicto armado, estudios de prevalencia.

IC: Intervalo de confianza.

OR = Odds de enfermedad en expuestos (1)

Odds de enfermar en no expuestos (2)

Prevalencia: Proporción de individuos de una población que presenta un determinado trastorno en un momento dado.

Referencia	Desenlace	Resultados
Gómez- Restrepo, 2015	Prevalencia de Experiencia traumática debida al conflicto armado	7,9% IC95% 7,1-8,7
	Prevalencia desplazamiento debido a conflicto armado	12% IC95% 10,6-13,5
	Prevalencia de ansiedad en víctimas del conflicto armado	64% IC95% 45-76
	Prevalencia de trauma psicológico	45,9% IC95% 36,8-55,4
Campo- Arias,2014	Prevalencia del trastorno de estrés postraumático	21%-91%
	Prevalencia de síntomas psiquiátricos de alta	54,9%

	probabilidad de enfermedad	
	Prevalencia trastorno mental	1,1%
Flink, 2013	Problemas de comportamiento	OR 3.3 IC95% 1,5-6,9
Médicos sin fronteras, 2013	Prevalencia ansiedad	34%
	Prevalencia de depresión	34%
	Prevalencia síntomas somáticos	14%
Andrade-Salazar, 2012	Prevalencia desempleo	82%
	Prevalencia inadecuada comunicación intrafamiliar	70%
	Prevalencia de falta de atención en salud mental	80%
Londoño, 2012	Prevalencia de ansiedad moderada a severa	36,60%

	Prevalencia de la depresión	27,70%
	Prevalencia de síntomas de somatización	63,60%
	Prevalencia de trastornos de la alimentación	9%
	Prevalencia de abuso de alcohol	54,5%
Sánchez-Padilla, 2009	Prevalencia estrés posttraumático	-Niños área rural 13,5% -Niños área urbana 5% -Adultos área rural 9,1% -Adultos área urbana 4,8%
	Prevalencia trastorno de ansiedad	-Niños área rural 36,4% -Niños área urbana 11,4% -Adultos área rural 45,3% -Adultos área urbana 13,8%
	Prevalencia depresión	-Niños área rural 4,8% -Niños área urbana 14,2% -Adultos área rural 22,9% -Adultos área urbana 20,4%
	Efecto programa de salud mental	-Niños con mejoría 89% -Adultos mejoría 91%

	(médicos sin frontera)	
--	------------------------	--

Elaboración propia con datos tomados de Gómez-Restrepo, 2015. Campo-Arias, 2014. Flink, 2013. Médicos sin fronteras, 2013. Andrade-Salazar, 2012. Londoño, 2012. Sánchez-Padilla, 2009

Es apreciable la heterogeneidad en los desenlaces de los estudios incluidos específicamente sobre la “Proporción de individuos de una población que presenta un determinado trastorno en un momento dado”. Así mismo, se aprecian variaciones en los indicadores presentados.

Al revisar la prevalencia de la ansiedad en las víctimas del conflicto se aprecia que su resultado se encuentra entre el 26 y 64%. Estas variaciones pueden estar debidas a la población estudiada y a las diferencias metodológicas de los estudios. La figura 3 presenta la frecuencia de la ansiedad.

