Discapacidad por guerra en Santander y Norte de Santander

Estudio descriptivo

Esta publicación se realizó con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional-USAID y la Organización Internacional para las Migraciones-OIM

Edición
CON FE PAZ
Carrera 13A N° 32A-39 Oficina 602 Bogotá, D.C.
Telefax 3402536 E-Mail:confepaz99@hotmail.com

Autor
Aldemar Jutinico Vega
Magister en Psicología Comunitaria
Especialista en Salud Ocupacional

Diseño e Impresión
CORPOSOL

ISBN
958-33-4863-5

Bogotá, D.C. Julio de 2003

DISCAPACIDAD POR GUERRA EN SANTANDER Y NORTE DE SANTANDER

Estudio descriptivo

ALDEMAR JUTINICO VEGA
MAGISTER EN PSICOLOGIA COMUNITARIA
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

ASISTENTES

OSCAR BUITRAGO RUEDA
PRESIDENTE - CON FE PAZ

ALBERTO CUELLAR IBÁÑEZ
DIRECTOR - CON FE PAZ

IOM • OIM

CON FE PAZ
DISCAPACITADOS POR GUERRA

USAID

Anexos

Anexo 1 ***.....59***
Formulario para Identificar Lesiones y Síntomas de Estrés Postraumático
en Personas con Discapacidad por Guerra 59

Lista de tablas

Tabla 1: Discapacidad por guerra en Santander y Norte de Santander y sexo en soldados, policías, reinsertados y civiles 39

Tabla 2: Discapacidad por guerra en Santander y Norte de Santander y edad en soldados, policías, reinsertados y civiles 40

Tabla 3: Discapacidad por guerra en Santander y Norte de Santander y escolaridad en soldados, policías, reinsertados y civiles 41

Tabla 4: Discapacidad por guerra en Santander y Norte de Santander y trabajo actual en soldados, policías, reinsertados y civiles 41

Tabla 5: Discapacidad por Guerra en Santander y Norte de Santander y agente de la lesión en soldados, policías, reinsertados y civiles 42

Tabla 6: Discapacidad por Guerra en Santander y Norte de Santander y parte del cuerpo afectada en soldados, policías, reinsertados y civiles 43

Tabla 7: Discapacidad por Guerra en Santander y Norte de Santander y naturaleza de la lesión en soldados, policías, reinsertados y civiles 45

Tabla 8: Discapacidad por Guerra en Santander y Norte de Santander y exposición al suceso traumático en soldados, policías, reinsertados y civiles 46

Tabla 9: Discapacidad por Guerra en Santander y Norte de Santander y Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático en soldados, policías, reinsertados y civiles 47

Tabla 10: Discapacidad por Guerra en Santander y Norte de Santander y tiempo durante el que ha presentado los síntomas en soldados, Policías, reinsertados y civiles 49

Tabla 11: Discapacidad por Guerra en Santander y Norte de Santander y atención psicológica en soldados, policías, reinsertados y civiles 51

Tabla 12: Discapacidad por Guerra en Santander y Norte de Santander y expectativas con la vida en soldado, policías, reinsertados y civiles 52

Abreviaturas

ACOSDEN: Asociación Colombiana de Soldados Discapacitados del Ejército Nacional

CICR: Comité Internacional de la Cruz Roja

CIDI: Composite Internacional Diagnostic Interview

CIUO: Código Internacional Unificado de Ocupaciones

DIH: Derecho Internacional Humanitario

DU: Desechos de Uranio

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

GICHD: Centro Internacional de Ginebra para el Desminado Humanitario

MAZA: Grupo Mecanizado del Ejército Nacional

OIM: Organización Internacional para las Migraciones

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización No Gubernamental

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PRADIS: Programa Nacional de Atención a Personas con Discapacidad a causa del Enfrentamiento Armado - Guatemala

TEP: Trastorno por Estrés Postraumático

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

URNG: Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca

USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Capítulo 1

Planteamiento del problema

1.1 Descripción

La guerra es un acto irracional que debe evitarse a toda costa, pues una vez que está en marcha se convierte en un problema de salud pública debido a las altas tasas de mortalidad y discapacidad que genera, además de las nefastas consecuencias económicas que produce, la desorganización social que provoca, el dolor que causa y la lista interminable de desgracias que afectan a toda la población.

Tanto los ciudadanos comunes y corrientes como el gobierno y los profesionales de la salud dedicados a la salud pública y la promoción de la salud física y psicológica, nos debemos interesar en los riesgos que corre la salud pública por causa de la guerra, independientemente de nuestras opiniones personales sobre la solución al conflicto colombiano.

En la actualidad y sin duda alguna durante varios años, tendremos que enfrentarnos con las devastadoras consecuencias del conflicto armado, consecuencias que están entorpeciendo la promoción de la salud física y mental en Colombia. Tendremos que cambiar nuestras políticas y nuestros planes, readaptando objetivos y reconsiderando prioridades si queremos prevenir las consecuencias negativas de la guerra sobre la salud pública.

La guerra es la negación de la salud como derecho humano fundamental, conlleva sufrimientos evitables, muerte, discapacidad física y trastornos psicológicos; pero también la pérdida de la seguridad familiar, la visión de futuro y la confianza en la sociedad; los desplazados y refugiados pierden incluso su identidad personal y cultural. La guerra destruye igualmente el capital social y todos los esfuerzos de las comunidades para mejorar sus condiciones de vida; priva a los niños y adolescentes de la educación y pone en peligro su derecho a crecer y aprender adecuadamente; la guerra emplea enormes recursos que se pierden para siempre y conduce a la destrucción de la infraestructura básica.

Tristemente podríamos seguir enumerando las interminables implicaciones de la guerra sobre la salud y la vida cotidiana de los ciudadanos, sin embargo debemos actuar a nivel local, regional, nacional e internacional en la promoción de la democracia, la justicia social, la tolerancia y la reconciliación para prevenir la discapacidad y las enfermedades causadas por la guerra.

La dramática situación que vive Colombia nos ofrece una oportunidad para enfatizar en los siguientes criterios:

- La salud es un derecho fundamental de las personas.
- Las condiciones previas para la salud son paz, empleo, alimento, abrigo, educación y seguridad social.
- La salud es bienestar físico, mental y social, y no exclusivamente la ausencia de enfermedad.
- La promoción de la salud permite a las personas aumentar su control sobre la enfermedad y mejorar su salud.
- La prevención de la discapacidad por guerra se hace a través de la paz.

1.2 Formulación

Cuáles son las características de las lesiones y los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático en personas con discapacidad por guerra en Santander y Norte de Santander

1.3 Delimitación temática

El contenido temático del estudio está integrado por las siguientes categorías:

- *Información sociodemográfica de la población de estudio:*
  - Sexo
  - Edad
  - Escolaridad
  - Trabajo actual

- *Características de las lesiones causadas por la guerra:*
  - Agente de la lesión
  - Parte del cuerpo afectada
  - Naturaleza de la lesión

- *Trastorno por Estrés Postraumático asociado a la discapacidad por guerra:*
  - Exposición al suceso traumático
  - Síntomas del trastorno por Estrés Postraumático
  - Tiempo, después del suceso, durante el que ha presentado los síntomas reportados
  - Atención psicológica
  - Expectativas que tiene con la vida

1.4 Relevancia

El presente estudio hace parte de un proceso de investigación sobre la discapacidad por guerra en Colombia y da continuidad a tres estudios realizados entre los años 2000 y 2003:

- Estudio descriptivo sobre *Discapacidad Física, Psicológica y Laboral causada por el Conflicto Armado*, publicado en el 2001.

- Estudio descriptivo sobre *Discapacidad por Guerra en Antioquia,* publicado en el 2002.

- *Trastorno por Estrés Postraumático asociado a la Discapacidad por Guerra. Aproximación al caso colombiano,* publicado en 2003.

El estudio aporta nuevos datos y amplia la comprensión de la discapacidad por guerra en Colombia, a través de una metodología basada en procedimientos e instrumentos de investigación unificados y validados que permiten realizar nuevos estudios específicos en otros departamentos afectados por el conflicto bélico o realizar estudios comparativos.

Capítulo 2

Objetivos

2.1 General

Conocer y difundir públicamente las características de las lesiones y los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático asociado a la discapacidad por guerra en soldados, policías, reinsertados y civiles en Santander y Norte de Santander.

2.2 Específicos

2.2.1 Identificar las características sociodemográficas de los soldados, policías, reinsertados y civiles con discapacidad por guerra en Santander y Norte de Santander

2.2.2 Identificar y clasificar las lesiones causadas por la guerra en soldados, policías, reinsertados y civiles en Santander y Norte de Santander.

2.2.3 Identificar las características del suceso traumático y los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático asociados a la discapacidad por guerra en soldados, policías, reinsertados y civiles en Santander y Norte de Santander

2.2.4 Implementar metodologías e instrumentos de investigación que puedan ser retomados en estudios posteriores sobre discapacidad por guerra.

Capítulo 3

Marco conceptual

3.1 Implicaciones de la guerra sobre la salud física y psicológica

Buroni, B. y Ceballos, R[1]. expresan que para Argentina la guerra de las Malvinas fue la primera guerra efectiva del siglo XX, por lo tanto, no había antecedentes de aplicación de la medicina de guerra en ese país, como tampoco médicos que pudieran transmitir sus experiencias en la asistencia de heridos en combate. En las Malvinas muchas veces se tuvo que improvisar.

El director del Hospital Militar de Comodoro Rivadavia, recibe la orden de trasladar su Hospital a las Islas Malvinas. Este hospital contaba con 30 camas y con capacidad quirúrgica, era un hospital que se encontraba a 1.000 kilómetros de las islas.

El hospital se ubicó en las islas en un edificio construido para hotel y que no fue habilitado por defectos en su estructura arquitectónica. Con posterioridad este hospital fue constituyéndose en la instalación más importante de la zona de combate, se fue reforzando tanto con personal como con material, hasta contar con 122 efectivos de los cuales 45 eran médicos, 4 bioquímicos, 2 farmacéuticos, 26 enfermeros y el resto soldados con distintas actividades. Tenía una capacidad de radiología simple, laboratorio, 6 mesas de operaciones, 6 camas de cuidados intensivos, 5 camillas de reanimación y clasificación de heridos y capacidad de internación general para unos 70 pacientes que fue llevada a 146 pacientes, agregándole una tienda de campaña y una casa particular de dos plantas.

Debido al desembarco inglés, este hospital cortó todo tipo de comunicación con la Isla Gran Malvina que quedó bajo la asistencia del Puesto Principal de Socorro que contaba con 11 efectivos, de los cuales 4 eran médicos, 1 bioquímico y 1 un odontólogo; disponían de 30 camillas en un gimnasio abierto.

Su instalación era muy precaria, disponía de una limitada capacidad quirúrgica y escasa vacante para internación.

Además no tenía posibilidad de evacuación ni abastecimiento. Al sur de la Isla Gran Malvinas se instaló entre un caserío un grupo de socorro que contaba con 3 médicos, 1 odontólogo, 2 enfermeros y 3 soldados, poseía 30 camillas ubicadas en dos casas y no tenía capacidad quirúrgica.

Por su parte, en la Isla Soledad, cada una de las unidades desplegadas instaló un Puesto de Socorro y se dispuso en la zona de combate de 2 buques hospitales de acuerdo a las normas de la Convención de Ginebra; el primero desempeñó un papel muy importante en la eva-

[1] Buroni, José y Ceballos, Enrique. La Medicina en la Guerra de las Malvinas. Editorial Círculo Militar. Buenos Aires, 1992.

cuación desde las islas hacia el continente, tenía 250 camas de internación, cirugía, laboratorio, radiología, dos puestos de recepción y clasificación de heridos, un helicóptero con capacidad para 8 camillas y una pista de helicópteros construida a último momento. El personal médico lo conformaban 24 médicos y 50 enfermeros.

Las evacuaciones se hacían del frente hacia los Puestos de Socorro a pie, a veces ubicados a varios kilómetros de distancia, pues el terreno no permitía el uso de vehículos terrestres y los helicópteros no se podían usar por el escaso número disponible.

Desde el Puesto de Socorro se reacondicionaba a los heridos para continuar viaje en ambulancia u otro vehículo hacia el Hospital Militar de Puerto Argentino. Luego, si era necesario trasladarlos al continente, se hacía mediante evacuaciones por agua o por aire en los aviones Hércules, hacia tres hospitales civiles acondicionados para recibir a los heridos. Para esta evacuación por aire, desde la llegada del avión, burlando el bloqueo, sólo se contaba con 40 minutos para sacar a los heridos del hospital, ubicarlos en las ambulancias (4 camillas por vehículo, ubicadas a 2 niveles), recorrer los 8 kilómetros hasta el aeropuerto y trasbordarlos al avión. Por razones obvias de seguridad no se podía anunciar el arribo de estos aviones.

Durante la existencia de este hospital en Puerto Argentino se internaron 2.000 pacientes, más del 80% de estos con patologías no relacionadas directamente con los combates.

Las afecciones más comunes fueron: pie de trinchera, congelamiento de dedos, infecciones en la piel, anginas, neumopatías, otitis, medias supuradas, micosis de piel, infecciones urinarias, apendicitis agudas y desnutrición.

Los internados por heridas de combate representaban el 10% del total de efectivos destacados en las Islas Malvinas, de los cuales el 80% pertenecían al Ejército.

El 70% de los recibidos en este hospital fueron heridos por proyectiles de baja velocidad, correspondientes a esquirlas de munición de artillería y de bombardeo aéreo. Además, los atendidos en el Hospital de Puerto Argentino en un 75% eran conscriptos, mientras que el 20% eran suboficiales y el 5% oficiales.

A partir de la experiencia quirúrgica en el Hospital Militar de Puerto Argentino, se puede afirmar que se debe cambiar de mentalidad, hábitos y técnicas.

El tratamiento del herido por guerra debe incluir una serie de prioridades como la resucitación, la cual debe hacerse simultáneamente con la clasificación. La resucitación debe incluir la limpieza de la vía aérea, para lograr una respiración adecuada, detener las hemorragias y colocar una o varias líneas endovenosas para combatir el shock mediante la expansión de volumen circulante.

Además se debe considerar que toda herida de guerra está infectada y por lo tanto se deben administrar antibióticos en forma rutinaria como complemento de la cirugía.

Por último, esta experiencia adquirida en la guerra de Malvinas nos dice que se debe incluir un médico anestesista en el equipo de recepción y clasificación, algo fundamental para aplicar las medidas de reanimación.

Amigos de la Tierra Internacional[2] se opuso a la guerra contra Iraq y deploró la pérdida de vidas humanas y los desastrosos impactos ambientales y sociales que causo dicha conflagración.

Amigos de la Tierra Internacional apoya la implementación de tratados internacionales,

[2] Amigos de la Tierra Internacional. La Guerra en Iraq. Documento Electrónico. 2003.

medios diplomáticos y negociaciones para resolver conflictos armados y promover los derechos humanos, la protección ambiental y sociedades sustentables.

El equipo de trabajo sobre la Guerra del Golfo de Amigos de la Tierra Internacional documento la tremenda destrucción ambiental causada por la guerra del Golfo de 1991:

- Más de 168 millones de galones de petróleo fueron derramados en el Golfo Pérsico.
- 200 millas de costa de Arabia Saudita fue degradada por petróleo, con la ruina de todos los manglares a lo largo de la costa y la muerte de miles de aves y seres acuáticos.
- Masivos incendios descontrolados de unos 600 pozos petrolíferos saboteados, generaron la emisión de quinientos millones de toneladas de dióxido de carbono y la contaminación del aire hasta la India.
- Devastación de ecosistemas desérticos causada por el movimiento de equipos pesados.
- Formación de enormes lagos de petróleo.
- Los impactos en la salud de las tropas de los Estados Unidos fueron enormes: 160.000 de 573.000 militares participantes en este conflicto bélico fueron diagnosticados con problemas médicos relacionados con la guerra, muchos debido a la exposición a tóxicos químicos, desechos de uranio, agentes biológicos o gas enervante. Esto constituye un aterrador 28% del total, mucho peor de lo que las tropas estadounidenses experimentaron durante la segunda guerra mundial (6,6%), la guerra de Corea (5%) y la guerra de Vietnam (9.6%).
- Desde 1945, el 84% de la gente muerta en las guerras han sido civiles.
- De acuerdo a la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios, el 80% de las personas desplazada por las guerras son mujeres y niños.
- La más significativa preocupación ambiental con respecto a la tecnología militar actual es la de los proyectiles de desechos de uranio - DU. En Kuwait, 50 toneladas de DU inhaladas podrían causar 500.000 muertes adicionales por cáncer en varias décadas, según los factores de riesgo del Comité Internacional de Protección Radiológica.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD[3], en su reporte de actividades del año 2002 reseña que el Gobierno de Guatemala, desde 1996, ha venido desarrollando programas y proyectos, en el marco del proceso de paz, dirigidos a la reinserción de la población desmovilizada.

En 1998, el gobierno inició el diseño del Programa Nacional de Atención a Personas con Discapacidad a causa del enfrentamiento armado – PRADIS. El proyecto beneficia a personas que presentan una lesión física o psicológica, originada por el enfrentamiento armado interno. Se estima que aproximadamente se beneficiarán durante el primer año 2.000 personas de los tres sectores que atiende el PRADIS:

- Ex combatientes del Ejército de Guatemala.
- Desmovilizados de la URNG.
- Civiles que sufrieron algún tipo de discapacidad a causa del enfrentamiento armado.