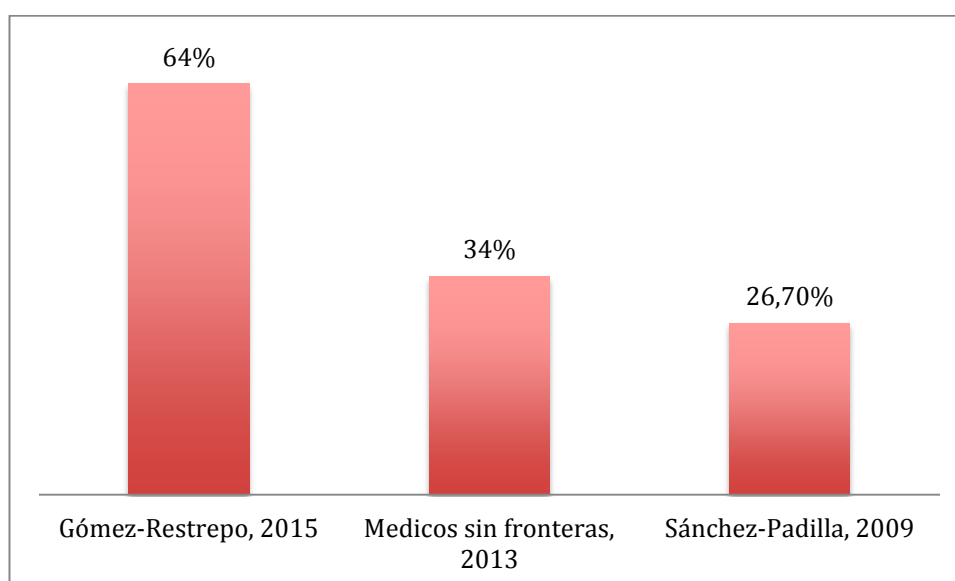


Figura 3. Prevalencia de la ansiedad. Elaboración propia con datos tomados de Gómez- Restrepo, 2015. Médicos sin fronteras, Sánchez-Padilla, 2009.

La depresión muestra frecuencia mucho más bajas, entre el 15 y 34% comparada con la ansiedad. Esta información es de suma importancia a la hora de diseñar programas de atención para las víctimas del conflicto armado, dada su complejidad y similitud. Con el fin de mitigar el sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física, mental y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades.

La figura 4 muestra la distribución de la frecuencia de la depresión.

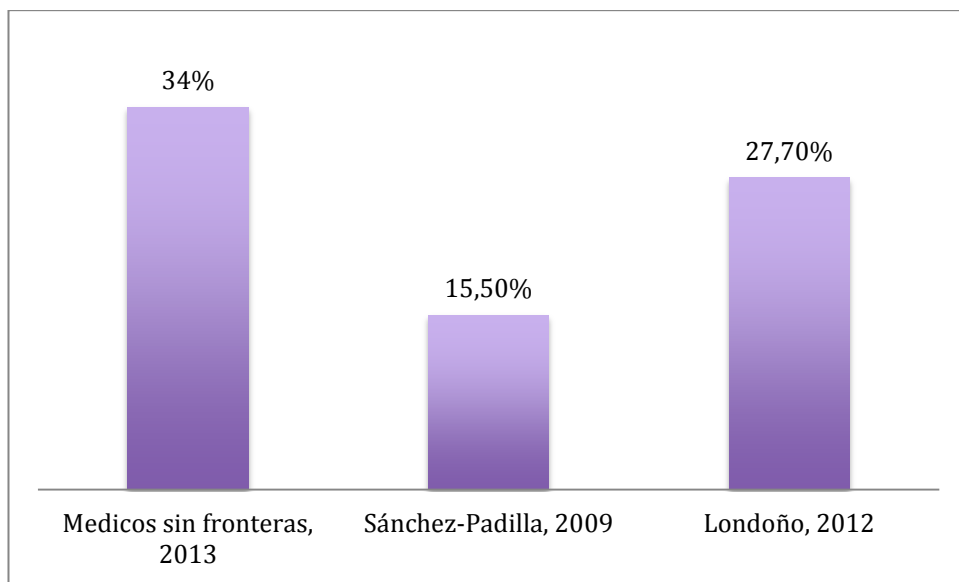


Figura 4. Prevalencia de la depresión. Elaboración propia con datos tomados de Médicos sin fronteras, Sánchez-Padilla, 2009. Londoño, 2012

El estrés postraumático es otro problema frecuente. Su prevalencia se encuentra entre el 28,8% y el 41%, mucho mayor que la prevalencia reportada de depresión. Estos resultados muestran que los efectos del conflicto son superiores sobre ciertos ejes del estudio mental y dominio psiquiátrico.