En términos sociodemográficos, el 100% de los pacientes poseen tierras propias; el 65% no

[3] Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Atención Integral en Salud para Personas con Discapacidad a causa del Enfrentamiento Armado. PNUD. Guatemala, 2002.

cuenta con vivienda en condiciones que reúna los requerimientos mínimos; el 31% cuenta con vivienda regular, sólo el 4% tiene vivienda adecuada. El 54 % es alfabeto y el 46 % analfabeta. En las mujeres el analfabetismo es elevado, pues de 187 evaluadas, el 78% es analfabeta; el 10% solo cursó hasta tercero de primaria, el 6.% hasta sexto de primaria, el 1% llego a básico y el 0.5% llegó a la universidad.

El PRADIS contempla dar atención en tres componentes:

- Desarrollo productivo
- Atención integral a la salud de los beneficiarios del Programa, con el objeto de generar condiciones físicas y mentales que faciliten su incorporación social y productiva. Dentro de los componentes que se involucran en la atención integral en salud se incluye la salud mental y rehabilitación, con un enfoque comunitario y los aspectos psicosociales en la promoción de la salud. El programa de atención psicológica es personalizada y familiar. Las actividades presentadas por el Programa Nacional de Salud Mental se conforman en función de tres ejes de atención: atención comunitaria, atención clínica y capacitación.
- Participación y organización social

Para dar seguimiento a los tres componentes que conforman el PRADIS, el gobierno creó una mesa técnica participativa aprovechando las capacidades desarrolladas por diferentes instancias gubernamentales, no gubernamentales y organismos internacionales, que han tenido una experiencia previa en el desarrollo de proyectos dirigidos a la reinserción de poblaciones desarraigadas y desmovilizadas o directamente en la atención a personas con discapacidad.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de este Proyecto brindó una atención integral en salud a personas con discapacidad. Asimismo, se fortaleció la capacidad instalada del Ministerio de Salud y Asistencia Social a nivel metropolitano, implementando el Laboratorio de Ortesis y Prótesis en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación y a nivel local implementando clínicas de rehabilitación en los hospitales para la atención de personas con discapacidad.

Como parte de la implementación de este proyecto, se conformó un equipo básico multidisciplinario que realizó el diagnóstico clínico e inició la atención especializada de las personas con discapacidad. Este equipó realizó jornadas de atención en cada uno de los hospitales seleccionados por el PRADIS y estuvo integrado por un Fisiatra / Traumatólogo, un Psicólogo y una Trabajadora Social.

El proyecto tiene garantizado un año de ejecución presupuestaria y proyección a cinco años. Sus objetivos estratégicos buscan:

- Desarrollar un programa de atención psicológica para los beneficiarios del PRADIS a nivel clínico, comunitario y de capacitación.
- Desarrollar un programa de formación, capacitación, educación y promoción en salud dirigido al personal de salud y la comunidad, para la prevención de la perdida de la capacidad residual, atención y rehabilitación de la discapacidad.
- Identificar necesidades de atención en salud, de acuerdo a la situación actual de las personas con discapacidad ubicadas en las áreas de salud, determinadas en el PRADIS, miem-

bros de Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca - URNG, Ejercito y población civil, afectadas por el conflicto armado, de una forma integral, para contribuir a mejorar su calidad de vida propiciando su reinserción laboral y social.

Los principales resultados se reflejan en la atención de 636 pacientes, de los cuales 449 son masculinos y 187 femeninos, los diagnósticos más relevantes son: fracturas, lumbalgias, disminución de la agudeza visual, osteoartrosis, gastritis, hipoacusia y amputaciones.

De 76 pacientes referidos a oftalmología se han evaluado 25 de los cuales 14 pacientes recibieron medicamentos y lentes. Los remitidos para evaluación otológica son 48, de éstos 5 necesitan aparatos y un paciente es bilateral.

En la evaluación diagnóstica se detectaron 9 cirugías: resección de un ganglio en el pie derecho; resección de un quiste mucoide del labio inferior; extracción de proyectil de arma de fuego en el costado posterior izquierdo; tratamiento de rodilla izquierda y colocación de aparato ortésico; exploración y legrado de úlcera de presión en región isquiática izquierda.

Como un apoyo del PRADIS al Proyecto Derribando Barreras de la Cruz Roja Guatemalteca se realizo el alargamiento del tendón de Aquiles (Operación vulpius- compere) a 13 pacientes y se asignaron aparatos ortésicos a 8 pacientes.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, asumiendo los compromisos adquiridos para el cumplimiento de los acuerdos de paz, creó el Programa de Atención a Personas Discapacitadas víctimas del conflicto armado para brindar atención integral enfatizando en el componente psicosocial.

En Guatemala los problemas relacionados con la salud mental han sido múltiples y complejos, siendo agravados por el conflicto armado que se vivió por 36 años, evidenciando la existencia de conductas violentas, pobreza, desarraigo, discriminación, duelos no resueltos, baja autoestima, consumo de alcohol y otras adicciones.

El miedo y la desconfianza en la vida cotidiana es un problema que afecta a las familias y se manifiesta en la mayoría de los casos como angustia y depresión.

De las consecuencias de los largos años de guerra en muchas personas han quedado las cicatrices físicas que les impiden efectuar una vida normal y de trabajo al lado de sus seres queridos, por otro lado también han quedado trastornos psicológicos, los cuales no sólo afectan al individuo de manera personal sino también en su ámbito familiar, laboral, económico, social y comunitario; y otros aspectos de su vida en donde se desenvuelve.

Según la experiencia obtenida por el equipo técnico psicológico del programa, se ha logrado interpretar diferentes patologías como «Discapacidad Psíquica y/o Mental», entre las cuales podemos mencionar discapacidad de expresión afectiva, alcoholismo, violencia intrafamiliar y social; éstas pueden ser observadas en el 100% de los discapacitados físicos.

El programa de atención a personas discapacitadas, víctimas del conflicto armado en su componente psicológico, impulsa la realización del «Plan de Acción para la Rehabilitación Psicosocial», como la etapa inicial de una serie de acciones planeadas y deliberadas, tendientes a promover la reparación psicosocial del tejido social, la potenciación de los factores recilientes en las comunidades y fomentar la cooperación entre los grupos comunitarios, los cuales se consideran necesarios para el alcance de la paz social y el fortalecimiento de la sociedad civil de Guatemala.

El Monitor de Minas Terrestres[4] en un informe presentado en agosto de 2002 señala que se continúan presentando víctimas de minas terrestres en todas las regiones del mundo. Ha identificado al menos 7.987 nuevas víctimas de minas terrestres en el año 2001. Alrededor del 70% de las víctimas identificadas son civiles. Sin embargo, es importante recordar que esta cifra representa las víctimas informadas y no incluye las miles de víctimas que se cree no son reportadas, cuando civiles inocentes mueren o resultan heridos en áreas remotas y alejadas de cualquier forma de asistencia o medios de comunicación.

Mientras reconocemos que es imposible llegar a una cifra exacta de víctimas, es probable que el número de nuevas víctimas de minas terrestres esté en el orden de 15.000 a 20.000 por año.

Actualmente se están produciendo víctimas de minas en todas las regiones del mundo: en 20 países de Europa y Asia Central, en 18 países de África, en 13 países de Asia y el Pacífico, en 11 países del Medio Oriente y África del Norte y en 8 países del continente Americano. Mientras que el conflicto continuo es un problema importante en varios países afectados por las minas, el Monitor de Minas Terrestres ha encontrado que 46 de los 70 países que sufrieron nuevas víctimas por minas en 2001-2002, no habían experimentado ningún conflicto armado activo durante el período de investigación. En muchos casos, el conflicto había terminado una década antes o más.

En varios países afectados por las minas se han establecido bases de datos para recopilar información sobre incidentes y víctimas de minas. En otros, las agencias internacionales y las ONG están llevando a cabo estudios para evaluar el alcance del problema.

En países y regiones con bases de datos de víctimas de minas establecidas, no hay un patrón claro de aumento o disminución en los índices de víctimas.

En otros países, los datos sobre víctimas de minas terrestres se recogen de ministerios y organismos gubernamentales, agencias internacionales y ONG, hospitales y medios de comunicación. Este es el caso de Colombia donde se registraron 201 víctimas a octubre de 2001, un aumento con respecto a las 83 reportadas en el 2000.

En una serie de países y áreas afectadas por las minas la tasa de víctimas aumentó en el 2001-2002. En algunos países y regiones el aumento parece deberse a un nuevo conflicto o conflicto en expansión o al movimiento de refugiados y personas desplazadas internamente. En otros países y regiones el aumento pareciera ser principalmente el resultado de una mejor recopilación de datos, por ejemplo, en Colombia ambos factores contribuyen a un mayor número de víctimas informadas.

En el presente período, las víctimas de minas terrestres también incluyen civiles provenientes de países libres de minas y en algunos casos de otros países afectados por las minas, quienes murieron o fueron heridos en operaciones militares o de desminado en el extranjero, en operaciones de paz u otras actividades.

En el 2001 y el primer semestre del 2002, incidentes durante operaciones de desminado o en ejercicios de entrenamiento produjeron víctimas en 21 países, incluida Colombia. Hubo informes no confirmados de víctimas por remoción de minas en otros países.

En 2001, el Centro Internacional de Ginebra para el Desminado Humanitario -GICHD reporto 466 víctimas de remoción de minas en 12 países.

[4] Monitor de Minas Terrestres. Víctimas de Minas Terrestres y Asistencia a las Víctimas Supervivientes. Ginebra, 2002.

Mientras que ha habido avances desde que entró en vigor el Tratado para la Prohibición de las Minas, las minas terrestres y los pertrechos no detonados continúan generando víctimas nuevas en muchos países que en la mayoría de los casos son civiles. Sobre la base de la información recopilada para el Informe del Monitor de Minas Terrestres *2002*, queda claro que:

- La gran mayoría de nuevas víctimas de minas terrestres (70% de las víctimas informadas en el 2001) continúan siendo civiles.
- No son sólo los países afectados por las minas terrestres los que tienen problemas. Además de los países que informan nuevas víctimas, civiles de 29 países (incluyendo 13 países libres de minas) murieron o fueron heridos por minas terrestres mientras se encontraban fuera de sus propias fronteras.

En relación a las necesidades y asistencia a las víctimas de un accidente con una mina terrestre puede causar varias heridas a un individuo incluyendo la pérdida de miembros, heridas abdominales, en el pecho y en la médula espinal, ceguera, sordera y traumas psicológicos menos visibles, no sólo a la persona herida en el incidente sino a las familias de los muertos o heridos.

Después de un accidente con una mina terrestre el superviviente requiere suplir necesidades y recibir asistencia que incluye los siguientes componentes:

- Atención prehospitalaria: primeros auxilios y cuidado de lesiones
- Atención hospitalaria: atención médica, cirugía y manejo del dolor
- Rehabilitación: fisioterapia y prótesis
- Apoyo psicológico
- Reintegración social y económica: asociaciones de personas con discapacidades, capacitación técnico-vocacional, proyectos generadores de ingresos y deportes
- Política y práctica sobre discapacidades: educación, sensibilización pública y leyes sobre discapacidades
- Supervisión de la salud y bienestar social y capacidad de investigación: recolección, procesamiento y análisis de datos y presentación de información

El Monitor de Minas Terrestres ha reunido una gran cantidad de información sobre las diversas categorías de asistencia a los supervivientes en 45 Estados Parte, 37 Estados no Parte y ocho regiones cubiertas en este informe. Se ha recopilado información sobre las actividades de los Estados a través del sistema de salud pública y de organismos internacionales y ONG, que brindan asistencia a las personas con discapacidades, incluyendo supervivientes de minas. Sin embargo, se reconoce que la mayoría de la información provista proviene de organismos internacionales y ONG, más que de los ministerios relevantes en los países afectados por las minas. En muchos países es difícil tener acceso a datos oficiales.

Sobre la base de un análisis puramente cuantitativo de la información disponible parecería que muchos países tienen instalaciones para atender algunas de las necesidades de los supervivientes de minas terrestres, pero en el 2001/2002 el Monitor de Minas Terrestres identificó 42 países y seis regiones afectadas por las minas terrestres donde uno o más aspectos de la asistencia a los supervivientes es inadecuado. Además, incluso cuando existen servicios, a menudo son inaccesibles para la mayo-

ría de los supervivientes, en el sentido de que están a grandes distancias de las áreas afectadas por las minas son demasiado costosos para los supervivientes o están burocráticamente fuera de los límites para un grupo u otro.

En la mayoría de los informes de países afectados por las minas terrestres hay datos disponibles sobre las instalaciones que brindan asistencia a los supervivientes y otros discapacitados. Se le pidió a estos centros que informen cuánta gente recibió asistencia en el 2000 y cuántas de esas personas eran supervivientes de minas terrestres. El Monitor de Minas Terrestres no siempre ha podido obtener esta información y algunas instalaciones no llevan registros de la causa de la herida, ya que todos los discapacitados son tratados de la misma manera. Sin embargo, mientras que se reconoce que los datos están lejos de ser completos dan una indicación de dónde está el enfoque para la asistencia a los supervivientes. También se reconoce que estas cifras no representan el número total de personas que reciben asistencia ya que una persona puede haber accedido a varios de los servicios registrados.

Atención hospitalaria: 1.620 víctimas de minas terrestres fueron identificadas en registros hospitalarios: África 709, Continente Americano 6, Asia y el Pacífico 456, Europa y Asia Central 330, y Medio Oriente y África del Norte 119.

Rehabilitación: 104.173 pacientes atendidos o prótesis entregadas, incluyendo al menos 21.617 supervivientes de minas terrestres: África 26.887 atendidos, al menos 5.433 supervivientes; continente americano 1.274, al menos 394 supervivientes; Asia y el Pacífico 33.051, al menos 10.193 supervivientes; Europa y Asia Central 39.376, al menos 4.227 supervivientes; Medio Oriente y África del Norte 3.585, al menos 1.370 supervivientes.

Apoyo psicológico: 2.763 atendidos, incluyendo al menos 4.662 supervivientes: África 4.060, al menos 1.142 supervivientes; Continente Americano 872, al menos 58 supervivientes; Asia y el Pacífico 5.885, al menos 1.955 supervivientes; Europa y Asia Central 1.554, al menos 1.351 supervivientes; Medio Oriente y África del Norte África 392, al menos 156 supervivientes.

Capacitación vocacional y reintegración económica: 8.022 atendidos, al menos 2.937 supervivientes: África 986, al menos 295 supervivientes; Continente Americano 392, al menos 92 supervivientes, Asia y el Pacífico 6.469, al menos 2.467 supervivientes; Europa y Asia Central 116, al menos 24 supervivientes; Medio Oriente y África del Norte 59, todos fueron supervivientes de minas terrestres.

Capacitación técnica: capacitación de proveedores de atención médica incluyendo cirujanos, enfermeras, proveedores de primeros auxilios y técnicos protésicos y ortopédicos. Al menos 1.587 personas recibieron capacitación en el 2001: África 434, Continente Americano 5, Asia y el Pacífico 970, Europa y Asia Central 118, Medio Oriente y África del Norte 60.

En resumen, se pueden hacer seis observaciones generales sobre la base de la investigación recopilada en el 2001/2002:

- En muchos de los países que informan sobre nuevas víctimas, la asistencia proporcionada a los supervivientes de minas terrestres continúa siendo inadecuada para satisfacer sus necesidades.
- La mayoría de los servicios continúan estando ubicados en centros urbanos, mientras que

la mayor parte de los supervivientes de minas se encuentran en áreas rurales donde la concentración de contaminación por las minas es mayor.
- La mayoría de los recursos continúan siendo dirigidos hacia la rehabilitación médica y física.
- Sin datos precisos sobre víctimas no es posible asegurar que los programas de asistencia a los supervivientes y los limitados recursos sean dirigidos a los lugares donde la necesidad es mayor.
- Las organizaciones internacionales, las ONG internacionales y locales y los organismos de las Naciones Unidas continúan desempeñando un rol clave en la provisión de servicios a supervivientes de minas.
- La situación económica de muchos países afectados por las minas continúa siendo un obstáculo para la provisión de asistencia adecuada a los supervivientes de minas.

A nivel mundial se puede concluir que:

- En el 2001, hospitales respaldados por el CICR que tratan heridos de guerra en 22 países brindaron asistencia a cerca de 1.500 víctimas de minas y pertrechos no detonados.
- En el 2001, los centros de protésica y ortopedia del CICR produjeron 16.501 prótesis, de las cuales 9.779 eran para amputados como consecuencia de minas terrestres, 16.637 muletas y 1.163 sillas de ruedas. ONG y otros organismos que operan en países afectados por las minas produjeron o distribuyeron por lo menos 14.573 prótesis, 5.640 muletas, 2.253 sillas de ruedas y otros 7.828 dispositivos de asistencia.
- Hasta fines de julio de 2002 ocho Estados afectados por las minas y 23 Estados no afectados habían presentado información voluntaria de asistencia a las víctimas u otras actividades de acción contra las minas.

El número de supervivientes de minas y pertrechos no detonados que requieren asistencia continúa creciendo cada año. Sin embargo, se ha observado que en muchos países afectados por las minas, la asistencia provista a los supervivientes de minas es inadecuada para satisfacer sus necesidades. Además de las nuevas víctimas registradas en 2001-2002, el Monitor de Minas Terrestres ha identificado otros 38 países con una casuística residual en términos médicos de supervivientes de minas terrestres de años anteriores. En otras palabras, muchos países que no han tenido nuevas víctimas de minas terrestres en 2001-2002, sin embargo tienen supervivientes de minas terrestres de años anteriores que continúan requiriendo asistencia. Por consiguiente, casi dos tercios de los países del mundo, 121 países, están afectados en alguna medida por el problema de las minas terrestres y la cuestión de los supervivientes.