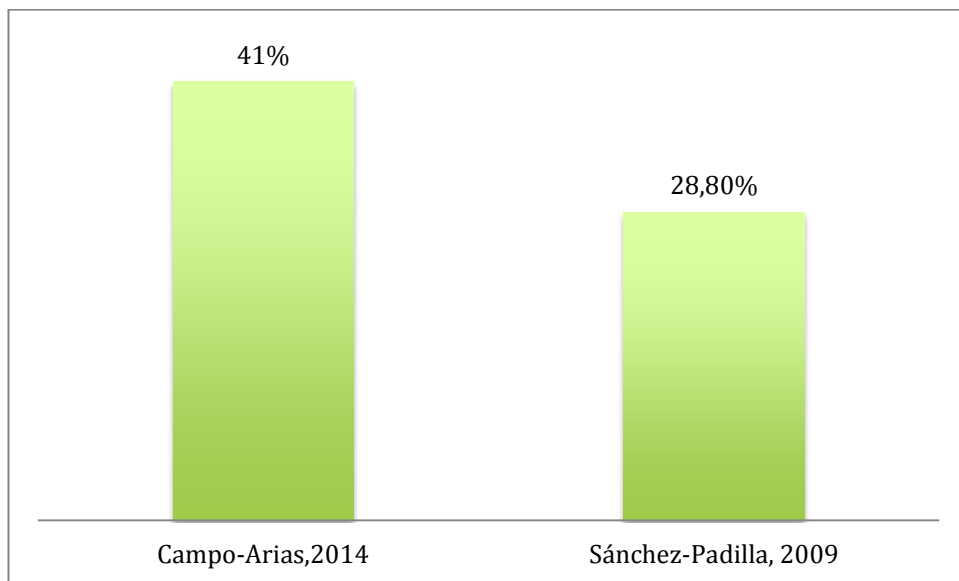


Figura 5. Prevalencia del trastorno de estrés postraumático. Elaboración propia con datos tomados de Campo-Arias, 2014. Sánchez-Padilla, 2009.

La somatización es otro problema frecuente e importante, mas aún si se tiene en cuenta que la somatización ejerce efectos preponderantes y negativos sobre la calidad de vida, además genera costos directos de atención para el Sistema de Salud como respuesta al abordaje terapéutico ofrecido para su tratamiento.

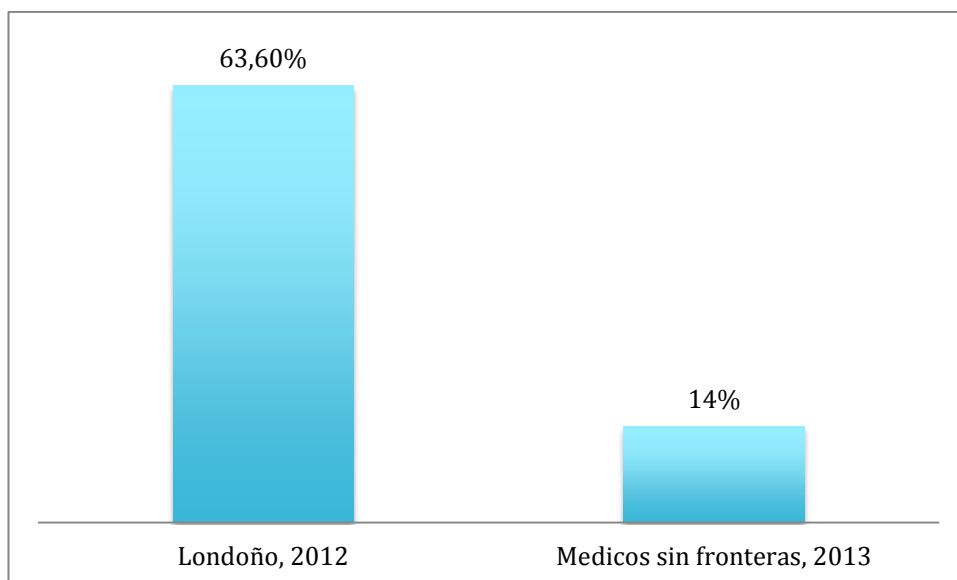


Figura 6. Prevalencia de la somatización. Elaboración propia con datos tomados de Médicos sin fronteras, Londño, 2012

La frecuencia de la somatización es tan importante como la reportada para la depresión, por lo tanto la importancia de la formación de futuros profesionales y grupos intersectoriales capaces de desarrollar programas de atención para las víctimas del conflicto armado de manera oportuna, segura y efectiva.

Los estudios incluidos también evaluaron algunos factores de riesgo relacionados con el deterioro de la salud mental en las víctimas del conflicto armado en nuestro país. Es importante señalar que existe un importante vacío conceptual sobre los factores de riesgo que tienen un impacto en nuestro medio.

La tabla 5 presenta un resumen de los factores de riesgo explorados.