Un estudio de 897 supervivientes de minas terrestres por parte de la Red de Supervivientes de Minas Terrestres en Bosnia-Herzegovina, encontró que sólo el 22 por ciento, alrededor de 200 personas, estaban bien psicológica y físicamente, y se mantenían a sí mismas. El otro 78 por ciento de los supervivientes necesitaba un seguimiento y respaldo continuo. Usando este estudio y sobre la base de estimaciones anteriores de 300.000 supervivientes de minas terrestres en el mundo, podría argumentarse que como mínimo 234.000 personas requieren seguimiento y respaldo continuo.

Al igual que con todos los servicios humanos, la asistencia a los supervivientes de minas terrestres es un tema complejo y de largo plazo.

Las prótesis se gastan, necesitan reparaciones y reemplazo. Los problemas médicos pueden volver a aparecer años después del incidente original. Alguien que caminaba bien con una prótesis durante años, puede necesitar una silla de ruedas más adelante en la vida. Asimismo, la reintegración socioeconómica no es un resultado fácilmente obtenible o sostenible. Los programas de capacitación vocacional y otros métodos para facilitar la reintegración económica luchan por tener éxito en economías donde todos están subempleados. Muchos supervivientes presentan trastornos psicológicos persistentes que, cuando no son tratados, pueden causar un severo daño al superviviente y a todos aquellos que están cerca.

Los supervivientes con discapacidad, ya sea por amputación, deterioro en la visión, sordera o algo más, a menudo enfrentan discriminación, barreras en el entorno construido y los sistemas de comunicación, aislamiento social, exclusión de oportunidades educativas y segregación de mercados laborales formales e informales. Para corregir esto, dos enfoques necesitan producirse simultáneamente. En primer lugar, la asistencia a los supervivientes de minas terrestres debe verse como una parte del sistema integral de salud pública y servicios sociales de un país. En segundo lugar, dentro de esos sistemas generales debe construirse una atención deliberada para asegurar que los supervivientes de minas y otras personas con discapacidad reciban las mismas oportunidades en la vida – para atención médica, servicios sociales, un ingreso para mantenerse, educación y participación en la comunidad – como todos los demás sectores de una sociedad. Lograr un equilibrio es crucial. Los supervivientes de minas terrestres no deben ser vistos como un grupo separado de otras víctimas de guerra o personas con discapacidades. El objetivo final de los programas de asistencia a los supervivientes debe ser su rehabilitación completa y su reintegración en la comunidad.

Para comprender las consecuencias que tienen los conflictos armados sobre las mujeres, el CICR[5] realizó un estudio entre 1998 y 2000 para lo cual solicitó a sus delegaciones que contribuyeran al estudio mediante la redacción de informes periódicos sobre las actividades que realizan en favor de las mujeres.

Se hicieron visitas a 14 delegaciones para recabar datos e intercambiar impresiones con miembros de su personal. Se visitaron campamentos para desplazados, cárceles, hospitales y centros ortopédicos a fin de recabar la opinión de mujeres afectadas por conflictos armados. Se entrevistó a beneficiarias de los programas del CICR y a miembros de organizaciones de mujeres. Los puntos de vista de colaboradores del CICR que habían estado sobre el terreno, así como las publicaciones, los documentos y el material de instrucción del CICR fueron otra fuente de información para el estudio.

Se ha sacado asimismo provecho de la valiosa opinión de las mujeres que fueron entrevistadas en el contexto del proyecto «Testimonios sobre la guerra», realizado por el CICR para conmemorar el 50° aniversario de los Convenios de Ginebra.

Los resultados del estudio se resumen en ocho temas que expresan las consecuencias de los conflictos armados en las mujeres:

Desplazamiento: como personas civiles, las mujeres y las niñas pueden ser objeto de innumerables actos de violencia durante los conflictos armados. El incremento de la inseguridad y

[5] Comité Internacional de la Cruz Roja. Los Efectos de los Conflictos Armados en las Mujeres. CICR. 2001.

el temor a los ataques son motivos frecuentes para la huida de las mujeres y las personas a su cargo, y la mayoría (un 80%) de los desplazados internos y refugiados son, en muchos casos, mujeres y niños. Huyen también porque sus compañeros han huido, están detenidos o han desaparecido por motivos relacionados con las hostilidades o porque éstos las han hecho partir tras el desmoronamiento de los mecanismos tradicionales de protección. El desplazamiento de las mujeres tiene enormes consecuencias. A menudo huyen hacia la incertidumbre y el peligro, puesto que, en ausencia de sus compañeros, tienen que arreglárselas con pocos recursos y pertenencias y mantener a las personas a su cargo.

Seguridad: en ausencia de sus compañeros, las mujeres tienen invariablemente que asumir mayores obligaciones con respecto a sus hijos y parientes ancianos y la comunidad en general. A veces no huyen ante la inminencia de hostilidades o de las zonas de combates porque ellas y sus familiares creen que el hecho de ser mujeres y madres son una garantía de seguridad contra las partes contendientes. Permanecen pues en sus hogares para proteger a los suyos y atender a su sustento. Pero tanto la ausencia de los hombres como la inestabilidad y el desorden generales que caracterizan a muchos de los actuales conflictos aumentan la inseguridad de las mujeres y exacerba la ruptura de los mecanismos tradicionales de apoyo con que contaban previamente la comunidad y, especialmente, las mujeres.

Violencia sexual: violaciones, prostitución forzada, esclavitud sexual y embarazos forzados son todos medios y métodos de guerra criminales sobre los que se ha centrado cada vez más la atención en los últimos años, especialmente a causa de la amplia información que se ha dado acerca de ese tipo de violencia en recientes conflictos. La violencia sexual contra las mujeres y las niñas ha existido siempre –y en menor medida contra hombres y niños– como forma de tortura para degradar, intimidar y finalmente derrotar a grupos específicos de población y provocar su huida. La violencia sexual es un acto brutal y aterrador, no sólo para las víctimas sino para toda la comunidad. Es una violación grave del Derecho Internacional Humanitario – DIH.

Personas dadas por desaparecidas: la desaparición de personas es una de las consecuencias más desoladoras de los conflictos armados que perdura mucho tiempo después de terminadas las hostilidades. Casi todas las personas dadas por desaparecidas son hombres y un gran número de mujeres tratan de averiguar la suerte que ellos han corrido.

La imposibilidad de cerciorarse de la suerte corrida por los seres queridos o de llorar y enterrar a los que han muerto tiene devastadores efectos en los supervivientes de la guerra y en los medios para hacer frente a esas situaciones. La búsqueda de los seres queridos dados por desaparecidos continúa mucho tiempo después de que terminan los conflictos armados y puede ser un impedimento a largo plazo para el proceso de reconciliación. Además, las viudas y los parientes de los hombres dados por desaparecidos quedan a menudo sin tierras, sin hogar, sin herencia, sin asistencia social o pensiones y, a veces, hasta sin el derecho a firmar contratos.

Detención: las estadísticas relativas a la detención y al internamiento en situaciones de conflicto armado ponen de relieve la diferencia entre hombres y mujeres. Es mucho más probable que los hombres civiles y no las mujeres civiles sean vistos como combatientes o como potenciales combatientes y sean, por lo tanto, deteni-

dos o internados. En 1999, por ejemplo, el CICR visitó a más de 225.000 detenidos en el mundo, de los cuales menos de 10.000 eran mujeres y niñas. Aunque los casos de mujeres detenidas a causa de las hostilidades son menos frecuentes, el hecho de que los hombres estén detenidos tiene un considerable impacto en ellas, especialmente cuando tienen que actuar como cabezas de familia y velar por el sustento de los familiares a su cargo, un papel para el que pocas mujeres están preparadas y que resulta mucho más difícil a causa de la inseguridad y las privaciones causadas por la guerra.

Acceso a la asistencia médica: los conflictos armados tienen repercusiones en la salud de toda la población, mujeres, hombres y niños. La inseguridad del entorno en las zonas de conflicto o de disturbios internos dificultan el acceso de la población civil a los servicios de salud para recibir el tratamiento médico y los medicamentos necesarios. Las infraestructuras o servicios médicos locales pueden verse gravemente afectados o resultar parcial o totalmente destruidos. Los servicios de ginecología y obstetricia son especialmente importantes para salvar vidas y evitar o reducir enfermedades o incapacidades a causa de complicaciones en el embarazo, durante el parto o tras el alumbramiento. En tiempo de guerra, los servicios médicos especializados y los sistemas tradicionales de apoyo médico son de difícil acceso. Además de velar por su propia salud, las mujeres deben también promover y mantener el buen estado de salud de su familia y de su comunidad. Saben o pueden aprender cómo prevenir enfermedades o cuidar a los enfermos y deben recibir el apoyo y la ayuda necesarios.

Acceso a la asistencia alimentaria y otros socorros: en situaciones de conflicto armado, la población civil —mujeres, hombres y niños— pueden carecer de los medios esenciales para su subsistencia. Cuando los hombres toman las armas, huyen, quedan inválidos, son detenidos o mueren o cuando se ha perdido su rastro, el impacto sobre las mujeres puede ser dramático. Éstas deben responder a las necesidades propias y a las de su familia. Algunas tareas habitualmente realizadas por hombres pueden ser difíciles para las mujeres a causa de los obstáculos de índole social y cultural o la falta de aptitudes para desempeñarlas; además, la inseguridad a que dan lugar las hostilidades limita su movilidad. Los conflictos exponen también a las mujeres a los peligros de las minas terrestres y municiones sin estallar o a los riesgos de ataques y violencias sexuales.

Las mujeres deben participar en la planificación, la realización y la evaluación de programas de asistencia que les estén destinados para garantizar que los socorros que reciben cubren sus necesidades y se ajusten a su cultura.

Derecho Internacional Humanitario: las mujeres se benefician de la protección estipulada en el Derecho Internacional Humanitario cuando:

- Son combatientes activas, pues se estipulan restricciones a los métodos y medios de hacer la guerra.
- Son combatientes capturadas, heridas o enfermas.
- Son personas civiles que no participan activamente en las hostilidades.

Esta protección dimana de los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 y sus dos Protocolos adicionales de 1977 y de algunos otros instrumentos. Las mujeres deben recibir tanto una protección general —es decir, la misma que los hombres— como una protección especial habida cuenta de las necesidades particulares que

tienen como mujeres. Las mujeres que no participan o han dejado de participar en las hostilidades están protegidas contra los efectos de los combates y contra los tratos abusivos. Las mujeres tienen derecho a un trato humano y al respeto de su vida e integridad física. Está prohibido que las partes en las hostilidades inflijan malos tratos a las mujeres, las torturen o cometan actos de violencia en su contra. Están especialmente protegidas contra todo atentado a su honor y en particular contra la violación, la prostitución forzada y cualquier otra forma de atentado al pudor.

La protección especial de las mujeres también se refiere a las condiciones de detención o de internamiento. Por ejemplo, los dormitorios y los locales de aseo deben estar separados de los reservados a los hombres detenidos o internados. En el DIH también se reconocen las necesidades de las mujeres embarazadas o lactantes, ya sean combatientes detenidas, o civiles.

Conclusión: el hecho de que se violen las disposiciones del DIH no significa que esta rama del derecho sea inadecuada. Hay normas que restringen los métodos y los medios de hacer la guerra para proteger a mujeres, hombres y niños que no participan activamente en las hostilidades. Si las mujeres tienen que sufrir las trágicas consecuencias de las hostilidades no es necesariamente por la insuficiencia de normas que estipulen su protección, sino porque éstas no son respetadas.

Una de las principales razones por las cuales, hoy más que nunca, la población civil no recibe la asistencia y la protección a la que tiene derecho en virtud del DIH es que no se da acceso a las organizaciones humanitarias a las zonas donde se libran los más encarnizados combates y se rechaza la asistencia ofrecida en favor de las personas civiles enfermas o heridas.

Debe garantizarse un acceso rápido y continuo a las organizaciones humanitarias, a fin de que las personas afectadas por conflictos armados puedan recibir protección y asistencia. Las actividades de socorro son realizadas sin distinciones adversas, de conformidad con el DIH.

La difícil situación de las mujeres en sus hogares y comunidades está con frecuencia relacionada con la suerte que corren sus compañeros. En otras palabras, infortunios como ataques a hogares y mujeres indefensas, violaciones como medio de ataque contra la población «enemiga», desplazamiento de mujeres y de personas a su cargo ocurren, al menos en parte, a causa de la ausencia de los hombres.

Decir eso no significa negar que las mujeres hacen frente a terribles dificultades en situaciones de conflicto armado o tienen necesidades y vulnerabilidades específicas. Todo lo contrario, es reconocer que la cabal aplicación del DIH, en relación a combatientes como a no combatientes, hombres o mujeres, permitiría también mejorar la suerte que corren las mujeres.

Guía del Mundo[6] publicó un artículo en el cual señala que a pesar de que la gran mayoría de los Estados del planeta han suscrito la Convención de los Derechos del Niño, lo cierto es que, desde la fecha en que ésta fue redactada y firmada, el impacto de la guerra sobre los menores se incrementó.

Según un informe de Naciones Unidas, dos millones de niños murieron desde entonces, y otros seis millones resultaron seriamente heridos o permanentemente discapacitados.

Por otra parte, los niños, además de constituir el 50% de los refugiados o desplazados por

6 Guía del Mundo. La Guerra y los Niños. Córdoba, 2002.

la guerra, se han vuelto soldados a la fuerza: unos 300 mil menores de edad son reclutados como combatientes activos en ejércitos y grupos rebeldes, especialmente en Africa y Asia. Más aún, los niños, con mucha frecuencia, son los principales objetivos de guerra. Muchos son usados para retirar minas, para labores de espionaje y para ataques suicidas, además de otras tareas como cocineros, mensajeros y vigilantes.

Más crudamente aún, en multitud de casos, los niños son víctimas de los adultos que buscan eliminar a la siguiente generación de futuros enemigos y que, con ese fin, abusan sexualmente de las niñas. Un altísimo porcentaje de estados signatarios de la Convención, por otra parte, son responsables de estos abusos, ya que los niños sufren los efectos de conflictos armados en cincuenta países.

Como añadidura, los conflictos armados, que han dejado huérfanos a millones de niños, también les han causado traumas físicos y psicológicos permanentes debido a eventos bélicos que han experimentado o presenciado.

3.2 Antecedentes investigativos en Colombia

Durante el 2001, Jutinico, V., llevo a cabo, en el Hospital Militar de Bogotá y el Centro Hospitalario San Juan de Dios de Bogotá, un estudio descriptivo sobre Discapacidad Física, Psicológica y Laboral causada por el Conflicto Armado que vive Colombia[7]. La muestra seleccionada estuvo integrada por doscientos cuarenta (240) soldados y cincuenta y nueve (59) reinsertados con discapacidad por guerra.

Las consecuencias físicas del conflicto armado en la población estudiada se resumen en los siguientes resultados:

Soldados

En el 100% de los soldados estudiados se realizaron amputaciones. Este tipo de tipo de lesión la causan, principalmente, dos agentes: en el 47% de los casos, minas terrestres, granadas y otros explosivos y en el 45% de los casos, armas de fuego.

Las partes del cuerpo que resultan más afectadas son las extremidades inferiores, con una frecuencia del 79%; las extremidades superiores con una frecuencia del 17% y partes múltiples con una frecuencia del 4%. En todos los casos se trata de lesiones múltiples que requieren amputación para salvar la vida del soldado.

En relación a las consecuencias psicológicas de la discapacidad por guerra en los soldados se encontró que las frecuencias de los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático - TEP son muy elevadas y se presentan en un rango que va del 15 al 88%.

Esto constata que el TEP afecta todas las esferas de la vida psicológica del soldado con discapacidad por guerra. A nivel cognitivo se presentan recuerdos recurrentes y alteraciones en la concentración, la memoria y el pensamiento.

En el plano emocional se presenta un cuadro complejo, caracterizado por temores, molestia consigo mismo y las demás personas, irritabilidad y depresión.

Su vida psicosocial ha sido alterada abrupta y radicalmente, su vida cotidiana cambió para siempre y requiere de un tortuoso y doloroso camino de readaptación física, psicológica y social.

[7] Jutinico, Aldemar. Discapacidad Física, Psicológica y Laboral causada por el Conflicto Armado. Estudio Descriptivo. CORPOSOL. Bogotá, D.C., 2001.

El TEP es de carácter crónico, pues en el 30% de los casos los síntomas se siguen presentando después de seis meses de sucedido el suceso traumático; en el 54% se presentan después de un año y en el 5% durante más de un año.

Sólo el 13% ha recibido atención psicológica, lo cual es un problema gravísimo, puesto que el TEP es un problema de salud mental y el énfasis no debe estar exclusivamente en el campo médico.

El tipo de depresión que más afecta a los soldados con discapacidad por guerra es la depresión severa, la cual alcanza una frecuencia del 30%. Este tipo de depresión se caracteriza por presentar diversos síntomas permanentes y graves como tristeza, ganas de llorar, desconfianza en el futuro, sentimientos de inutilidad, dificultad para tomar decisiones, intranquilidad, dificultad para dormir e imposibilidad para disfrutar de actividades que la persona realizaba antes del suceso traumático que le causo la discapacidad.

En el 53% de los casos se presenta algún tipo de ansiedad caracterizada por varios síntomas que alteran la vida cotidiana, tales como sentir temor sin razón, ponerse furioso fácilmente, sentirse nervioso, dolor de cuello, dolor de cabeza, dolor de espalda, debilidad, cansancio, hormigueo en los dedos de las manos, mareos, malestar estomacal, sequedad en las manos, dificultad para dormir y pesadillas.