Tabla 5. Salud mental y conflicto armado, factores de riesgo

Referencia	Desenlace	Resultados
Bell, 2012	Violencia como factor de riesgo para ideación suicida	OR 1,42 IC95% 1,23-1,65
	Violencia como factor de riesgo para trastornos de la alimentación	OR 1,21 IC95% 1,04-1,42
	Violencia como factor de riesgo para dolor somático	OR 1,19 IC95% 1,10-1,29
	Violencia como factor de riesgo para trastornos del sueño	OR 1,26 IC95% 1,17-1,35
	Violencia como factor de riesgo para ánimo depresivo	OR 1,33 IC95% 1,26-1,40
Campo-	Discriminación y	La estigmatización, revictimización y el estigma

Arias,2014	revictimización	social de las víctimas del conflicto armado ha generado impacto directo sobre su estado de salud mental.
Flink, 2013	Efecto del estado de salud mental del cuidador (estado positivo)	OR 4,3 IC95% 2-9,2
	Efecto del funcionamiento familiar (estado positivo)	OR 8,4 IC95% 3-23,3
Londoño, 2012	Riesgo de ansiedad moderada a severa	OR 1,46 IC95% 0.38- 5.59
	Riesgo de la depresión	OR 4,54 IC95% 1,10 –18,59
	Riesgo de síntomas de somatización	OR 6,09 IC95% 1,22 –30,2
	Riesgo de trastornos de la alimentación	OR 1,3 IC95% 0,14 –11,9

	Riesgo de abuso de alcohol	OR 4,4 IC95% 1,2 –16,08
--	----------------------------	-------------------------

Fuente: elaboración propia del autor basado en datos de Bell 2012, Campo Arias 2014, Flink 2013, Londoño 2012.

En el estudio de Campo-Arias 2014 se hace evidente la importancia de la estigmatización y revictimización en este tema, no obstante, no se encontraron más estudios que evaluaran este factor de riesgo ni tampoco se documentaron aspectos cuantitativos relevantes.

Es apreciable observar como la violencia junto con el desplazamiento se consolidan como grandes factores de riesgo para el deterioro del estado de salud mental de las víctimas, en la literatura se han documentado factores de riesgo que ejercen un impacto importante incrementando el riesgo de desarrollar patologías psiquiátricas luego de la exposición a la violencia. En nuestro medio se han evaluado únicamente dos factores de riesgo: el estado de salud mental del cuidador (en el caso de los niños) y en la comunicación familiar. Evidentemente el deterioro de estos dos factores conduce a un incremento del riesgo de desarrollar patología psiquiátrica en las víctimas del conflicto. En la siguiente sección se contrastarán estos resultados contra la literatura universal con el fin de determinar similitudes y diferencias.

9. DISCUSIÓN

En esta sección se discutirán los resultados presentados en la sección anterior.

9.1 IDENTIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA

Esta revisión sistemática incluyó fuentes de búsqueda en bases de datos y literatura gris de esta forma se intentó reducir el sesgo de la revisión sistemática. La calidad metodológica de los estudios incluidos fue relativamente buena y se puede considerar que el impacto de la calidad sobre los resultados finales del estudio no son considerables; esto teniendo en cuenta la naturaleza de los eventos estudiados en el presente documento que impiden acceder a otras fuentes de evidencia científica como los ensayos clínicos, dado que los ensayos clínicos el investigador provoca y controla las variables y los sujetos.

9.2 SALUD MENTAL Y CONFLICTO ARMADO

El impacto del conflicto armado sobre la salud mental de las personas es un tema que ha llamado la atención de investigadores en todo el mundo. Estos resultados permiten contrastar los resultados de la presente revisión sistemática con lo reportado en otras investigaciones (tabla 6).

Tabla 6. Resultados reportados en otros países

Autor	Año	País	Tipo de estudio	Desenlace	Resultado en salud
Borda	2015	Estados Unidos	Revisión sistemática	Alcoholismo	Aumento del 500% en su frecuencia
				Tasa de suicidios	20 personas/100.000 habitantes mayor
Nassem	2015	Pakistan	Estudio de corte transversal. N=349 mujeres en embarazo	Prevalencia de trastornos psicológicos	Prevalencia 38,1%
Santavirta	2015	Finlandia	Estudio de cohorte. N=45463 expuestos a segunda guerra mundial	Riesgo de admisión hospitalaria por trastorno mental	OR: 2,10 IC95% 1,10-4,43
Hemmati	2015	Irán	Estudio de	Prevalencia de	34,6%

			corte transversal. N=78. Niños víctimas del conflicto armado	ansiedad Prevalencia de depresión	6,4%
				Estrés posttraumático	25,6%
Bogic	2015	Asia, reino unido, Alemania	Revisión sistemática que incluyó 29 estudios de	Prevalencia de estrés posttraumático	11,4%
				Prevalencia de la depresión	22%
Newnham	2015	Sierra leona	Cohorte retrospectiva. N=363 adolescentes	Estresores diarios como factor de riesgo para depresión y estrés posttraumático	79%