La dependencia al alcohol presenta una frecuencia baja, mientras que el riesgo de adquirir la dependencia es alta, máxime cuando se trata de personas que pueden recurrir al licor para tratar de escapar de los trastornos psicológicos.

Reinsertados

En los reinsertados la naturaleza de la lesión de mayor frecuencia es el traumatismo, el cual ocurre en el 39% de los casos, sobresaliendo el trauma raquídeo medular, lesión de columna vertebral, lesiones de miembros superiores y trauma acústico y facial.

También se constato que las armas de fuego son el agente predominante de la lesión, alcanzando una frecuencia del 62%. El terreno, como agente de lesión afectó al 13%, pues el sobreesfuerzo físico generado al caminar durante largas jornadas, combates en terrenos irregulares y difíciles con equipo de campaña pesado y caídas, lesionan la columna vertebral y las rodillas.

El sistema nervioso central es la parte del cuerpo más afectada con una frecuencia del 19%; en la mayoría de los casos se trata de trauma raquídeo medular, el cual tiene secuelas graves como la paraplejia severa. En orden de importancia se encontró que las lesiones múltiples afectan al 9%, se trata de lesiones simultaneas de miembros superiores y ojos, miembros inferiores y abdomen o miembros superiores e inferiores. Las lesiones de espalda y columna vertebral afectan al 9% y se manifiestan principalmente a través de dolor lumbar crónico.

En el plano psicológico, la tendencia predominante en los reinsertados es la presencia del TEP crónico, el cual se caracteriza por su prolongada presencia en el tiempo, pues se presenta desde hace más de un año.

A partir del suceso traumático se presentaron cambios radicales en la vida personal de estas personas, en la mayoría de los casos estos cambios son permanentes, tanto a nivel físico como psicológico. Entre los cambios más destacados podemos señalar el uso de prótesis, consumo prolongado de medicamentos, cambios en la vida psicosocial, recuerdos y pesadillas recurrentes sobre el suceso traumático, alteraciones del sueño, dificultad para concentrarse, sobresaltos por ruidos y cambios emocionales.

En el grupo observado se presentan frecuencias altas de depresión severa y moderada. Estos tipos de depresión se caracterizan por la presencia de diversos síntomas como tristeza, decaimiento, ganas de llorar, pérdida del apetito, cansancio e intranquilidad.

Los reinsertados con discapacidad por guerra presentan una frecuencia alta de todos los tipos de ansiedad (leve, moderada y severa), cuya sintomatología se expresa en nerviosismo; dolores de cabeza, cuello y espalda; agresividad, cansancio, orinar con mayor frecuencia que de costumbre, hormigueo en los dedos de las manos, sequedad en las manos y alteraciones del sueño.

La tendencia predominante de los reinsertados con discapacidad por guerra es el alto riesgo a volverse dependientes del alcohol y a la dependencia del mismo.

Durante 2002, Jutinico, V. dando continuidad al estudio anterior, realizo un estudio descriptivo sobre Discapacidad por Guerra en Antioquia[8] con una muestra de 89 soldados, 80 reinsertados y 292 civiles con discapacidad por guerra, cuyas historias y reportes clínicos se encuentran en el dispensario de la IV Brigada, Batallón de Sanidad del Ejército, Corporación Guayacán de Desmovilizados con Discapacidad, Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia, Seguro Social seccional de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente de Paul, Hospital Pablo Tobón Uribe y Hospital General de Medellín.

Según los resultados del estudio las principales características de las lesiones causadas por guerra en la población estudiada son las siguientes:

Los soldados son la población más afectada por diversos agentes de la lesión. El 29% ha sido lesionado por minas terrestres, el 27% por balas de fusil y el 22% por el terreno.

El terreno como agente de la lesión, está relacionado con el sobreesfuerzo físico (marchas o combates con equipo pesado) que realiza el soldado en un área de operaciones o área geográfica quebrada, húmeda o cálida, pantanosa o pedregosa y con diversos obstáculos físicos.

Los reinsertados fueron lesionados en el 79% de los casos por balas de fúsil; mientras que otros agentes de la lesión tienen menor incidencia y alcanzan frecuencias inferiores al 5%, tales como: granadas de fragmentación, armas corto punzantes (machetes) y el terreno.

El 80% de los civiles fueron lesionados por balas de revólver y changón, y el 14% por minas terrestres en el caso de pobladores rurales y artefactos explosivos de fabricación casera en el caso de pobladores urbanos.

Las partes del cuerpo más afectadas en los tres grupos poblacionales son el sistema nervioso central y las extremidades inferiores.

Respecto al sistema nervioso, encontramos que los soldados son afectados en el 16% de los casos, los reinsertados en el 24% y los civiles en el 72%. La lesión de ésta parte del cuerpo principalmente es causada por balas de fusil, revolver y changón, y secundariamente por esquirlas de artefactos explosivos.

En cuanto a las extremidades inferiores, resultaron afectados el 16% de los soldados, el 14% de los reinsertados y el 6% de los civiles. Las lesiones de esta parte del cuerpo, en la mayoría de los casos, son causadas por minas terrestres y secundariamente por balas de fusil y revólver.

[8] Jutinico, Aldemar. Discapacidad por Guerra en Antioquia. Estudio Descriptivo. CORPOSOL. Bogotá, D.C., 2002.

El 12% de los soldados presenta lesiones de espalda y columna, principalmente por causa del terreno y secundariamente por balas y esquirlas.

El 10% de los soldados presenta lesiones auditivas debido a ondas explosivas.

El 10% de los reinsertados presenta lesiones de miembros superiores por balas de fusil.

La naturaleza de la lesión de mayor frecuencia en los tres grupos estudiados es el traumatismo, le siguen en orden de importancia las lesiones múltiples y las amputaciones.

El traumatismo principalmente es raquídeo medular, por ello los altos porcentajes de paraplejia.

Las lesiones múltiples involucran varios sistemas orgánicos, miembros superiores e inferiores y diversos órganos de los sentidos o la combinación de los anteriores.

La amputación por lo general es de miembro inferior, por debajo o por encima de rodilla.

Para entender las consecuencias físicas de una lesión causada por la guerra, es necesario tener en cuenta que antes de la lesión, la persona desempeñaba diversas actividades sin dificultad alguna. Sin embargo, por causa de la guerra se produce un suceso anormal, inesperado y traumático. Como consecuencia, la persona resulta lesionada de una forma determinada por un agente específico, lo que produce un determinado tipo de lesión corporal, que cambia radicalmente el cuerpo de la persona y las actividades que hasta ese momento desarrollaba sin ninguna dificultad. La persona resulta permanentemente discapacitada y puede desarrollar enfermedades futuras como consecuencia de la lesión.

Clasificar el agente de la lesión, la parte del cuerpo afectada y la naturaleza de la lesión, es de gran importancia para identificar con claridad los daños a la integridad física de la persona, elaborar el diagnóstico clínico y definir el tipo de rehabilitación física a seguir.

En relación a los trastornos psicológicos asociados a la discapacidad por guerra se encontró que los trastornos cognoscitivos presentan frecuencias extremadamente altas, afectando hasta el 61% de los soldados, el 85 % de los reinsertados y el 56% de los civiles. Estros trastornos están relacionados principalmente con diversos síntomas referidos a la reexperimentación y evitación persistente de estímulos, recuerdos y pensamientos asociados al suceso traumático.

Los trastornos cognoscitivos afectan los procesos psicológicos superiores como la memoria, el pensamiento, la concentración, el sueño, la percepción y las emociones.

El suceso traumático es reexperimentado persistentemente a través de recuerdos recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos y percepciones.

Se presentan sentimientos y sensaciones asociadas por la persona a la situación traumática. El suceso traumático y otras imágenes relacionadas con el suceso recurren frecuentemente en sueños y pesadillas. Las reacciones físicas y emocionales son desproporcionadas ante acontecimientos relacionados con el suceso traumático.

El recuerdo o amenaza del suceso traumático provoca un estado de hiperactivación fisiológica, cognitiva y comportamental que moviliza los recursos del organismo para hacerle frente. La hiperactivación se caracteriza por dificultades para conciliar el sueño, hipervigilancia, problemas de concentración, irritabilidad, impulsividad y agresividad.

Los trastornos emocionales presentan frecuencias que llegan hasta el 57% en los soldados, 71% en reinsertados y 70% en civiles. Estos trastornos están relacionados con el embotamiento

de la reactividad general de la persona, lo cual se expresa en reducción del interés o de la participación en actividades significativas; sensación de desapego o aislamiento frente a los demás; restricción de la vida afectiva y sensación de frustración.

La evitación, huida, bloqueo emocional, aislamiento social y rechazo de la persona a situaciones, lugares, pensamientos, sensaciones o conversaciones relacionada con el suceso traumático son signos comunes en la mayoría de las personas con discapacidad por guerra.

Las personas sufren episodios depresivos, pérdida de interés, descenso de la autoestima e incluso en los casos de mayor gravedad ideaciones suicidas recurrentes.

La ira y agresividad son reacciones comunes; cuando estos trastornos emocionales alcanzan límites desproporcionados interfieren de forma significativa con la posibilidad de éxito terapéutico así como en el funcionamiento cotidiano de la persona.

Los trastornos psicosomáticos están relacionados con síntomas persistentes de aumento de la activación (ausente antes del suceso traumático), presentando frecuencias que llegan hasta el 54% en soldados, 63% en reinsertados y 65% en civiles.

Por lo general se presenta un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia y un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Estos síntomas pueden configurar un cuadro de ansiedad.

Las personas que han vivido un suceso traumático por causa de la guerra pueden experimentar ataques de pánico cuando son expuestos a situaciones relacionadas con el suceso traumático; estos ataques incluyen sensaciones intensas de miedo y angustia acompañadas de síntomas como taquicardia, sudoración, náuseas y temblores.

Las consecuencias psicosociales de la discapacidad por guerra están relacionadas con la exclusión social, la pobreza, la falta de seguridad social y la adaptación a una nueva situación social y personal.

Desde la óptica psicosocial, el problema fundamental es la vulnerabilidad de las personas con discapacidad por guerra, ellas tienen desventajas que las coloca en una situación de riesgo, son más susceptibles a los problemas de salud física y psicológica, al desempleo y la discriminación.

Si observamos con detenimiento la gravedad, cantidad y frecuencia de los trastornos psicológicos identificados, podemos afirmar que nos encontramos ante la presencia de un TEP generalizado que afecta a más del 50% de las personas con discapacidad por guerra.

El suceso traumático, capaz de provocar el TEP es tan abrumador que afecta a la mayor parte de las personas, pues todos se vieron abocados a enfrentar un acto violento que cambio radicalmente sus vidas.

En suma, el enfrentamiento bélico puede producir un daño psicológico profundo y crónico que genera un fuerte impacto psicológico que desborda lo adaptativo y lo racional.

También se encontraron otros trastornos asociados al TEP, entre los que sobresalen la depresión, la ansiedad, el consumo de bebidas alcohólicas y pensamientos de persecución y agresión.

Martínez, W. en un artículo publicado en la revista Contralínea[9] afirma que cada semana una persona es víctima de las setenta mil (70.000) minas terrestres existentes en los territorios colombianos dominados por los grupos armados. Desactivar y retirar las minas terrestres en Colombia costará 45 millones de dólares y durará por lo menos 10 años.

[9] Martínez, William. Colombia Campo Minado. Revista Contralínea. Bogotá, D.C., Enero 3 de 2003.

Por encima de Nicaragua y El Salvador, Colombia es el país con mayor número de campos minados sin control en todo el continente americano y ahora comienza a recuperar para millones de campesinos el derecho a caminar.

Los campos minados más grandes se encuentran en departamentos como Santander, Antioquia, Guaviare, Magdalena y Arauca, pero el municipio de San Vicente de Chucurí en Santander es el más conocido por sus historias de amputados por minas quiebrapatas.

De los 1,097 municipios del país, localizados en 22 de los 31 departamentos existentes, 140 han sido escenario de accidentes con minas terrestres en los 10 primeros meses de 2001.

Colombia, Estado firmante de la Convención de Ottawa, deberá garantizar la destrucción de las minas terrestres en su territorio para cumplir la Ley 554 expedida el 14 de enero de 2000.

En muchas ocasiones, las personas lesionadas por minas terrestres tienen que viajar varios días para recibir atención médica y sólo la cuarta parte de las víctimas llega a hospitales apropiados en las seis horas siguientes.

Al Hospital Militar Central de Bogotá llegan, de todo el país, soldados que sufrieron accidentes con minas terrestres y que por lo general deben ser amputados para salvarles su vida.

Desde que se termino la zona de distensión en el Caguan, han explotado 59 campos minados que han lesionado gravemente a 160 soldados.

En el Foro sobre Víctimas y Terrorismo, Díaz, F[10] expuso que el terrorismo deja una marca difícil de borrar. La violencia social y psicológica es el sino que marca a las víctimas del terrorismo donde llegan, luego de deambular y vivir de refugio en refugio. Qué piensan, cómo sienten, qué vislumbran y qué temen estos hombres, mujeres y niños que se alejan de sus caseríos cargados de rencor y de bultos a la espalda? Casi nadie lo sabe. Aunque llevamos más de 40 años contemplando este fenómeno, Colombia apenas esta descubriendo las profundas lesiones psicológicas que sufren la víctimas del terrorismo.

El fenómeno del desplazamiento, causado por el terrorismo, muestra que los que más sufren psicológicamente con esta situación son los niños y las mujeres, sin duda por su vulnerabilidad. En opinión de la Cruz Roja y de la UNICEF, el niño desplazado sufre la interrupción de su normal desarrollo psicológico, la mayoría presentan problemas de aprendizaje y dificultades en la concentración y la memoria, lo que les causa atraso en su proceso educativo.

El fenómeno vivido también afecta la estructuración de la personalidad de los niños, en caso de no intervenirse oportuna y adecuadamente. En los días y meses posteriores al suceso que produce el desplazamiento sufren una profunda depresión. El niño vive alerta, angustiado; presenta problemas para dormir y para concentrarse en tareas simples. Por ello, muchos se hacen hombres con un fuerte sino de violencia, que arranca el episodio que produjo la huida de su familia de su lugar de origen; posteriormente se reafirma cuando se hacen chivos expiatorios de la tensión familiar y se consolida con la llegada al ambiente hostil de los tugurios de las ciudades. Este escenario hace necesario una urgente acción terapéutica, pues de no trabajar con estos niños vamos a tener varias generaciones de hombres y mujeres profundamen-

[10] Díaz, Fernando. Tratamiento Psicológico de las Víctimas del terrorismo. Foro "Victimas del Terrorismo". Universidad Javeriana. Bogotá, D.C., noviembre de 1998.

te traumatizados, violentos en sus relaciones básicas con el mundo, con tremendos problemas de identidad y adicionalmente, sin sentido de pertenencia.

Una de las constantes dentro de la psicología del desplazado es la fractura que se presenta en las relaciones familiares, pues lo primero que se afecta son los círculos afectivos y el significado de la vida en común. La depresión ataca por igual a todos; esto unido a la enorme tensión que genera la experiencia del desplazamiento y la zozobra de estar llevando una vida sin certezas, hace que toda la violencia social que se vivió se reproduzca en el espacio del micro hogar. Por ello, padres que no lo eran se vuelven maltratantes con sus hijos. Además, en su gran mayoría los desplazados llegan a ambientes más hostiles que los que habitaban antes.

El desplazamiento ocasiona un cambio abrupto en los roles que tradicionalmente se venían desempeñando en la familia y en la sociedad; el reacomodo al nuevo rol produce un enorme malestar en el sistema interaccional de la familia. En la mujer se descarga casi todo el peso de la situación, como jefe del hogar sobre el cual recae la necesidad de apoyo material y humano aunque el marido este vivo y sea su compañero permanente.

Como los seres humanos somos sujetos históricos, es obvio pensar entonces que el efecto de la guerra, el desplazamiento, las masacres, los homicidios selectivos, el secuestro, la desaparición forzada, las minas quiebrapatas, las explosiones y voladuras de poblaciones y oleoductos, generan un impacto sobre la manera de ser y de actuar, pensar y construir el mundo de quienes son sus víctimas.

En psicología se suele hablar de trauma para referirse a la experiencia de una vivencia que afecta de tal manera la persona que la deja marcada, es decir, deja en ella un residuo permanente. El trauma psíquico es por lo tanto la singular herida de una experiencia difícil o excepcional, una situación de particular tensión o sufrimiento, algún hecho frustrante, que deja en una persona. El trauma social hace relación a la forma como algún proceso histórico puede afectar a toda una comunidad; y el trauma psicosocial se utiliza para referirse a la herida que dependerá de la peculiar vivencia frente a la guerra, vivencia condicionada por su extracción social, es decir, que la herida que lo afecta es de producción eminentemente social.

En este contexto, el problema de la salud mental debe ubicarse en el ámbito cultural e histórico donde cada individuo elabora su existencia cotidiana.

Desde la perspectiva del trauma psicológico es indiscutible, que los vívidos y terroríficos momentos de una experiencia traumática, se convierten en recuerdos grabados en el circuito emocional, los síntomas son en efecto, señales de una memoria emocional excesivamente excitada que impulsa los recuerdos vividos de un momento traumático a continuar inmiscuyéndose en la consciencia. Así, los recuerdos traumáticos se convierten en gatillos mentales preparados para disparar la alarma al menor indicio de que el espantoso momento este a punto de producirse nuevamente. Este fenómeno del gatillo es el sello de todo trauma emocional, incluido el sentimiento del repetido maltrato físico en la infancia. Cualquier acontecimiento traumatizante puede implantar esos recuerdos: una violación, una masacre o una explosión; cientos de personas soportan esos desastres y la mayoría salen con la clase de herida emocional que deja su huella en el cerebro.

Las crueldades humanas graban en la memoria de sus víctimas un patrón que las hace

mirar con miedo cualquier cosa vagamente similar al asalto mismo. La huella que el horror deja en la memoria y la consecuente actitud de hipervigilancia puede durar toda la vida, como se descubrió en un estudio llevado a cabo entre los sobrevivientes del holocausto nazi.

Las víctimas del trauma devastador pueden no ser nunca más las mismas biológicamente, afirma el Dr. Dennis Charney, director de neurología clínica del Centro Nacional de Yale. «No importa si fue el incesante terror del combate, la tortura, o los repetidos maltratos en la infancia, o una experiencia única deplorable, cualquier estrés incontrolable puede tener el mismo impacto biológico».

Como se puede apreciar, los efectos del terrorismo y la violencia en general sobre la población y el individuo en particular son de características incapacitantes, y si bien los efectos de las diferentes situaciones de violencia sobre cada individuo son únicos y singulares, ya que cada persona y contexto presentan rasgos propios y se ven afectados por circunstancias específicas, toda discusión acerca del tratamiento a las víctimas de la violencia, tanto aislada como repetitiva, requiere confrontar ciertos efectos en común.

Por lo tanto, una alternativa terapéutica consistirá en una orientación dirigida a neutralizar la distorsión cognitiva, que inevitablemente, acompaña y perpetúa los efectos de la violencia crónica y que conduce a favorecer la construcción de una historia alternativa de los sucesos, que libere a la víctima de los efectos destructivos. Debemos facilitar la construcción de historias alternativas, favoreciendo una discriminación de los significados y las narrativas que han sido previamente incorporados de manera no crítica.

Quienes trabajamos con víctimas de violencia, sabemos que debemos acompañar a las víctimas en un doble proceso: Por una parte, abandonar el embotamiento, situación que los lleva, casi inevitablemente, a revivir el terror, la vergüenza y la rabia; por la otra, abandonar la sumisión a través de una revisión crítica de las distorsiones cognitivas que la misma implica, siguiendo habitualmente un guión propuesto por los victimarios. El proceso terapéutico, es pues una lucha agotadora a través de la cual la experiencia traumática de violencia, tiene posibilidades de ser recontextualizada y rehistorizada. Así, la desconfianza, la vergüenza, la culpa, la autodesvalorización dejan lugar al restablecimiento de la autoestima y a través de la indignación, a la recuperación de la dignidad.

Uno de los modelos terapéuticos que llama la atención es el enfoque ecológico. La analogía ecológica interpreta eventos violentos y traumáticos como amenazas ecológica, no solo a las capacidades humanas de promover salud, sino a la capacidad de resistencia y recuperación de los miembros afectados. Una amenaza ecológica es la violencia urbana que afecta la habilidad de la comunidad para ofrecer un ambiente seguro: el racismo, la pobreza, el crimen, el terror, son por lo tanto contaminantes ambientales.

De igual manera, así como los eventos violentos pueden agotar los recursos de la comunidad, también los valores tradicionales y creencias de ésta pueden defenderla y apoyar su capacidad de resistencia en el despertar de la violencia. La mayoría de nosotros pertenecemos a diversos grupos culturales y comunidades; por ejemplo, membresía a una comunidad geográfica (ciudad, pueblo o vecindario), racial, étnica o lingüística. Además, pertenecemos a comunidades religiosas e ideológicas.

El modelo ecológico plantea que cada reacción individual a eventos traumáticos y violentos esta influenciada por los atributos combinados

de esas comunidades a las que esa persona pertenece y de los cuales sustrae su identidad. Los factores personales, eventuales y ambientales, moldean la interacción de los individuos y de sus comunidades. El modelo tiene en cuenta tres aspectos.

La primera premisa es que los individuos no son igualmente vulnerables y no se afectan de la misma manera. Al contrario, tanto la vulnerabilidad a ser víctima y las respuestas individuales además de los patrones de recuperación son multideterminados por interacciones entre los factores mutuamente influyentes, como aquellos que describen los eventos acontecidos y aquellos que describen el ambiente. Estos factores juntos definen el «ecosistema» persona - comunidad, dentro del cual un individuo vive, sobrelleva el estrés y le da sentido a eventos potencialmente traumatizantes.

La segunda premisa del modelo ecológico, consiste en que después de tener acceso a una exposición traumática, los afectados pueden o no tener acceso a un tratamiento clínico. En la mayoría de los casos, no se tendrá este acceso; una comprensión del trauma psicológico requiere que se reconozca que la mayoría no tiene acceso al tratamiento clínico y que es importante una expansión de las actividades investigativas para entender su estatus postraumático y su proceso de recuperación.

Una tercera premisa íntimamente ligada con la anterior, es que la intervención clínica no garantiza que la persona se recupere. La recuperación puede ocurrir por cuatro caminos posibles: la intervención puede interactuar con otras influencias ecológicas para fomentar la recuperación; o puede intensificar la angustia e impedir la recuperación; la recuperación puede ocurrir en ausencia de cuidado clínico, particularmente, cuando el ecosistema apoya la recuperación y cuando los sistemas de apoyo y los recursos basados en la comunidad son suficientes; y finalmente, en la ausencia de una intervención apropiada, algunos individuos no se recuperaran.

En un marco ecológico, una recuperación no lograda, es signo no sólo de la persistencia de la angustia individual, sino de los déficits ecológicos de un ambiente de recuperación y de falla de las intervenciones enfocadas hacia el trauma para lograr la calidad y el apoyo que brinda la relación existente entre el individuo y su contexto social.

Los factores de persona, evento y ambiente pueden influir en la respuesta postraumática y en la recuperación de un individuo (edad, etapa del desarrollo, nivel de angustia, inteligencia, afectos, relación víctima victimario, significado del hecho, capacidad de aguantar y resistir el impacto, apoyo familiar). Los aspectos eventuales incluyen la frecuencia, la severidad y la duración del evento, el grado de violencia física, el grado de terror y humillación soportado; y si el trauma fue experimentado sólo o en grupo y todos los detalles circunstanciales a los cuales el individuo y su comunidad le pueden adjudicar significado.

Las influencias ambientales incluyen descripciones del contexto ecológico en el cual los eventos traumáticos se experimentaron (hogar, trabajo, colegio); los atributos destacables del sistema para fomentarle una elaboración del duelo y el grado de seguridad y control concedidos a la víctima después del trauma.

La importancia del modelo esta dado por la necesidad de implementar una reforma social en la intervención comunitaria, ya que la existencia de gran número de personas que no utilizan o que no se benefician de la intervención clínica, subraya la necesidad de establecer es-

tudios comunitarios sobre la recuperación después de un trauma en los sobrevivientes que no han sido tratados. Se hace necesario, educar a la comunidad en relación con lo que es un trauma, cuales son las secuelas, es decir, desmitificar la intervención clínica y propender por una intervención comunitaria y social.

Finalmente, es de gran importancia señalar que la complejidad del problema que ocasiona el terrorismo y los actos violentos de los diferentes actores del conflicto en Colombia, implica una respuesta acorde a la dimensión de la problemática de la víctima por parte del estado y de la sociedad civil. Sin lugar a dudas que el estado debe reorientar su política de atención a las víctimas por un abordaje que contemple una red social de apoyo donde la población encuentre una verdadera intervención que proporcione no una pírrica ayuda económica y/o la reubicación en un terreno ajeno a su cultura, sino un tratamiento acorde con su dignidad humana.

Sin duda que si el estado es incapaz de evitar la acción terrorista, es también cierto que esta deficiencia o ausencia de su deber fundamental lo responsabiliza para responder, ayudando a la población victimizada en la disminución de su sufrimiento. La creación de programas de atención victimológica por parte del estado, con la participación de la sociedad civil y la sensibilización de la comunidad ante el sufrimiento es en el momento una tarea de urgente realización.

Wilches, G. en un artículo sobre el Medio Ambiente y la Guerra en Colombia[11] señala que el medio ambiente no solamente es el escenario de la guerra y, en consecuencia, una de sus víctimas directas, sino que también se utiliza como arma y puede también constituir el motivo de la guerra.

El primer caso, el del medio ambiente como escenario de guerra, lo ejemplifican en el medio rural los efectos de las voladuras de oleoductos y de las fumigaciones contra los llamados «cultivos ilícitos», actividades cuyo propósito directo no es el deterioro del entorno, pero como resultado de las cuales ese deterioro se produce de manera inevitable.

El segundo caso, el del medio ambiente como arma y objetivo de guerra, está ejemplificado en los bombardeos con napalm durante la guerra de Vietnam, los cuales tenían como propósito directo la destrucción del entorno que le servía de protección a los combatientes comunistas. En este caso, se trata o de evitar que las condiciones ambientales se conviertan en aliadas de las fuerzas contrarias o de convertir al ambiente en un medio hostil contra las mismas, como cuando los conquistadores españoles destruían las fuentes de agua y los canales mediante los cuales las culturas del México precolombino obtenían el agua necesaria para su existencia. Los incendios intencionales de los pozos petroleros por parte de los iraquíes durante la Guerra del Golfo, también podrían catalogarse dentro de esta categoría.

Aparentemente no existen en la guerra, o en las múltiples guerras que se libran en Colombia, casos que permitan afirmar que el ambiente haya sido declarado «objetivo militar» o utilizado expresa e intencionalmente como arma de guerra. El tercer caso, el del medio ambiente como motivo de guerra (ejemplificado en todas las guerras por el control sobre determinados recursos naturales), seguramente irá incrementándose en los próximos años, ya no tanto por el dominio sobre los recursos «no renovables», sino por el acceso a recursos «renovables» como el agua y los recursos genéticos, y por la posibilidad de acceder a determinados «servicios ambientales».

[11] Wilches, G. El Medio Ambiente y la Guerra en Colombia. Geocities. 2000.

Además de los ya citados efectos directos que la guerra produce sobre el medio ambiente en su condición de escenario de la misma (contaminación por voladuras de oleoductos o por la fumigación de cultivos ilícitos, efectos de bombardeos sobre zonas rurales), el conflicto armado genera una serie de consecuencias ambientales indirectas que contribuyen a incrementar la inequidad ambiental, la pobreza ambiental y la violencia ambiental que pesa sobre los colombianos, no solamente sobre aquellos que habitan las regiones del país en las cuales se desarrollan los enfrentamientos bélicos, sino sobre la sociedad entera en su condición de sistema dinámico y complejo, cuyos elementos se encuentran, de una u otra manera, interconectados.

De manera no taxativa, vamos a resaltar como efectos ambientales y sociales más o menos indirectos de la guerra los siguientes:

- El impacto de los desplazamientos campesinos sobre sus territorios de origen: abandono de la actividad y de la infraestructura social y productiva, reducción en la producción de alimentos, concentración de la propiedad rural en manos de los actores armados (guerrilla o paramilitares) o de sus instigadores, pérdida de oportunidades, traumatismos sociales, sociológicos y culturales de los afectados, consolidación de las condiciones para que se perpetúe la violencia de una generación a otra.

- El impacto de los desplazamientos campesinos sobre las zonas urbanas: escasez y consecuente encarecimiento de los alimentos procedentes del campo, incremento de los asentamientos marginales y de la pobreza urbana, incremento del desempleo, incremento del déficit educativo, incremento de los problemas de salud, de vivienda y de servicios públicos.
- Imposibilidad para realizar una gestión ambiental adecuada en zonas de guerra, lo cual incluye los riesgos contra la vida y la integridad física de líderes y miembros de organizaciones sociales y autoridades locales, y contra funcionarios públicos y de ONG.

- Riesgos sobre la viabilidad de múltiples ecosistemas y recursos biológicos y sobre grupos étnicos y culturales relacionados con los mismos.

En términos generales podemos afirmar sin temor a equivocarnos, que los costos ambientales directos e indirectos de la guerra los pagamos todos los colombianos en cuanto a pérdida de calidad ambiental, deterioro de la salud, pérdida de nuestro patrimonio ecológico y cultural, pérdida de oportunidades económicas y reorientación hacia el conflicto armado de recursos que podrían destinarse a inversión social, gestión ambiental e infraestructura productiva.

Dentro de cada comunidad afectada, las mujeres y los niños resultan especialmente perjudicados por el deterioro ambiental. Para citar un solo ejemplo, ante el agotamiento del agua y la madera para leña en una región determinada, las mujeres y los niños deben caminar cada vez más kilómetros (lo que quiere decir, dedicarle al acarreo más tiempo a costa del necesario para educación, recreación, estudio y ocio) para abastecer a la familia de estos dos recursos sin los cuales resulta imposible la vida.

Capítulo 4

Metodología

4.1 Tipo de estudio

El presente estudio es de carácter descriptivo y epistemológicamente se inscribe en el marco de la investigación cualitativa.

En esta perspectiva es relevante señalar que el giro discursivo en las ciencias sociales a partir de la metodología cualitativa, forma parte del cuestionamiento a la rigidez positivista, la cual, al identificar su postura normativa con la ciencia, hace aparecer la crítica en su contra como un ataque a la ciencia misma. Ahora es común aceptar, además, que la explicación científica es una forma particular de darle sentido al mundo, pero que no existe un método científico único o universal. La metodología cualitativa se replantea hoy como una vía más adecuada para el estudio de la complejidad social.

La investigación cualitativa puede ser vista como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conductas. En ese sentido, la investigación cualitativa es interpretativa; es el estudio interpretativo de un problema determinado en el que el investigador es responsable en la producción del sentido.

La investigación cualitativa prioriza la observación y la entrevista frente al experimento y el cuestionario estandarizado. Así como también la vida social en su complejidad cotidiana sin reducirla o distorsionarla con el fin de obtener controles experimentales

En la investigación cualitativa se busca la comprensión a través de la descripción densa en lugar de confiar sólo en los modelos estadísticos, que pese a su incrementada sofisticación, no han mostrado mayor potencia explicativa en las ciencias sociales. De ahí que la metodología cualitativa vaya más allá del muestreo probabilístico - que no es la única posibilidad - y realice muestreos intencionales, en los que sí se puede establecer una diferencia entre métodos cuantitativos y cualitativos.

El criterio en la investigación cualitativa crítica debe ser la credibilidad de los investigadores, para lo cual no hay un coeficiente de medición de la confiabilidad y la acomodación anticipatoria, en el sentido de acomodar aspectos únicos de lo que se percibe en contextos nuevos.

La confiabilidad de los resultados cualitativos se respalda en criterios como la credibilidad y la transferibilidad, con respecto al valor de verdad y aplicabilidad de sus resultados. La credibilidad se logra por la observación intensiva y la triangulación; y la transferibilidad por un muestreo intensivo e intencional y por la descripción espesa. La confirmabilidad en la investigación cualitativa depende de un investigador externo que la audite y de la negociación de los resultados como parte de la necesaria interdependencia entre investigador e investigado. En últimas, la validez de las investigaciones cuantitativas y cualitativas depende del rigor y la integridad de los investigadores.

Sin embargo, el análisis del contexto histórico y cultural por sí mismo no es suficiente, de ahí el valor de la investigación cualitativa realizada desde una práctica situada y autorreflexiva. La concepción actual de la investigación cualitativa no sólo exige superar la lógica binaria

distorsionante (micro / macro, sujeto / objeto, interior / exterior, sentido común / teoría, cualitativo / cuantitativo) del modernismo y adoptar el carácter abierto, impreciso, flexible y polisémico de los significados sociales; sino incorporar una visión a la vez local, parcial y fragmentaria, pero también contextual, interconectada y globalizante en una lógica radicalmente transdisciplinaria. La metodología no debe seguir siendo una especialidad separada que aísla método y objeto y reduce la construcción teórica a una rutinaria manipulación técnica de observaciones empíricas. Hay que asumir la complejidad social en forma equivalente y saber que el análisis empírico no puede sustituir la reflexión crítica y el análisis teórico. El investigador cualitativo está implicado en la vida social y por eso debe asumir su rol como crítico cultural.

4.2 Muestra

El estudio se realizo con una muestra de trescientas tres (303) personas con discapacidad causada por la guerra pertenecientes a cuatro grupos poblacionales de los departamentos de Santander y Norte de Santander:

- Ciento noventa y siete (197) soldados
- Veinte (20) policías
- Veinte (20) reinsertados
- Sesenta y seis (66) civiles

4.3 Recolección de información

Para recolectar la información el autor elaboró un "Formulario para Identificar Lesiones y Síntomas de Estrés Postraumático en Personas con Discapacidad por Guerra" (Anexo 1).

El Formulario se elaboró con base en las categorías que el Código Internacional Unificado de Ocupaciones - CIUO de la Organización Internacional del Trabajo - OIT, utiliza para identificar, en caso de accidentes, el agente de la lesión, la parte del cuerpo afectada y la naturaleza de la lesión.

Estas categorías de análisis de las lesiones representan la cantidad básica de información que puede esperarse de un informe sobre lesiones causadas por acciones bélicas.

Cada una de las categorías de análisis representa un concepto excluyente, pueden recopilarse y ser interpretadas independientemente en términos lógicos.

El formulario también se elaboro con base en las principales categorías que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-IV(1994) elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana, utiliza como criterio para diagnosticar el Trastorno por Estrés Postraumático asociado a la discapacidad por guerra. Igualmente se elaboró con base en las categorías de la Subescala PT 10 del Composite Internacional Diagnostic Interview – CIDI II de la Organización Mundial de la Salud – OMS.