Al igual que en lo encontrado en esta revisión, diferentes estudios realizados en el mundo muestran prevalencias diferentes de acuerdo a la población estudiada

(Figura 7).

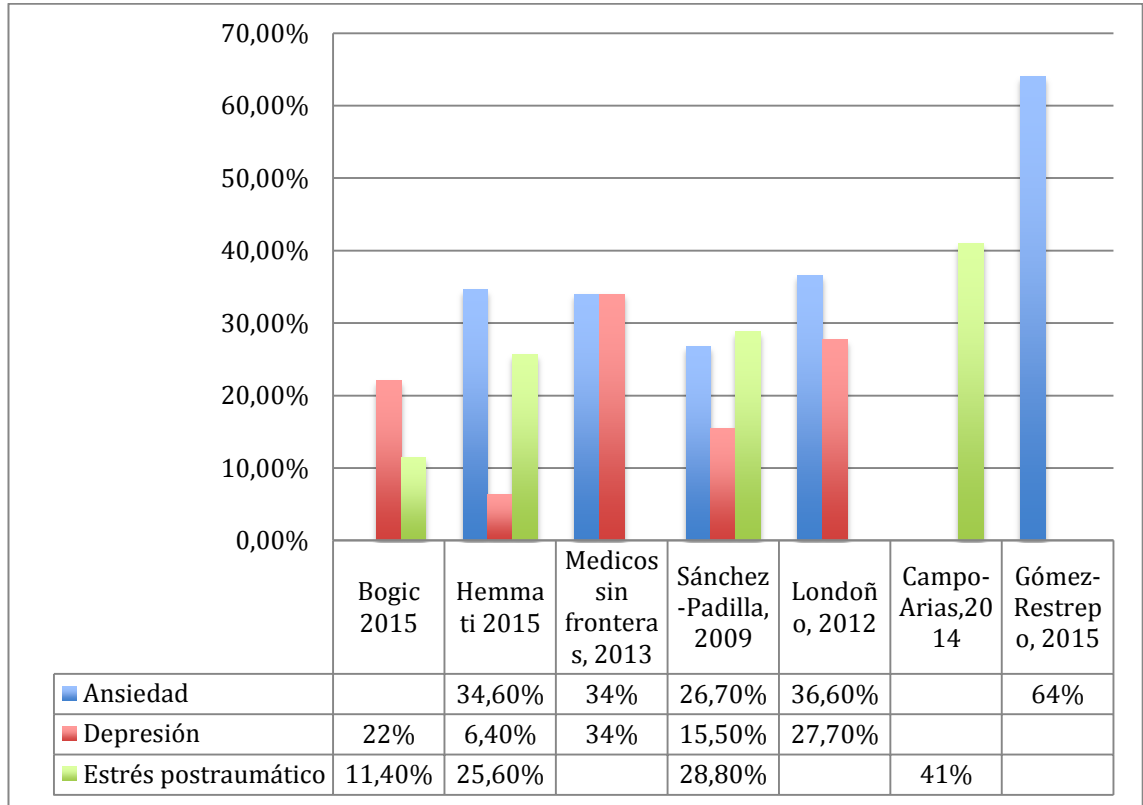


Figura 7. Comparación de las prevalencias de enfermedades mentales en víctimas de conflictos armados en el mundo y Colombia. Fuente: Elaboración propia del autor basada en datos de Bogic 2015, Hemmati 2015, Sánchez-Pradilla 2009, Campo Arias 2014 y Gómez-Restrepo 2015.

No obstante, las diferencias en las frecuencias de las enfermedades, los estudios en Colombia, con excepción de la prevalencia de ansiedad en el estudio de Gómez-Restrepo, muestran estar dentro de los rangos reportados en otros conflictos armados.

Por supuesto, las características propias de la población, la forma en que se da la exposición al conflicto armado así como las estrategias de afrontamiento social al conflicto que en parte explican las diferencias en las frecuencias.

Otra de las explicaciones a las variaciones en los valores de la prevalencia se debe a los tipos de diseños metodológicos así como los criterios diagnósticos empleados. En un trabajo de investigación Bogic 2015, p. 15: 29 encontró que los estudios de baja calidad metodológica están relacionados con una mayor prevalencia de las enfermedades; al contrario, los estudios de alta calidad metodológica reportan niveles de frecuencia de la enfermedad significativamente inferiores, este es un punto de trascendental importancia si se tiene en cuenta que esta información es utilizada en la estimación de las evaluaciones económicas de programas dirigidos a la atención en salud mental de las víctimas del conflicto.

En los estudios presentados (tabla 6) se encuentran otros hallazgos interesantes y claves para determinar las condiciones del estado de salud mental en víctimas del conflicto. Los suicidios y el alcoholismo son problemas que pueden afectar con mayor frecuencia a las víctimas del conflicto armado. En el estudio de Borda, 2015 p. 44(1):41-9. El conflicto armado es un factor que incrementa la frecuencia de estos dos fenómenos. El estudio de Londoño, 2012 incluyó también la medición del alcoholismo, estimando una prevalencia del 54%. Estudios futuros deberán explorar el impacto del conflicto sobre el alcoholismo y sus medidas de asociación, prestando mucha atención a lo que se denomina ocasionalmente el consumo social de alcohol y explorando las pautas culturales, locales regionales de consumo, entre otras.

Por otra parte el estudio de Santavirta, 2015 evalúa un desenlace de suma importancia: el consumo de servicios de salud. En esta búsqueda no se identificaron estudios que exploraran este desenlace en nuestra población. Las víctimas del conflicto tienen mayores admisiones hospitalarias psiquiátricas, esto plantea un reto importante para desarrollar estrategias locales y sectoriales, en efecto la atención adecuada y oportuna de las víctimas del conflicto deberá permitir disminuir estas admisiones disminuyendo los costos de atención en el ámbito personal y social.

Finalmente Newnham, 2105 exploró factores de riesgo relacionados con el desarrollo de la patología psiquiátrica, en esta revisión sistemática se identificaron como factores de riesgo el estado de salud mental del cuidador en los niños y en segundo término la comunicación familiar, sin embargo no se documentaron otros factores de riesgo. Newnham, 2015 encontró que los factores estresores cotidianos son los que conducen al desarrollo o no de patología mental en las víctimas del conflicto. La contribución de los agentes estresores sobre el desarrollo de estas enfermedades es del 76%, cabe anotar que se trata de los factores que tienen mayor impacto sobre el desarrollo de este problema, es necesario y de gran impacto realizar estudios en población colombiana que permitan medir la contribución de estos factores en nuestro medio.

9.3 LIMITACIONES DE ESTA REVISIÓN

Esta revisión tiene algunas limitaciones, en primer lugar al tratarse de una revisión sistemática los resultados de la misma dependen de los estudios previamente publicados. Se incluyeron todos los estudios que cumplían los criterios de inclusión a pesar de que la calidad de los estudios es buena, su naturaleza observacional retrospectiva los hace susceptibles a la inclusión de sesgos de confusión. Igualmente se identificó un déficit de información en cuanto a factores de riesgo asociados a patologías y determinantes de salud mental en los estudios incluidos, futuros estudios deberán explorar estos factores.

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La exposición al conflicto armado es un factor que incrementa el riesgo de patologías mentales.
- La depresión, ansiedad, estrés postraumático, alcoholismo, problemas de somatización y trastornos alimentarios son trastornos psiquiátricos frecuentes en la población víctima del conflicto.
- La frecuencia de la enfermedad mental es similar a la reportada en estudios realizados sobre víctimas de otros conflictos armados.
- La comunicación familiar buena es un factor que protege a los niños de desarrollar patología psiquiátrica.

- El estado de salud mental de los miembros de la familia víctima de conflicto está relacionado con el desarrollo de patología psiquiátrica en otros miembros de la familia.
- Los daños materiales provocados por el conflicto armado en Colombia son lucro cesante, daño emergente y gastos económicos.
- Los daños inmateriales lo representan el sufrimiento moral, el cambio en el proyecto de vida y deterioro en la vida.
- Los estresores cotidianos a las que están expuestas las víctimas pueden determinar la aparición de la patología psiquiátrica. Futuros estudios deberán evaluar esta relación en nuestro medio. Existe un importante vacío conceptual sobre los factores de riesgo asociados a la patología mental que tienen un impacto en nuestro medio. Es necesario realizar estudios que caractericen en un mayor grado de detalle la frecuencia de las enfermedades mentales en las víctimas del conflicto armado desde la perspectiva de la psiquiatría crítica.
- Se hace evidente la importancia de la estigmatización y revictimización de las personas en situación de desplazamiento víctimas del conflicto armado en Colombia, no obstante, no se encontraron más estudios que evaluaran este factor de riesgo ni tampoco se documentaron aspectos cuantitativos relevantes.
- Las personas víctimas de la violencia, del conflicto armado y los pacientes con patologías psiquiátricas son sujetos de protección especial reforzada. Teniendo en cuenta la naturaleza de los eventos estudiados en el presente documento que impiden acceder a otras fuentes de evidencia científica como los ensayos clínicos, dado que los ensayos clínicos el investigador provoca y controla las variables y los sujetos.

11. BIBLIOGRAFÍA

Andrade Salazar J, Sicachá MA (2012). Indicators of individual and community mental health in women-headed households in situations of forced displacement in the department of quindío. AGO.USB 12: 61.

Arias BE, (2013). Salud mental, violencia política. Atender al enfermo psiquiátrico o reconocer al sujeto de la micropolítica. Rev Colomb Psiquiatr. ;42:275-82.

Baingana F, Bannon I, Thomas R.(2005) Mental health and conflicts: Conceptual framework and approaches. Washington: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank.

Bell V1, 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. *Confl Health*. 2012 Nov 21;6(1):10.

Bogic M, Nioku A, Priebe S (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* 15: 29

Borda Bohigas JP, Carrillo JO, Garzón DF, Ramírez MP, Rodríguez N (2015). Historical trauma. Systematic review of a different approach to armed conflict. *Rev Colomb Psiquiatr* 44(1):41-9.

Camacho MA, Rico, ME (2016). Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. *AGO USB* 16: 193-213.

Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática . *Revista Colombiana de Psiquiatría* 43: 177-185.

Campo-Arias A; Herazo E (2014). Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado *Revista Colombiana de Psiquiatría* 43: 212-217

Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1448, Artículo 74 (10, Junio, 2011). Despojo y abandono forzado de tierras. *Diario Oficial* No. 48.096 de 10 de junio de 2011

Colombia. Congreso de la Republica Ley 387, Artículo 1 (18, Julio, 1997).Del desplazado y de la responsabilidad del estado.Diario Oficial No. 43.091, de 24 de julio de 1997

Departamento Nacional de Planeación. Cómo se determinan las áreas urbanas y rurales tomado de <http://www.geocensos.com/2011/06/como-de-determinan-las-areas-urbanas-y.html> Recuperado noviembre 27 2015

Díaz Ó., (2015) Prevalencia de los diagnósticos de salud mental en Colombia: análisis de los registros del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO tomado de http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen14_numero2/07-articulo6-revista_psicologia_vol14No2.pdf. Recuperado noviembre 27 2015

Duran, D. Parra, J. Bohórquez, V. Centeno, A.(2007) Desplazamiento forzado en Colombia. Derechos, acceso a la justicia y reparaciones. Tomado de <http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/desplazamiento.pdf> Recuperado 10 de noviembre 2015

Eming,M. Fujimoto,G. Desarrollo infantil temprano: lecciones de los programas no formales. 2003. [en línea]. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-715X2003000100004&script=sci_arttext Recuperado 10 de noviembre 2015

Fierro A (2012). Salud mental, personalidad sana, madurez persona. [en línea]. http://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/salud_mental_personalidad_sana_madurez_personal.pdf. Recuperado el 2 de febrero del 2016.

Flink IJ, Restrepo MH, Blanco DP, Ortegón MM, Enriquez CL, Beirens TM, Raat H (2013). Mental health of internally displaced preschool children: a cross-sectional study conducted in Bogotá, Colombia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48: 917-926

Garay LJ (2012). El reto ante la tragedia humanitaria del desplazamiento forzado: Superar la exclusión social de la población desplazada ii. Comisión de seguimiento a la política pública sobre desplazamiento forzado. Bogotá.

Gómez Restrepo A (ed) (2015). Encuesta nacional de Salud. Bogotá: Ministerio de salud.

González, M., (2013) El medio rural [en línea] <http://es.scribd.com/doc/50250962/El-espacio-rural-es-el-territorio-no-urbano-de-la-superficie-terrestre-o-parte-de-un-municipio-que-no-esta-clasificada-como-Area-Urbana-o-de-Expansion> Recuperado 10 de noviembre 2015

Gudiño, Á. Y Delgado, (2005). Contabilidad Sistema de información para las organizaciones: Mc Graw Hill.

Hemmati MA, Shokoohi H, Masoumi m, Khateri S, Soroush M, Modirian E, et al (2015). Mental health disorders in child and adolescent survivors of post-war landmine explosions. *Mil Med Res* 2:30.

Jimenez WA (2009). Salud mental en el postconflicto colombiano. *Revista criminalidad* 51: 179-192.

Londoño A, Romero P, Casas G.
The association between armed conflict, violence and mental health:
a cross sectional study comparing twopopulations in Cundinamarca department, Colombia. *Confl Health*. 2012 Dec 17;6(1):12.

Médicos sin fronteras (2013). Las heridas menos visibles: Salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia. Bogotá: La institución.

Méndez, A. (2006). Metodología Diseño y Desarrollo del Proceso de Investigación. 4ª Edición. Bogotá. Año 2006. 246 p.

Ministerio de Salud y Protección Socia (2015) Informe de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM)
http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf

Nassem M, Chiumento A, Dherani M, Bristow K, Sikander S, Rahman A (2015). Psychological distress and its associations with past events in pregnant women affected by armed conflict in Swat, Pakistan: a cross sectional study. *Confl Health* 9:37

Newnham EA, Pearson RM, Stein A, Betancourt TS (2015). Youth mental health after civil war: the importance of daily stressors. *Br J Psychiatry* 206: 116-121.

Ortiz, R. , Bohórquez, A. y Garzón, F. (2007) Tesis “Diseño e Implementación del Sistema Contable en la Fundación Alianza Social Educativa A.S.E. Implementado en la localidad de Engativá.

Pacheco G., (2012), El concepto de "salud mental" tomado de <http://www.psicomed.net/saludmental.html> Recuperado noviembre 27 2015

Pérez, Karlos. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo [en línea] <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/26> Recuperado noviembre 27 2015

Rodríguez J, Alejandro De La Torre, Claudio T. Miranda La salud mental en situaciones de conflicto armado, *Biomédica* 2002.

Ruiz JI (2007). Procesos sociales relacionados con el miedo al crimen, la satisfacción con la policía y la victimización: El caso de la cultura ciudadana. *International e-Journal Criminal Science* 1: 1-29.

Santavirta T, Santavirta N, Betancourt TS, Gilman SE (2015). Long term mental health outcomes of Finnish children evacuated to Swedish families during the second world war and their non-evacuated siblings: cohort study. 350:g7753.

Sanchez-Padilla E1, Casas G, Grais RF, Hustache S, Moro MR (2009). The Colombian conflict: a description of a mental health program in the Department of Tolima. Confl Health. 2009 Dec 23;3:13.

Villaverde ML, Gracia R, Morera A. (2000). Relación entre el estrés psicosocial y la patología psíquica: un estudio comunitario. Actas Esp Psiquiatr.;28:1-5.

ANEXOS

ANEXO 1. ESQUEMA DE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Esquema de revisión

Título*

Información del protocolo:

Autores*

Fechas

Novedades

Historial

Protocolo:

Antecedentes*

Objetivos*

Métodos:

Criterios de selección de los estudios:

Tipos de estudios*

Tipos de participantes*

Tipos de intervenciones*

Tipos de medidas de desenlace*

Métodos de búsqueda para la identificación de los estudios*

Extracción y análisis de los datos*

Agradecimientos

Referencias:

Otras referencias:

Referencias adicionales

Otras versiones publicadas de esta revisión

Tablas y figuras:

Tablas adicionales

Figuras

Información complementaria:

Apéndices

Comentarios:

Título

Resumen

Respuesta

Contribuciones

Sobre el artículo:

Contribuciones de los autores

Declaraciones de interés*

Financiación:

Fuentes internas

Fuentes externas

Notas publicadas