El formulario se aplicó en las siguientes instituciones:

- Asociación Colombiana de Soldados Discapacitados del Ejército Nacional - ACOSDEN con sede en Bucaramanga.
- Hogar Jesús de Nazareth que agrupa a civiles de Santander con discapacidad por causa de minas terrestres, con sede en Bucaramanga
- Dirección de Sanidad de la Policía en Bucaramanga
- Hospital Regional Militar de Santander en Bucaramanga
- Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga
- Dirección de Sanidad del Grupo Mecanizado Nº 5 – MAZA del Ejército Nacional en Cúcuta
- Dirección de Sanidad de la Policía en Cúcuta
- Corporación Guayacán de Desmovilizados con Discapacidad, Minusvalía y Limitaciones Físicas – Corpoguayacan.

Capítulo 5

Descripción y análisis de resultados

5.1 Información sociodemográfica

TABLA 1

Discapacidad por guerra en Santander y Norte de Santander y sexo en soldados (n=197), policías (n=20) reinsertados (n=20) y civiles (n=66), abril 2003

Sexo	Soldados	Policías	Reinsertados	Civiles
Masculino	97%	70%	80%	74%
Femenino	2%	25%	20%	26%
Sin datos	1%	5%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Formulario para Identificar Lesiones y Síntomas de Estrés Postraumático en Personas con Discapacidad por Guerra - Aldemar Jutinico Vega. Aplicado en ACOSDEN, Hogar Jesús de Nazareth, Hospital Regional Militar de Santander, Hospital Universitario Ramón González, Dirección de Sanidad de la Policía en Bucaramanga y Cúcuta, MAZA, CORPOGUAYACAN.

Al analizar el género de las personas con discapacidad por guerra encontramos que los hombres continúan siendo las principales víctimas del conflicto armado y que las mujeres participan cada vez más en la guerra, ya sea como combatientes o como víctimas de la población civil.

La participación de la mujer en el conflicto armado merece especial atención porque se está transformando en un serio problema de salud pública que constituye una causa significativa de discapacidad y mortalidad femenina.

La guerra aumenta el riesgo de mala salud en las mujeres porque su impacto es de carácter radial y lesiona tanto su afectividad como su vida relacional. Inhibe la participación de las mujeres en la toma de decisiones, tanto en el grupo familiar como en otros espacios en los que se desenvuelve. Dificulta su incorporación al desarrollo socioeconómico de sus comunidades y su desarrollo personal.

La discapacidad por guerra, como problema de salud pública, afecta hasta el 26% de las mujeres de Santander y Norte de Santander.

La intervención del Estado, la comunidad y las organizaciones de mujeres pueden salvar vidas, reducir el daño y aliviar los efectos a largo plazo de la discapacidad de las mujeres.

En este sentido, los servicios de salud que mantienen contacto permanente con las mujeres con discapacidad pueden jugar un rol clave en la rehabilitación y prevención del daño.

TABLA 2

Discapacidad por guerra en Santander y Norte de Santander y edad en soldados(n=197), policías (n=20) reinsertados (n=20) y civiles (n=66), abril 2003

Edad	Soldados	Policías	Reinsertados	Civiles
Menores de15	0%	0%	0%	8%
15-19 años	0%	0%	0%	17%
20-24 años	13%	5%	0%	27%
25-30 años	34%	35%	0%	9%
30-35 años	28%	25%	10%	9%
35-40 años	17%	35%	15%	12%
40-45 años	3%	0%	5%	11%
45-50 años	2%	0%	35%	5%
50-55 años	0%	0%	15%	2%
Más de 55 años	1%	0%	5%	0%
Sin datos	2%	0%	15%	0%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Formulario para Identificar Lesiones y Síntomas de Estrés Postraumático en Personas con Discapacidad por Guerra - Aldemar Jutinico Vega. Aplicado en ACOSDEN, Hogar Jesús de Nazareth, Hospital Regional Militar de Santander, Hospital Universitario Ramón González, Dirección de Sanidad de la Policía en Bucaramanga y Cúcuta, MAZA, CORPOGUAYACAN.

Actualmente, la gran mayoría de personas con discapacidad por guerra son menores de 40 años y su discapacidad ocurrió siendo muy jóvenes, antes de los 30 años de edad, según los siguientes registros:

- El 88% de los soldados, el 85% de los policías y el 88% de los civiles sufrieron su discapacidad entre 1990 y 2002.
- El 100% de los reinsertados sufrieron su discapacidad entre 1980 y 1990, antes de la firma de los Acuerdos de Paz de 1991.

TABLA 3

Discapacidad por Guerra en Santander y Norte de Santander y escolaridad en soldados (n=197), policías (20), reinsertados (n=20) y civiles (n=66), abril 2003

Escolaridad	Soldados	Policías	Reinsertados	Civiles
Ninguna	1%	0%	0%	3%
Primaria	51%	5%	25%	70%
Secundaria	40%	75%	40%	27%
Técnica	3%	15%	15%	0%
Universitaria	3%	0%	20%	0%
Sin datos	2%	5%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Formulario para Identificar Lesiones y Síntomas de Estrés Postraumático en Personas con Discapacidad por Guerra - Aldemar Jutinico Vega. Aplicado en ACOSDEN, Hogar Jesús de Nazareth, Hospital Regional Militar de Santander, Hospital Universitario Ramón González, Dirección de Sanidad de la Policía en Bucaramanga y Cúcuta, MAZA, CORPOGUAYACAN.

El menor acceso a la educación se concentra en los civiles y soldados, pues el 70% y el 51% de ellos no han superado la educación primaria y su acceso a la educación técnica y universitaria es prácticamente inexistente.

Los policías principalmente tienen acceso a la educación secundaria y en un segundo plano a la educación técnica. Los reinsertados son quienes han tenido mayor acceso a los diferentes estamentos educativos, lo cual se explica por los programas que, para ellos, ha implementado el gobierno nacional.

TABLA 4

Discapacidad por Guerra en Santander y Norte de Santander y trabajo actual en soldados(n=197), policías (20), reinsertados (n=20) y civiles (n=66), abril 2003

Trabajo Actual	Soldados	Policías	Reinsertados	Civiles
Si	26%	50%	35%	21%
No	74%	50%	65%	79%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Formulario para Identificar Lesiones y Síntomas de Estrés Postraumático en Personas con Discapacidad por Guerra - Aldemar Jutinico Vega. Aplicado en ACOSDEN, Hogar Jesús de Nazareth, Hospital Regional Militar de Santander, Hospital Universitario Ramón González, Dirección de Sanidad de la Policía en Bucaramanga y Cúcuta, MAZA, CORPOGUAYACAN.

Los índices de desempleo en Santander y Norte de Santander, para las personas con discapacidad por guerra, son tan alarmantes como en otras regiones del país; lo cual incide negativamente en la rehabilitación laboral de estas personas.

El conflicto armado en Santander y Norte de Santander, así como en toda Colombia, se ha ido incrementando. Las principales víctimas de este conflicto son los combatientes de las fuerzas armadas, la insurgencia y los civiles.

5.2 Características de las lesiones causadas por la guerra

5.2.1 Agente de la lesión

TABLA 5

Discapacidad por Guerra en Santander y Norte de Santander y agente de la lesión en soldados (n=197), policías (20), reinsertados (n=20) y civiles (n=66), abril 2003

Código CIUO	Agente de la Lesión	Soldados	Policías	Reinsertados	Civiles
2335	Artefacto explosivo: minas terrestres (quiebrapatas, de alto poder) y granadas de fragmentación (mortero, fusil, de mano)	51%	40%	50%	68%
2335	Arma de fuego: fusil, revolver, pistola, escopeta	29%	55%	35%	20%
2246	Arma cortopunzante (Machete, cuchillo)	1%	0%	%	0%
5810	Terreno (sobre esfuerzo físico en un área de operaciones)	6%	0%	10%	0%
8800	Situaciones estresantes (temor y situaciones de riesgo en combate)	3%	5%	0%	6%
5620	Accidentes de vehículos motorizados	6%	0%	0%	2%
2700	Agentes infecciosos	3%	0%	0%	2%
0	Sin datos	1%	0%	5%	2%
Total		100%	100%	100%	100%

Fuente: Formulario para Identificar Lesiones y Síntomas de Estrés Postraumático en Personas con Discapacidad por Guerra - Aldemar Jutinico Vega. Aplicado en ACOSDEN, Hogar Jesús de Nazareth, Hospital Regional Militar de Santander, Hospital Universitario Ramón González, Dirección de Sanidad de la Policía en Bucaramanga y Cúcuta, MAZA, CORPOGUAYACAN.

El agente de la lesión de mayor incidencia son los artefactos explosivos, cuyo uso se ha incrementado enormemente en las acciones bélicas que ha diario ocurren en las diferentes regiones de Colombia.

Los artefactos explosivos causan, en promedio, el 60% de los casos de discapacidad por guerra, afectando por igual a combatientes y civiles.

Prevenir los accidentes con minas terrestres, munición sin estallar y otros explosivos es una labor que el gobierno nacional debe implementar, así como la destrucción de los arsenales de minas tal como lo orienta la Convención de Ottawa.

Las campañas de educación preventiva y de sensibilización contribuyen a la reducción del número de víctimas potenciales. También es urgente darle continuidad e intensificar los programas de atención y rehabilitación de víctimas.

Para las personas que han sido discapacitadas por explosivos, es necesario implementar su rehabilitación física y sicológica, dándoles la oportunidad de recuperar una vida digna y productiva.

La cooperación internacional, el fortalecimiento de los programas gubernamentales, las acciones humanitarias de las ONG, el Programa de Acción Integral Contra las Minas Antipersonal de la OEA, también contribuyen a enfrentar las nefastas consecuencias del uso de explosivos en el conflicto Colombiano.

Las armas de fuego son el segundo agente de la lesión en importancia, generando, en promedio, el 28% de los casos de discapacidad por guerra.

5.2.2 Parte del cuerpo afectada

TABLA 6

Discapacidad por Guerra en Santander y Norte de Santander y parte del cuerpo afectada en soldados(n=197), policías (20), reinsertados (n=20) y civiles (n=66), abril 2003

Código CIUO	Parte del cuerpo afectada	Soldados	Policías	Reinsertados	Civiles
110	Cerebro	1%	0%	5%	0%
124	Oído interno	1%	5%	10%	0%
140	Ojo	1%	10%	5%	2%
148	Partes múltiples de la cara	1%	5%	0%	0%
160	Bóveda craneal	1%	0%	0%	0%
198	Partes múltiples de la cabeza	3%	0%	5%	5%
200	Cuello (columna cervical y médula espinal)	1%	5%	0%	0%
311	Brazo	2%	5%	5%	2%
313	Codo	1%	0%	0%	0%
315	Antebrazo	1%	0%	0%	0%
330	Mano	3%	0%	0%	3%
398	Partes múltiples de extremidades superiores	2%	10%	0%	5%

410	Órganos internos del abdomen	1%	5%	0%	0%
420	Músculos de la espalda, Columna dorsal y lumbar, y médula espinal	3%	10%	5%	0%
430	Órganos internos del tórax	0%	0%	0%	0%
440	Caderas	0%	0%	0%	0%
450	Hombros	1%	0%	0%	0%
498	Partes múltiples del tronco	1%	5%	5%	0%
511	Muslo	1%	0%	0%	3%
513	Rodilla	2%	0%	5%	3%
515	Pierna	16%	0%	5%	26%
530	Pie	3%	5%	10%	8%
598	Partes múltiples de las extremidades inferiores	22%	0%	5%	16%
700	Partes múltiples del cuerpo	23%	20%	35%	20%
801	Sistema circulatorio (corazón, sangre, arterias, venas)	1%		0%	0%
810	Sistema digestivo	1%	5%	0%	2%
820	Sistema excretorio (riñones, vejiga, intestinos)	1%	5%	0%	0%
830	Sistema músculo-esquelético (huesos, articulaciones, tendones, músculos)	1%	0%	0%	0%
840	Sistema nervioso central (cerebro y médula espinal)	2%	0%	0%	2%
850	Sistema respiratorio	0%	0%	0%	0%
860	Varios sistemas orgánicos	2%	5%	0%	3%
880	Sistema endocrino	1%	0%	0%	0%
Total		100%	100%	100%	100%

Fuente: Formulario para Identificar Lesiones y Síntomas de Estrés Postraumático en Personas con Discapacidad por Guerra - Aldemar Jutinico Vega. Aplicado en ACOSDEN, Hogar Jesús de Nazareth, Hospital Regional Militar de Santander, Hospital Universitario Ramón González, Dirección de Sanidad de la Policía en Bucaramanga y Cúcuta, MAZA, CORPOGUAYACAN.

En los soldados, las partes del cuerpo más afectadas por los explosivos y las armas de fuego son las extremidades inferiores, alcanzando una incidencia del 44%; secundariamente partes múltiples del cuerpo con una incidencia del 23%; la cabeza y las extremidades superiores reciben, respectivamente, el 9% de las lesiones.

En los policías, las partes del cuerpo más afectadas son la cabeza y partes múltiples del cuerpo en el 20% de los casos respectivamente; las extremidades superiores en el 15% de los casos, igual que la espalda y columna vertebral.

Los reinsertados, en el 35% de los casos han recibido lesiones en partes múltiples del cuerpo y, en el 25% de los casos, en la cabeza y las extremidades inferiores respectivamente.

Los civiles, en el 56% de los casos, sufren lesiones de las extremidades inferiores; en el 35% en partes múltiples del cuerpo y en el 10% en las extremidades superiores.

5.2.3 Naturaleza de la Lesión

TABLA 7

Discapacidad por Guerra en Santander y Norte de Santander y naturaleza de la lesión en soldados(n=197), policías (20), reinsertados (n=20) y civiles (n=66), abril 2003

Código CIUO	Agente de la Lesión	Soldados	Policías	Reinsertados	Civiles
100	Amputación	37%	25%	10%	48%
100	Enucleación (extirpación del ojo)	0%	0%	0%	0%
130	Quemadura química	1%	0%	0%	2%
140	Traumatismo cerebral	3%	0%	10%	0%
150	Enfermedad infecciosa	3%	0%	0%	3%
160	Traumatismo raquídeo-medular	6%	15%	5%	0%
170	Cortada, pinchazo, herida abierta	3%	10%	0%	5%
180	Erupción e inflamación de la piel	0%	0%	0%	0%
190	Luxación, esguince	1%	0%	0%	0%
210	Fractura, fisura ósea	9%	15%	5%	21%
230	Pérdida de la audición	2%	10%	0%	0%
250	Hernias	2%	5%	0%	2%
260	Inflamación de las articulaciones, tendones y músculos	2%	0%	5%	0%
290	Lesión de los tejidos	3%	0%	5%	3%
310	Distensiones, desgarros, lumbalgias	3%	0%	15%	3%
400	Lesiones múltiples	22%	20%	15%	11%
999	Trastornos psicológicos	2%	0%	10%	2%
Sin datos		2%	0%	20%	0%
Total		100%	100%	100%	100%

Fuente: Formulario para Identificar Lesiones y Síntomas de Estrés Postraumático en Personas con Discapacidad por Guerra - Aldemar Jutinico Vega. Aplicado en ACOSDEN, Hogar Jesús de Nazareth, Hospital Regional Militar de Santander, Hospital Universitario Ramón González, Dirección de Sanidad de la Policía en Bucaramanga y Cúcuta, MAZA, CORPOGUAYACAN.

La naturaleza de la lesión de mayor incidencia en todos los grupos estudiados es la amputación. Este tipo de lesión afecta al 48% de los civiles, 37% de soldados, 25% de policías y 10% de reinsertados.

De acuerdo a su incidencia en todas las personas estudiadas, siguen en orden de importancia, las lesiones múltiples; la fractura y fisura ósea, y el traumatismo raquídeo – medular.

5.3 Trastorno por Estrés Postraumático asociado a la discapacidad por guerra

5.3.1 Exposición al suceso traumático

TABLA 8

Discapacidad por Guerra en Santander y Norte de Santander y exposición al suceso traumático en soldados(n=197), policías (n=20), reinsertados (n=20) y civiles (n=66), abril 2003

3.1	Exposición al Suceso Traumático	Soldados	Policías	Reinsertados	Civiles
3.1.1	Cuando ocurrió el suceso se sintió aterrorizado?	69%	75%	70%	89%
3.1.2	Cuando ocurrió el suceso se sintió indefenso?	73%	75%	75%	89%
3.1.3	Ha visto asesinar a otra persona?	43%	35%	65%	8%
3.1.4	Ha visto herir a otra persona?	71%	75%	65%	27%

Fuente: Formulario para Identificar Lesiones y Síntomas de Estrés Postraumático en Personas con Discapacidad por Guerra - Aldemar Jutinico Vega. Aplicado en ACOSDEN, Hogar Jesús de Nazareth, Hospital Regional Militar de Santander, Hospital Universitario Ramón González, Dirección de Sanidad de la Policía en Bucaramanga y Cúcuta, MAZA, CORPOGUAYACAN.

Los actos violentos que causaron discapacidad a las personas que participaron en el presente estudio, han generado traumas psicológicos a la gran mayoría de ellos. Entre el 70% y el 80% se sintio aterrorizado cuando fue lesionado en acciones bélicas; entre el 73% y el 89% se sintio indefenso; entre el 8% y el 43% presencio la muerte de otras personas y entre 27% y el 71% fue testigo de las heridas generadas a otras personas.

5.3.2 Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático

TABLA 9

Discapacidad por Guerra en Santander y Norte de Santander y síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático en soldados(n=197), policías (n=20) reinsertados (n=20) y civiles (n=66), abril 2003

3.2	Síntomas del Trastorno por estrés Postraumático	Soldados	Policías	Reinsertados	Civiles
3.2.1	Tiene pesadillas y sueños repetitivos relacionadas con el suceso?	41%	15%	80%	58%
3.2.2	Tiene terrores nocturnos relacionados con el suceso?	25%	60%	38%	20%
3.2.3	Se sobresalta por ruidos o situaciones que le recuerdan el suceso?	47%	30%	65%	48%
3.2.4	Recuerda el suceso traumático así no quiera recordarlo?	50%	30%	70%	56%
3.2.5	Se angustia cuando recuerda el suceso traumático?	39%	20%	60%	47%
3.2.6	Súbitamente siente como si el suceso traumático estuviese sucediendo de nuevo aunque no estuviera ocurriendo?	25%	0%	40%	23%
3.2.7	Trata de no pensar o hablar sobre el suceso?	43%	45%	65%	47%
3.2.8	Evita lugares, personas o actividades que pueden recordarle el suceso?	50%	55%	55%	58%
3.2.9	Se molesta cuando algo o alguien le recuerda el suceso?	24%	5%	45%	27%
3.2.10	Suda o su corazón late rápidamente cuando recuerda el suceso?	32%	25%	55%	27%
3.2.11	Después del suceso tiene dificultades para conciliar el sueño?	29%	20%	50%	39%
3.2.12	Después del suceso tiene dificultad para concentrarse?	26%	10%	55%	27%

3.2.13	Después del suceso es agresivo con otras personas?	19%	5%	40%	11%
3.2.14	Después del suceso se preocupa más por el peligro y es más cuidadoso?	92%	100%	65%	95%
3.2.15	Después del suceso se sobresalta o asusta fácilmente por ruidos o movimientos comunes?	49%	15%	45%	48%
3.2.16	Después del suceso se ha olvidado de parte o de todo lo que sucedió?	32%	30%	40%	14%
3.2.17	Después del suceso se ha sentido aislado o alejado de otras personas?	40%	10%	60%	41%
3.2.18	Después del suceso ha tenido dificultad para sentir amor o aprecio por otras personas?	23%	20%	35%	29%
3.2.19	Después del suceso comenzó a pensar que no vale la pena vivir?	11%	0%	35%	11%
3.2.20	Después del suceso siente deseos de llorar y a veces llora?	38%	15%	45%	65%
3.2.21	Cree qué sería mejor para los demás si estuviera muerto?	5%	0%	40%	2%
3.2.22	Después del suceso se siente triste y decaído?	43%	15%	45%	67%
3.2.23	Ha estado molesto consigo mismo por su discapacidad?	46%	15%	55%	41%
3.2.24	Después del suceso ha sido discriminado socialmente por su discapacidad?	53%	25%	55%	38%
3.2.25	Las consecuencias del suceso han cambiado radicalmente su vida?	76%	65%	40%	76%
3.2.26	Después del suceso ingiere licor por lo menos una vez a la semana?	21%	20%	50%	15%

Fuente: Formulario para Identificar Lesiones y Síntomas de Estrés Postraumático en Personas con Discapacidad por Guerra - Aldemar Jutinico Vega. Aplicado en ACOSDEN, Hogar Jesús de Nazareth, Hospital Regional Militar de Santander, Hospital Universitario Ramón González, Dirección de Sanidad de la Policía en Bucaramanga y Cúcuta, MAZA, CORPOGUAYACAN.

La exposición a los sucesos traumáticos señalados, ha generado altas frecuencias de Estrés Postraumático que afectan la salud mental de la mayoría de las personas con discapacidad por guerra estudiadas, tal como lo muestran los datos registrados en la Tabla 9.

El hecho traumático, además de causar lesiones físicas discapacitantes también genera, en muchos casos, un Trastorno por Estrés Postraumático que complejiza la discapacidad por guerra.

La presencia de síntomas como pesadillas y sueños recurrentes, miedos, recuerdos y pensamientos invasivos, depresión, angustia, aislamiento y discriminación social, genera cambios radicales en la vida cotidiana de las personas con discapacidad por guerra, transformando su existencia en una tragedia, en la cual, cada día es más difícil proyectar el futuro.

Ante la permanente certeza de sucesos catastróficos, en la conciencia de la persona con discapacidad se van acumulando ideas desesperanzadoras que alimentan una atmósfera patológica, donde cada individuo porta una carga de desajustes subjetivos, estimulados por la presencia de amenazas, falta de oportunidades e impunidad. En términos psicológicos, la desesperanza se refiere a la convicción que tienen las personas de que no hay nada que hacer para cambiar su destino.

El estado de ánimo se manifiesta en una tristeza constante, angustia y ansiedad, el cual se expresa socialmente a través de comportamientos autodestructivos como incumplimiento de compromisos terapéuticos y académicos, ineficacia en lo que hace, consumo frecuente de alcohol y delincuencia.

5.3.3 Tiempo, después del suceso, durante el que ha presentado los síntomas reportados

TABLA 10

Discapacidad por Guerra en Santander y Norte de Santander y tiempo durante el que han presentado los síntomas en soldados (n=197), policías (n=20, reinsertados (n=20) y civiles (n=66), abril 2003

Tiempo con síntomas	Soldados	Policías	Reinsertados	Civiles
1 mes	34%	45%	0%	44%
6 meses	25%	35%	5%	33%
1 año	10%	15%	0%	21%
2 años	4%	0%	0%	0%
3 años	3%	5%	0%	0%
4 años	2%	0%	15%	0%
Más de 5 años	20%	0%	65%	0%
Sin datos	2%	0%	15%	2%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Formulario para Identificar Lesiones y Síntomas de Estrés Postraumático en Personas con Discapacidad por Guerra - Aldemar Jutinico Vega. Aplicado en ACOSDEN, Hogar Jesús de Nazareth, Hospital Regional Militar de Santander, Hospital Universitario Ramón González, Dirección de Sanidad de la Policía en Bucaramanga y Cúcuta, MAZA, CORPOGUAYACAN.

Según los datos registrados en la tabla 10, el 34% de los soldados, el 45% de los policías y el 44% de los civiles presentan síntomas de *estrés postraumático agudo*. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

En el estrés postraumático agudo, la persona presenta tres o más de los siguientes síntomas disociativos:

- Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
- Reducción del conocimiento de su entorno y aturdimiento
- Desrealización
- Despersonalización
- Amnesia disociativa e incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas:

- Imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- Evitación acusada de pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares y personas que recuerdan el trauma.
- Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación como dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto e inquietud motora.

Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

Los síntomas de *estrés postraumático crónico* tienen una frecuencia del 64% en soldados, 55% en policías, 85% en reinsertados y 56% en civiles. En este caso los síntomas duran más de 3 meses, alcanzando una duración de varios años. Es de inicio demorado, entre el suceso traumático y el inicio de los síntomas pueden pasar como mínimo 6 meses. Las características del estrés postraumático crónico son las siguientes:

El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

- Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
- La persona actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo.
- Malestar psicológico intenso y respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos simbolizan que recuerdan el suceso traumático.

Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, ausente antes del trauma, tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas:

- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- Restricción de la vida afectiva e incapacidad para tener sentimientos de amor
- Sensación de un futuro desolador

Síntomas persistentes de aumento de la activación ausente antes del trauma, tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:

- Dificultades para conciliar o mantener el sueño
- Irritabilidad o ataques de ira
- Dificultades para concentrarse
- Hipervigilancia
- Respuestas exageradas de sobresalto

Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.

5.3.4 Atención psicológica

TABLA 11

Discapacidad por Guerra en Santander y Norte de Santander y atención psicológica de soldados (n=197), policías (n=20), reinsertados (n=20) y civiles (n=66), abril 2003

Atención Psicológica	Soldados	Policías	Reinsertados	Civiles
Si	37%	60%	15%	36%
No	63%	40%	85%	64%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Formulario para Identificar Lesiones y Síntomas de Estrés Postraumático en Personas con Discapacidad por Guerra - Aldemar Jutinico Vega. Aplicado en ACOSDEN, Hogar Jesús de Nazareth, Hospital Regional Militar de Santander, Hospital Universitario Ramón González, Dirección de Sanidad de la Policía en Bucaramanga y Cúcuta, MAZA, CORPOGUAYACAN.

Entre el 40% y el 85% de las personas con discapacidad por guerra en Santander y Norte de Santander no reciben atención psicológica. Esta deficiencia nos muestra la necesidad de implementar programas psicoterapéuticos y psicosociales que contribuyan a la rehabilitación integral de estas personas.

La rehabilitación de las personas con discapacidad no es suficiente ni termina con el implante de una prótesis o la asignación de bastones, muletas, andadores o sillas de ruedas.

Los sobrevivientes del conflicto armado necesitan acceso al tratamiento psicológico como parte integral de la reconstrucción de la sociedad en sentido amplio. Cualquier esfuerzo para la reconciliación de los colombianos ha de tener como prioridad las necesidades de rehabilitación de los discapacitados y sus comunidades.

La atención psicológica aporta diversos elementos que ayudan a mejorar la vida de la persona con discapacidad: mejoría en el sentido del yo, cambios en patrones inaceptables de comportamiento, mejores relaciones interpersonales, resolución de conflictos y mejor representación de sí mismo y el mundo.

Las psicoterapias proporcionan una relación afectuosa entre el paciente y el terapeuta; ofrecen un escenario protegido; ofrecen una explicación o fundamento para el sufrimiento del paciente; proporcionan al paciente una perspectiva nueva sobre el mismo y sus situaciones y una oportunidad para practicar nuevos comportamientos.

5.3.5 Expectativas que tiene con la vida

TABLA 12

Discapacidad por Guerra en Santander y Norte de Santander y expectativas con la vida en soldados (n=197), policías (n=20), reinsertados (n=20) y civiles (n=66), abril 2003

Expectativas con la vida	Soldados	Policías	Reinsertados	Civiles
Trabajar y/o estudiar	64%	75%	40%	77%
Seguir adelante	13%	10%	15%	12%
Recibir apoyo	10%	10%	0%	3%
Otro	7%	5%	25%	6%
No sabe	3%	0%	15%	2%
No responde	3%	0%	5%	0%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Formulario para Identificar Lesiones y Síntomas de Estrés Postraumático en Personas con Discapacidad por Guerra - Aldemar Jutinico Vega. Aplicado en ACOSDEN, Hogar Jesús de Nazareth, Hospital Regional Militar de Santander, Hospital Universitario Ramón González, Dirección de Sanidad de la Policía en Bucaramanga y Cúcuta, MAZA, CORPOGUAYACAN.

Entre el 40% y el 77% de las personas que participaron en este estudio tienen la expectativa de trabajar y estudiar, lo cual representa una base sólida para su rehabilitación integral.

El trabajo y el estudio, conjuntamente con la rehabilitación física y psicológica, hacen parte de una recuperación completa, que permite a la persona con discapacidad reintegrarse socialmente.

La expectativa de trabajar y estudiar también representa un indicador para que las instituciones gubernamentales definan programas y asignen recursos suficientes para que las personas con discapacidad por guerra puedan tener acceso a la educación y el trabajo.

Conclusión

Es necesario pensar en un programa dirigido a la rehabilitación integral de las personas con discapacidad y la prevención de la discapacidad por guerra, teniendo en cuenta el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad acordado por la ONU, de acuerdo al contexto social y cultural colombiano.

El análisis de la situación de las personas con discapacidad por guerra debe efectuarse en el complejo contexto de la realidad colombiana. Entendiendo que la responsabilidad fundamental de eliminar las causas y hacer frente a las consecuencias de este tipo de discapacidad recae en el gobierno nacional. Esto no reduce la responsabilidad de la sociedad en general, ni de los individuos y organizaciones. El gobierno debe ser el primero en despertar la conciencia de la ciudadanía en cuanto a los beneficios que se obtendrían para los individuos y la sociedad con la inclusión de las personas con discapacidad en todas las esferas de la vida social, económica y política. El gobierno debe velar también porque las personas que se ven en situación de dependencia debido a discapacidades graves tengan oportunidad de alcanzar niveles de vida iguales a los de sus conciudadanos. Las ONG pueden prestar asistencia al gobierno de diversa manera, formulando necesidades, sugiriendo soluciones adecuadas o prestando servicios complementarios a los prestados por las instituciones gubernamentales.

La discapacidad por guerra se puede prevenir tomando medidas conducentes al logro de la paz y la reconciliación nacional.

Los requisitos para el logro de la paz son el desarrollo económico y social, el suministro de servicios amplios a toda la población en la esfera humanitaria, la redistribución de los recursos y los ingresos económicos y el mejoramiento de los niveles de vida de la población. Es necesario realizar todos los esfuerzos posibles para impedir que la guerra se generalice y de lugar a más pobreza, hambre, sufrimientos, enfermedades, deficiencias de gran número de personas y destrucción de la infraestructura económica.

De no haber medidas eficaces, las consecuencias de la discapacidad añadirán obstáculos al desarrollo del país. Por tanto, es esencial que el gobierno nacional incluya en los planes de desarrollo general medidas inmediatas para la prevención de la discapacidad por guerra, para la rehabilitación de las personas y para la equiparación de oportunidades.

Las personas con discapacidad por guerra no forman un grupo homogéneo. Las personas con traumatismo raquídeo medular, amputaciones, trastorno por estrés postraumático, limitaciones visuales o auditivas, enfrentan problemas diferentes que han de superarse de manera diferente.

La prevención significa la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzca la discapacidad por guerra con todas sus secuelas físicas, psicológicas y sociales o a impedir que la discapacidad presente consecuencias psicológicas y sociales negativas.

La rehabilitación es un proceso de duración limitada con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con discapacidad por guerra alcance un nivel físico, mental y social funcional óptimo, proporcionándole así los medios para modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación

funcional y otras medidas encaminadas a facilitar la reinserción social.

Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad por guerra significa acceder a los medio físicos y culturales, la vivienda y el transporte, los servicios de salud, la educación y el empleo bien remunerado, la recreación y el deporte.

Los programas de prevención son fundamentales para reducir la incidencia de la discapacidad. Los principales elementos de tales programas son los siguientes:

- Las medidas más importantes para la prevención de la discapacidad por guerra son: el logro de la paz; mejoramiento de la situación educativa, económica y social de los grupos menos favorecidos; identificación de los tipos de discapacidad y de sus causas en los diversos contextos departamentales y regionales.
- Deben adoptarse medidas para identificar lo antes posible el tipo de lesiones y trastornos psicológicos ocurridos, seguidas de programas de rehabilitación para tratar a tiempo la discapacidad o, por lo menos, producir reducciones apreciables de su gravedad, y que puedan evitar asimismo que se convierta en ciertos casos en una condición permánente.

La rehabilitación integral incluye los siguientes tipos de servicios:

- Detección temprana, diagnóstico e intervención
- Atención y tratamiento médico
- Asesoramiento y asistencia social
- Atención y tratamiento psicológico
- Capacitación en actividades de autocuidado, incluidos los aspectos de la movilidad, la comunicación y las habilidades de la vida cotidiana, con las disposiciones especiales que se requieran, por ejemplo, para las personas con deficiencia auditiva, visual o mental
- Suministro de ayudas técnicas y de movilidad y otros dispositivos
- Servicios auditivos especializados
- Servicios de rehabilitación ocupacional, incluyendo orientación profesional y ubicación laboral
- Seguimiento y evaluación

En toda labor de rehabilitación hay que centrarse siempre en las aptitudes de la persona, cuya integridad y dignidad deben respetarse. Ha de prestarse la máxima atención al proceso normal de desarrollo y maduración de los niños y deben ser utilizadas las capacidades para el trabajo y otras actividades de los adultos con discapacidad.

En las familias de las personas con discapacidad por guerra y en sus comunidades existen recursos importantes para la rehabilitación. Al ayudar a dichas personas se debe hacer todo lo posible para mantener unidas sus familias, de modo que puedan vivir en sus propias comunidades, y para apoyar a las familias y los grupos comunitarios que trabajan en pro de este objetivo. Al planificar los programas de rehabilitación y de apoyo, es esencial tener en cuenta las costumbres culturales y las estructuras de la familia y de la comunidad y fomentar su capacidad de respuesta ante las necesidades de las personas con discapacidad.

Siempre que sea posible, se deben proporcionar servicios para las personas con discapacidad dentro de las estructuras sociales, de salud, educativas y laborales existentes en el país. Estas comprenden todos los niveles de la aten-

ción sanitaria; educación primaria, secundaria y superior; programas generales de capacitación profesional y ubicación en puestos de trabajo; medidas de seguridad social y servicios sociales. Los servicios de rehabilitación tienen por objeto facilitar la participación de las personas con discapacidad en servicios y actividades habituales de la comunidad. La rehabilitación debe tener lugar, en la mayor medida posible, en el medio natural, apoyada por servicios basados en la comunidad y por instituciones especializadas. Han de evitarse las grandes instituciones. Cuando se requieran instituciones especializadas, éstas deben organizarse de tal modo que garanticen una reintegración pronta y duradera de las personas con discapacidad en la sociedad.

Los programas de rehabilitación deben concebirse de tal modo que permitan a las personas con discapacidad participar en el diseño y la organización de los servicios que ellas y sus familias consideren necesarios. El gobierno debe proporcionar los medios y procedimientos para la participación de las personas con discapacidad en la toma de decisiones relativas a su rehabilitación. En el caso de las personas que no estén en condiciones de participar por sí mismas de forma adecuada en decisiones que afectan a sus vidas, por ejemplo, las personas con traumatismos graves, sus familiares o representantes designados con arreglo a la ley, deberán participar en la planificación y en la adopción de decisiones.

Se deben intensificar los esfuerzos encaminados a crear servicios de rehabilitación integrados en otros servicios y facilitar el acceso a los mismos. Estos servicios no deben depender de equipos, materias primas y tecnología costosa.

Para lograr los objetivos de igualdad y plena participación no bastan las medidas de rehabilitación orientadas hacia las personas con discapacidad por guerra. La experiencia ha demostrado que es, en gran parte, el medio el que determina el efecto de una discapacidad sobre la vida diaria de la persona. Una persona se ve abocada a la discapacidad cuando se le niegan las oportunidades de que dispone en general la comunidad y que son necesarias para los aspectos fundamentales de la vida, incluida la vida familiar, la educación, el empleo, la vivienda, la seguridad económica y personal, la participación en grupos sociales y políticos, las actividades religiosas, las relaciones afectivas y sexuales, el acceso a instalaciones públicas, la libertad de movimientos y el estilo general de la vida cotidiana.

A veces, las sociedades se ocupan sólo de las personas que están en plena posesión de todas sus facultades físicas y mentales. Las sociedades deben reconocer que, pese a los esfuerzos que se hacen en materia de prevención, siempre habrá un número de personas con deficiencias y discapacidades y que deben identificar y eliminar los obstáculos a la participación plena. Así, cuando es pedagógicamente factible, la enseñanza debe realizarse dentro del sistema escolar normal, el trabajo debe proporcionarse mediante empleo fijo y la vivienda facilitarse en la misma forma que para la población en general. El gobierno debe procurar que los beneficios obtenidos gracias a los programas de desarrollo lleguen también a los ciudadanos con discapacidad. En el proceso de planificación general y en la estructura administrativa de la sociedad, deben incorporarse medidas en este sentido. Los servicios especiales que pudieran necesitar las personas con discapacidad han de formar parte de los servicios generales de un país.

Lo dicho no se aplica solamente al gobierno. Todas las personas que tienen a su cargo empresas e instituciones deben facilitar el acceso a personas con discapacidad por guerra. Esto se refiere a entidades públicas de diversos niveles, a ONG, a empresas privadas y a personas naturales.

Las personas con discapacidad permanente que necesitan servicios de apoyo comunitario, ayudas técnicas y equipo que les permita vivir lo más normalmente posible, tanto en sus hogares como en la comunidad, deben tener acceso a tales servicios. Quienes viven con personas con discapacidad y les ayudan en sus actividades diarias deben también recibir apoyo, que les facilite el descanso y la distensión adecuados y oportunidades para desarrollar sus propias actividades.

El principio de igualdad de derechos entre personas con y sin discapacidad significa que las necesidades de todo individuo son de la misma importancia, que estas necesidades deben constituir la base de la planificación social y que todos los recursos deben emplearse de tal manera que garanticen una oportunidad igual de participación a cada individuo. Todas las políticas relativas a la discapacidad deben asegurar el acceso de las personas con discapacidad a todos los servicios de la comunidad.

Así como las personas con discapacidad tienen derechos iguales, tienen también obligaciones iguales. Es su deber participar en la construcción de la sociedad. La sociedad debe elevar el nivel de expectativas en lo que respecta a personas con discapacidad y movilizar así todos sus recursos para el cambio social. Esto significa, entre otras cosas, que a los jóvenes con discapacidad se les ha de ofrecer oportunidades de formación técnica y profesional y no pensiones de retiro prematuro o asistencia pública.

De las personas con discapacidad se debe esperar que desempeñen su papel en la sociedad y cumplan sus obligaciones como adultos. La imagen de las personas con discapacidad depende de actitudes sociales basadas en factores diferentes, que pueden constituir la mayor barrera a la participación y a la igualdad. Solemos ver la discapacidad por el bastón, las muletas, las ayudas auditivas y las sillas de ruedas, pero no a la persona. Es necesario centrarse sobre la capacidad de las personas con discapacidad y no en sus limitaciones.

En todo el mundo, las personas con discapacidad han empezado a unirse en organizaciones en defensa de sus propios derechos, para ejercer influencia sobre las instancias decisorias de los gobiernos y sobre todos los sectores de la sociedad. La función de esas organizaciones incluye abrir cauces propios de expresión, identificar necesidades, expresar opiniones sobre prioridades, evaluar servicios y promover el cambio y la conciencia pública. Como vehículo de autodesarrollo, tales organizaciones proporcionan la oportunidad de desarrollar aptitudes en el proceso de negociación, capacidades en materia de organización, apoyo mutuo, distribución de información y aptitudes y oportunidades profesionales. Dada su vital importancia para el proceso de participación, es imprescindible que se estimule su desarrollo.

Se debe elaborar y difundir información, a fin de mejorar la situación de las personas con discapacidad. Debe procurarse que todos los medios de comunicación masiva colaboren, divulgando estos temas al público y a los propios interesados de forma tal que se fomente la comprensión de las necesidades de éstos y se evite que prosperen los estereotipos y los prejuicios tradicionales.

En vista de que se conoce poco acerca del lugar que corresponde a las personas con discapacidad en las distintas culturas, lo que, a su vez, determina ciertas actitudes y normas de comportamiento, es preciso iniciar investigaciones sobre los aspecto socioculturales vinculados a las discapacidades. Ello permitirá comprender mejor las relaciones entre las personas con y sin discapacidad en las diversas culturas. Los resultados de estas investigaciones permitirán proponer enfoques adecuados a las realidades del entorno humano. Además, debe procurarse la elaboración de indicadores sociales relativos a la educación de las personas con discapacidad, para poder analizar los problemas asociados y planificar los programas consecuentes.

El gobierno debe formular un programa de investigación sobre las causas, tipos e incidencia de la discapacidad que causa la guerra, las condiciones económicas y sociales de las personas con discapacidad y la disponibilidad y eficacia de los recursos existentes para hacer frente a estos asuntos.

Tiene particular importancia que se investiguen las cuestiones sociales, económicas y de participación política que repercuten en las vidas de las personas con discapacidad por guerra y sus familias, así como la forma en que la sociedad se ocupa de dichos asuntos. Pueden obtenerse datos por medio de las oficinas nacionales de estadística; sin embargo, debe advertirse que es más probable que se obtengan resultados útiles mediante un programa de encuestas por hogares, destinado a recopilar información sobre las cuestiones relativas a la discapacidad.

Se necesita también estimular la investigación con miras al desarrollo de mejores ayudas y equipos para las personas con discapacidad. Deben consagrarse esfuerzos especiales para encontrar soluciones que sean apropiadas a las condiciones tecnológicas y económicas del país.

La investigación en el plano médico, psicológico y social ofrece posibilidades de aliviar la discapacidad de tipo físico, mental y social. Es necesario establecer programas en los que se identifiquen las esferas en que sea alta la probabilidad de lograr progresos mediante la investigación.

Los estudios en los siguientes campos son importantes, tanto para los países desarrollados como para los países en desarrollo:

- Investigación clínica orientada a prevenir las causas de la discapacidad por guerra; evaluación de la capacidad funcional de la personas desde el punto de vista médico, psicológico y social; y evaluación de los programas de rehabilitación, incluidos los aspectos de información.
- Estudios sobre frecuencia de las discapacidades, limitaciones funcionales de las personas que las tienen, condiciones en que éstas viven y problemas con que se enfrentan.
- Investigación sanitaria y de servicios sociales, que abarque el estudio de las ventajas y los costos de las distintas políticas de rehabilitación y atención, los medios de maximizar la eficacia de los programas y una búsqueda de otros enfoques posibles. Los estudios sobre atención comunitaria de las personas con discapacidad tendrían particular interés, mientras que el estudio y evaluación de programas experimentales, así como los programas generales de demostración, interesarían a todas las instituciones que trabajan en esta problemática. Existe

mucha información disponible que puede ser útil para el análisis secundario.

Se deberá estimular a las instituciones de investigación sobre salud y ciencias sociales para que realicen investigaciones sobre las personas con discapacidad por guerra y reúnan información al respecto. Las actividades de investigación aplicada son particularmente importantes para el desarrollo de nuevas técnicas relativas a la prestación de servicios, la preparación de materiales de información adecuados para grupos con idioma y cultura propios y la capacitación de personal conforme a las condiciones imperantes en cada región.

Es fundamental que se realice una evaluación periódica de la situación, en lo que concierne a las personas con discapacidad, y que se establezca una pauta para analizar los acontecimientos.

Ello permite establecer un sistema realista y práctico de obtención de datos, basados en recuentos totales o en muestras representativas, según proceda, respecto a las diversas discapacidades y, en particular, para preparar manuales y documentos técnicos sobre la manera de utilizar encuestas familiares para la compilación de tales estadísticas, que se utilizarán como instrumentos y marcos de referencia fundamentales en la iniciación de programas de acción en los años siguientes, con el fin de mejorar la situación de las personas con discapacidad.

ANEXOS

ANEXO 1

FORMULARIO PARA IDENTIFICAR LESIONES Y SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR GUERRA

ALDEMAR JUTINICO VEGA

1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Señale con una X:

1.2 Grupo poblacional al que pertenece: Militar___ Policía___ Reinsertado__CiviL___
Otro. Cuál? _____

1.2. Edad actual: _____

1.2. Sexo: Masculino____ Femenino____

1.4. Actualmente tiene empleo? Si ___ No ____

1.4. Escolaridad: Primaria _____ Secundaria _____ Técnica _____ Universitaria _____

2. CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN

2.1. Mes y año en que sufrió la lesión _____

2.2. Cómo ocurrieron los hechos que le causaron la lesión? _____
_____
_____

2.3. SEÑALE CON UNA X EL AGENTE QUE CAUSO LA LESIÓN

Código CIUO	Agente de la Lesión	
2335	Mina quiebrapatas	
2335	Mina antipersonal (cleymor, abanico, sombrero chino, cajón)	
2335	Granada de fragmentación	
2335	Granada de mortero	
2335	Granada de fusil	
2335	Bala de fusil	
2335	Bala de revolver	
2335	Bala de pistola	
2335	Bala de escopeta	
2246	Arma cortopunzante (Machete, cuchillo)	
5810	Terreno (sobre esfuerzo físico en un área de operaciones)	
8800	Situaciones estresantes (temor y situaciones de riesgo en combate)	
5620	Accidentes de vehículos motorizados	
2700	Agentes infecciosos	

2.4. SEÑALE CON UNA X LA PARTE DEL CUERPO AFECTADA

Código CIUO	Parte del cuerpo afectada	
110	Cerebro	
124	Oído interno	
140	Ojo	
148	Partes múltiples de la cara	
160	Bóveda craneal	
198	Partes múltiples de la cabeza	
200	Cuello (columna cervical y médula espinal)	
311	Brazo	
313	Codo	
315	Antebrazo	
330	Mano	
398	Partes múltiples de extremidades superiores	
410	Órganos internos del abdomen	
420	Músculos de la espalda	
420	Columna dorsal y médula espinal	
420	Columna lumbar y médula espinal	
430	Órganos internos del tórax	
440	Caderas	

450 498	Hombros Partes múltiples del tronco	
511	Muslo	
513	Rodilla	
515	Pierna	
530	Pie	
598	Partes múltiples de las extremidades inferiores	
700	Partes múltiples del cuerpo	
801	Sistema circulatorio (corazón, sangre, arterias, venas)	
810	Sistema digestivo	
820 830	Sistema excretorio (riñones, vejiga, intestinos) Sistema músculo-esquelético	
	(huesos, articulaciones, tendones, músculos)	
840	Sistema nervioso central (cerebro y médula espinal)	
850	Sistema respiratorio	
860	Varios sistemas orgánicos	
880	Sistema endocrino	

2.5. SEÑALE CON UNA X LA NATURALEZA DE LA LESIÓN

Código CIUO	Naturaleza de la lesión	
100	Amputación	
100	Enucleación (extirpación del ojo)	
130	Quemadura química	
140	Traumatismo cerebral	
150	Enfermedad infecciosa	
160	Traumatismo raquídeo-medular	
170	Cortada, pinchazo, herida abierta	
180	Erupción e inflamación de la piel	
190	Luxación, esguince	
210	Fractura, fisura ósea	
230	Pérdida de la audición	
250	Hernias	
260	Inflamación de las articulaciones, tendones y músculos	
290 310	Lesión de los tejidos Distensiones, desgarros, lumbalgias	
400	Lesiones múltiples	
999	Trastornos psicológicos	
310	Distensiones, desgarros, lumbalgias	

3. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

3.1. EXPOSICIÓN AL SUCESO TRAUMÁTICO

		SI	NO
3.1.1	Cuando ocurrió el suceso se sintió aterrorizado?		
3.1.2	Cuando ocurrió el suceso se sintió indefenso?		
3.1.3	Ha visto asesinar a otra persona?		
3.1.4	Ha visto herir a otra persona?		

3.2. SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

		SI	NO
3.2.1	Tiene pesadillas y sueños repetitivos relacionadas con el suceso?		
3.2.2	Tiene terrores nocturnos relacionados con el suceso?		
3.2.3	Se sobresalta por ruidos o situaciones que le recuerdan el suceso?		
3.2.4	Recuerda el suceso traumático así no quiera recordarlo?		
3.2.5	Se angustia cuando recuerda el suceso traumático?		
3.2.6	Súbitamente siente como si el suceso traumático estuviese sucediendo de nuevo aunque no estuviera ocurriendo?		
3.2.7	Trata de no pensar o hablar sobre el suceso?		
3.2.8	Evita lugares, personas o actividades que pueden recordarle el suceso?		
3.2.9	Se molesta cuando algo o alguien le recuerda el suceso?		
3.2.10	Suda o su corazón late rápidamente cuando recuerda el suceso?		
3.2.11	Después del suceso tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3.2.12	Después del suceso tiene dificultad para concentrarse?		
3.2.13	Después del suceso es agresivo con otras personas?		
3.2.14	Después del suceso se preocupa más por el peligro y es más cuidadoso?		
3.2.15	Después del suceso se sobresalta o asusta fácilmente por ruidos o movimientos comunes?		
3.2.16	Después del suceso se ha olvidado de parte o de todo lo que sucedió?		
3.2.17	Después del suceso se ha sentido aislado o alejado de otras personas?		

3.2.18	Después del suceso ha tenido dificultad para sentir amor o aprecio por otras personas?		
3.2.19	Después del suceso comenzó a pensar que no vale la pena vivir?		
3.2.20	Después del suceso siente deseos de llorar y a veces llora?		
3.2.21	Cree qué sería mejor para los demás si estuviera muerto?		
3.2.22	Después del suceso se siente triste y decaído?		
3.2.23	Ha estado molesto consigo mismo por su discapacidad?		
3.2.24	Después del suceso ha sido discriminado socialmente por su discapacidad?		
3.2.25	Las consecuencias del suceso han cambiado radicalmente su vida?		
3.2.26	Después del suceso ingiere licor por lo menos una vez a la semana?		

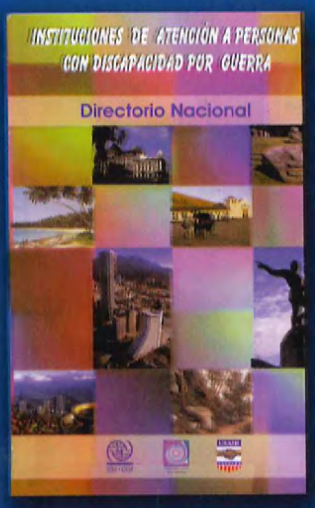
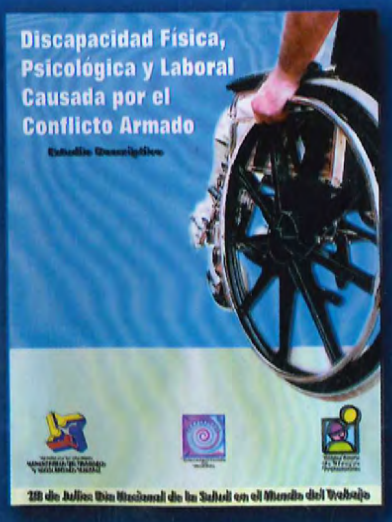
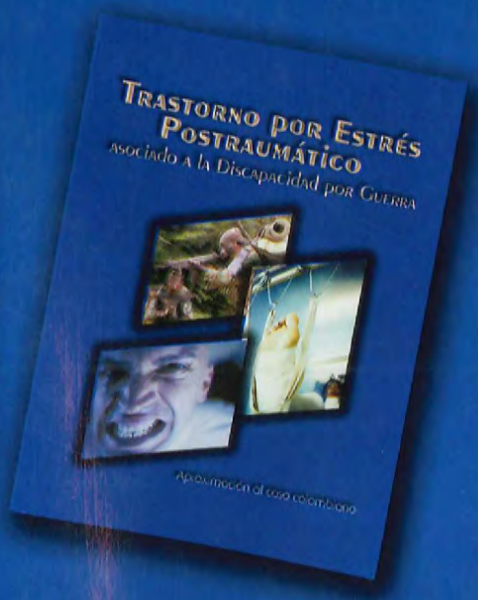
3.2.1. SEÑALE CON UNA X DURANTE CUÁNTO TIEMPO, DESPUÉS DEL SUCESO, HA PRESENTADO LOS SÍNTOMAS REPORTADOS:

1 mes ___ 6 meses ___1 año ___ 2 años___ 3 años ___ 4 años ___ Más de 5 años___

3.2.2. A RECIBIDO ATENCIÓN PSICOLÓGICA? SI ___ NO ___

Si ha recibido atención psicológica explique en qué ha consistido: _____

4. QUE EXPECTATIVAS TIENE CON SU VIDA? _____

Ciudad _____ Departamento _____ Fecha _____

Nuestras publicaciones: