



Artículo original

Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana



Carlos Gómez-Restrepo^{a,b,*}, Nathalie Tamayo-Martínez^a, Giancarlo Buitrago^a,
Carol Cristina Guarnizo-Herreño^{c,d}, Nathaly Garzón-Orjuela^e,
Javier Eslava-Schmalbach^{f,g}, Esther de Vries^a, Herney Rengifo^h, Andrea Rodríguezⁱ
y Carlos Javier Rincón^a

^a Departamento Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^c Department of Epidemiology and Public Health, University College London, Londres, Reino Unido

^d Department of Health Management and Policy, University of Iowa

^e Nutricionista Dietista, Bogotá, Colombia

^f Grupo de Equidad en Salud, Hospital Universitario Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

^g Centro de Desarrollo de Tecnología, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.), Bogotá, Colombia

^h Dirección de Promoción y Prevención, Ministerio de Salud y la Protección Social, Bogotá, Colombia

ⁱ Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud y la Protección Social, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de agosto de 2016

Aceptado el 11 de noviembre de 2016

On-line el 3 de diciembre de 2016

Palabras clave:

Violencia

Conflicto armado

Trastornos mentales

Salud mental

Encuesta nacional

RESUMEN

Antecedentes: La violencia en Colombia tiene una historia de más de 50 años. se calcula que entre 1985 y 2012 han fallecido 220.000 colombianos y cerca de 6.000.000 han sido desplazados por la violencia.

Objetivo: Describir y comparar las prevalencias de algunos problemas y trastornos mentales en la población adulta colombiana teniendo en cuenta las características del municipio respecto a su historia de violencia o conflicto armado.

Métodos: Se utilizaron los resultados de los adultos (mayores de 18 años) sobre algunos problemas y trastornos mentales de la ENSM de 2015, y se clasificaron los municipios según la presencia y la intensidad del conflicto utilizando la clasificación propuesta por la CERAC. Se realizó la medición de trastorno (con el CIDI-CAPI), problemas (con AUDIT, PCL modificado) y consumo de sustancias psicoactivas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgomez.restrepo@yahoo.com (C. Gómez-Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.11.001>

0034-7450/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Resultados: Se entrevistó a 10.870 personas, de las que 5.429 no habían cambiado de residencia. El 21,8% de los municipios sufrían conflicto permanente; el 65,5%, interrumpido, y solamente el 12,7% había sido pacificado o no tenía conflicto. La intensidad del conflicto se reportó alta en el 31,8%. Los municipios violentos presentaban prevalencias más altas de trastornos de ansiedad, depresivos, posible trastorno de estrés postraumático y consumo de cigarrillo. El consumo de alcohol era más frecuente en municipios con menor intensidad del conflicto.

Conclusiones: Los municipios clasificados como con altos niveles de violencia presentaban mayor prevalencia de trastornos mentales y de la mayoría de los problemas mentales.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Violence due to Armed Conflict and Prevalence of Mood Disorders, Anxiety and Mental Problems in the Colombian Adult Population

A B S T R A C T

Keywords:

Violence
Armed conflict
Mental disorders
Mental health
National survey

Background: Violence in Colombia has a history of over 50 years. Between 1985 and 2012 an estimated of 220,000 Colombians have died and about 6,000,000 have been displaced by violence.

Objective: To describe and compare the prevalence of some problems and mental disorders in the adult population in Colombia, taking into account the characteristics of the municipality, as regards its history of violence or armed conflict.

Methods: The results for adults (over 18 years) of some problems and mental disorders were taken from the ENSM-2015. The municipalities were classified according to the presence and intensity of the conflict using the classification proposed by the CERAC. Disorders were measured using CIDI-CAPI, and problems with AUDIT, modified PCL (Post-Traumatic Stress Disorder Checklist). An estimate was also made of psychoactive substances consumption.

Results: A total of 10,870 people were interviewed, of whom 5,429 had not changed residence. There was had permanent conflict in 21.8% of the municipalities, 65.5% had a discontinued conflict, and only 12.7% had been pacified or had no conflict. The intensity of the conflict was reported as high by 31.8% of the people. Violent municipalities have a higher prevalence of anxiety disorders, depression, possible Post-Traumatic Stress Disorder, and smoking. Alcohol consumption was more common in municipalities with less intense conflict.

Conclusions: The municipalities classified as having high levels of violence have a higher prevalence of mental disorders and the majority of the mental problems.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Introducción

Durante los últimos 50 años, Colombia ha vivido en situación permanente de conflicto armado interno, producto de complejos fenómenos de violencia política. Esta violencia se entiende como la «ejercida como medio de lucha político social con el fin de mantener, modificar, sustituir o destruir un modelo de Estado o de sociedad, o también, para destruir o reprimir a un grupo humano por su afinidad social, política, gremial, racial, ideológico o cultural, esté o no organizado. Esta violencia se expresa entonces, en una sociedad como la colombiana, a través de violaciones a los derechos humanos, infracciones graves al derecho internacional humanitario, acciones bélicas y violencia político-social»¹.

Ese conflicto interno causó entre 1985 y 2012 220.000 muertes (el 81,5% civiles y el 18,3% combatientes) y 5,7 millones

de personas desplazadas. Además, en ese periodo hubo 1.982 víctimas de minas antipersona y se perpetraron 1.982 masacres. Entre 1970 y 2010 hubo en Colombia 27.023 secuestros. Esto significa que, en promedio, cada hora se desplazaron 26 personas y cada 12 h se secuestró a 1 persona en Colombia².

Asimismo, en estos últimos 50 años, en Colombia hubo un aumento de la tasa de homicidios que se relaciona con el desarrollo de situaciones asociadas al actual ciclo de violencia: el problema del narcotráfico y el conflicto político-militar³.

Esta situación de violencia en Colombia ha tenido un impacto importante en la estabilidad y la estructura social que ha llevado a un deterioro de la calidad de vida y la salud física y mental de la población colombiana⁴.

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en Colombia en el año 2015 (ENSM 2015) entre el 10,4 y el 10,7% de la población adulta ha sufrido un trauma relacionado con

crímenes comunes, el 7,9% con conflicto armado y un 6,1-7,7% con violencia doméstica⁵.

Esta asociación entre salud mental y exposición a diferentes formas de violencia se ha observado en distintos contextos. Personas que estuvieron expuestas a eventos de guerra tienen más riesgo de sufrir trastornos mentales incluso 10 años después de los sucesos, con prevalencia de trastorno depresivo o de ansiedad casi en la mitad de ellos y estrés postraumático en un tercio, aunque se han reportado cifras diversas^{6,7}, incluso en población colombiana desplazada⁸⁻¹⁰. Sin embargo, hasta la fecha no se han realizado estudios poblacionales con representatividad nacional que describan la prevalencia de problemas y trastornos mentales relacionados con circunstancias de violencia por conflicto armado en la población adulta según la exposición del lugar de residencia.

El objetivo de este artículo es describir y contrastar las prevalencias de algunos problemas y trastornos mentales de la población adulta en Colombia según la ENSM 2015, teniendo en cuenta las características del municipio de residencia respecto a su historia de violencia o conflicto armado, considerando presencia e intensidad del conflicto y describiendo a la población total y la población que permaneció en la residencia.

Material y métodos

Problemas y trastornos mentales

La prevalencia de problemas y trastornos mentales en la población adulta de Colombia se obtiene a partir de la ENSM 2015. La ENSM es una encuesta de ámbito nacional basada en una submuestra de la muestra maestra de estudios poblacionales para salud del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. La población de referencia para este estudio fueron personas mayores de 18 años no institucionalizadas; la muestra es de tipo probabilístico, estratificada por sexo, edad (18-44 y ≥ 45 años) y las 5 regiones del país⁵.

Para la evaluación de los trastornos mentales, se utilizó la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta asistida por computador (CIDI-CAPI 3.0), con criterios diagnósticos del DSM-IV¹¹. Se evaluaron las prevalencias de vida de trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno depresivo menor, trastorno afectivo bipolar, otros trastornos afectivos bipolares (incluido el tipo II), trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social, además del módulo de conducta suicida. Para evaluar el consumo de alcohol, se utilizó el AUDIT, la versión corta para cribado y el instrumento completo (AUDIT-A)¹². Para definir la variable pobreza se utilizó el Índice Multidimensional de Pobreza (IMP)^{13,14}. Además, se diseñó una encuesta para indagar sobre el consumo de sustancias psicoactivas, basada en la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST)¹⁵. La validación de estas herramientas se llevó a cabo durante la ENSM 2015 mediante una revisión completa de los indicadores y componentes de las encuestas por el comité técnico y definido por expertos para posterior análisis y realización de los ajustes necesarios para su aplicación local⁵.

Para evaluar las reacciones a eventos traumáticos, se consideró el uso de la PCL-C (*Posttraumatic Check List-Civilian version*), en la que se mantuvieron las mismas preguntas relacionadas

con síntomas¹⁶, con el punto de corte propuesto por Brewin¹⁷. Sin embargo, se modificó el marco temporal, pues se preguntó por los síntomas en los últimos 12 meses y su frecuencia como diariamente (2-6 veces a la semana), al menos cada semana, 1-3 veces al mes y menos de 1 vez al mes o sin el síntoma. De esta forma, las personas que entraron con posible estrés postraumático tenían mayor frecuencia de síntomas que los reportados en la escala original¹⁸.

Clasificación de municipios según los niveles de violencia

Para este estudio se utilizó la tipología de municipios de Colombia según el conflicto armado interno, clasificación propuesta por el Centro de Recursos para el Análisis de Conflictos (CERAC). Se utilizó la información reportada por el Sistema de Análisis y Registro de Acciones de Conflicto (SERAC), una base de datos diseñada por CERAC para el registro de acciones de conflicto¹⁹ que considera eventos violentos como la unidad de datos que se incluyen en el análisis²⁰.

A partir de datos sobre presencia de grupos armados del conflicto interno y el número de eventos del conflicto en municipios de Colombia, se construyó una clasificación categorizando a los municipios según la presencia y la intensidad del conflicto entre 2000 y 2012²¹. La variable presencia incluye 4 categorías: a) persistente si había grupos armados durante todo el periodo; b) interrumpido si durante el periodo había años sin presencia de grupos armados; c) finalizado si en los últimos 8 años del periodo no hubo evidencia de presencia de grupos armados, y d) sin conflicto si no hubo evidencia de presencia de grupos armados durante el periodo.

La variable intensidad incluye 2 categorías relacionadas con el promedio de eventos del conflicto armado en cada municipio durante el periodo de estudio respecto a la media nacional (alta y baja intensidad). En resumen, cada municipio de Colombia fue categorizado según la presencia del conflicto durante el periodo de observación, que representa la existencia y la duración del conflicto, y la intensidad, que representa la magnitud con la cual el conflicto ha afectado a cada municipio (en comparación con la media nacional).

Análisis

Se presentan las prevalencias estratificadas de los problemas y trastornos mentales según la exposición a conflicto armado de los municipios, y se estiman las *odds ratio* (OR) según la clasificación de los municipios por intensidad del conflicto. Para evaluar de manera más precisa el efecto de la exposición en estos desenlaces, se analizaron las prevalencias en las personas que no cambiaron de residencia y se excluyó a las que cambiaron por cualquier razón, como desplazamiento forzado o para mejorar condiciones de vida.

Se calcularon los porcentajes e intervalos de confianza del 95% (IC95%) de cada una de las variables en estudio utilizando el método de linealización mediante series de Taylor para la estimación de la varianza en encuestas complejas utilizando STATA 14^{22,23}. Al estimar la precisión de los resultados, se calcularon los coeficientes de variación (CV). En su interpretación, los menores del 16,6% se consideran confiables desde el punto de vista estadístico, los que se encuentran entre el 16,6 y el 33,3% deben ser evaluados con precaución

Tabla 1 – Descripción de la muestra

	Muestra total	Permanece en municipio de residencia habitual
Muestra, n	10.870	5.429
Población representada, n	32.754.304	16.616.084
Sexo		
Varones	4.384 (40,3)	2.163 (39,8)
Mujeres	6.486 (59,7)	3.266 (60,2)
Estado civil		
Casado o unión libre o en pareja	6.016 (55,3)	2.906 (53,5)
Separado, viudo o divorciado	1.962 (18,1)	900 (16,6)
Soltero	2.892 (26,6)	1.623 (29,9)
Región		
Central	2.173 (20,0)	1.008 (18,6)
Atlántico	2.361 (21,7)	1.409 (26,0)
Bogotá	1.726 (15,9)	801 (14,8)
Oriental	2.577 (23,7)	1.091 (20,1)
Pacífica	2.033 (18,7)	1.120 (20,6)
Zona		
Urbana	8.277 (76,2)	3.883 (71,5)
Rural	2.593 (23,9)	1.546 (28,5)
Pobreza		
Hogares no en pobreza	9.548 (87,8)	4.680 (86,2)
Hogares en pobreza	1.322 (12,2)	749 (13,8)

Salvo otra indicación, los valores expresan n (%).

Tabla 2 – Descripción de los municipios

	Municipios	Adultos encuestados
Conflicto permanente	24 (21,8)	5.125 (47,2)
Conflicto interrumpido	72 (65,5)	4.791 (44,1)
Conflicto pacificado	10 (9,1)	606 (5,6)
Sin conflicto	4 (3,6)	348 (3,2)
Intensidad		
Alta	35 (31,8)	5.998 (55,2)
Baja	75 (68,2)	4.872 (44,8)
Total	110 (100)	10.870 (100)

Los valores expresan n (%).

y los que resultan mayores se consideran imprecisos y están identificados en las tablas²⁴.

Resultados

Se considera que los resultados de las 10.870 personas son representativos de la población colombiana de 18 o más años (total, 32.754.304 individuos). En la tabla 1 se presentan las características de la población total y de quienes permanecieron en el municipio de residencia habitual (no han cambiado de residencia) y en la tabla 2, la clasificación de exposición a violencia de los municipios en los que vive la población encuestada y la distribución de los encuestados.

La tabla 2 demuestra que el muestreo resultó en una sobrerrepresentación de población de municipios afectados

por la violencia; la mayoría de la población encuestada (47,2%) vivía en municipios con violencia permanente.

La tabla 3 y la tabla 4 presentan la información de las prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad generalizada, fobia social y trastorno de pánico en la vida, posible estrés postraumático, intentos de suicidio en la vida, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas dividido en toda la población adulta colombiana y en la población que nunca ha cambiado de municipio, es decir, excluidos los que se han desplazado por cualquier causa, como la violencia, para tener una estimación más precisa del efecto de la exposición de los eventos de interés en los problemas mentales medidos. Se encuentra que, de los encuestados procedentes de municipios con «conflicto permanente», el 10,8% tenía cualquier trastorno del afecto o ansiedad en la vida, cifra que se redujo al 7,2% en municipios con «conflicto interrumpido» ($p < 0,05$). Dicha reducción es incluso mayor en los municipios que tenían «conflicto pacificado» y municipios «sin conflicto». Igualmente, estas cifras en la población total son levemente más altas que en la población que permaneció en el municipio de residencia. La misma tendencia se evidenció en los intentos de suicidio (el 2,9 frente al 0,9%), mientras que del posible estrés postraumático (EPT) la prevalencia más alta se observó en municipios con conflicto interrumpido, aunque no es significativa (tabla 3).

La prevalencia de trastornos fue significativamente más alta en municipios con alta intensidad de conflicto, tanto en el grupo total como en el grupo de adultos que permaneció en el municipio de residencia habitual, con prevalencias relativamente más bajas en los últimos; esto se corrobora con las estimaciones, que resultan en OR=1,4 (IC95%, 1,2-1,8) y OR=1,7 (IC95%, 1,3-2,4) respectivamente. No se demostró diferencia alguna en posible estrés postraumático o suicidio según la presencia de conflicto o su intensidad, en toda la población y la que no se ha desplazado (tabla 3).

El consumo de marihuana fue mayor en los municipios con conflicto permanente que en los municipios con conflicto interrumpido y en los de alta frente a los de baja intensidad. La estimación que relaciona el consumo de marihuana y la intensidad del conflicto resultó en OR=1,6 (IC95%, 1,2-2,3) para toda la población y OR=2,3 (IC95%, 1,4-3,9) para quienes no han cambiado de municipio. Con relación al consumo de otras sustancias psicoactivas ilegales, para toda la población fue OR=2,6 (IC95%, 1,6-4,1), mientras que para quienes no cambiaron de municipio fue OR=2,3 (IC95%, 1,1-4,9); sin embargo, el CV en este grupo fue >33,3%. El consumo excesivo de alcohol fue mayor en los municipios donde el conflicto se ha pacificado, pero no hubo diferencias en el patrón de consumo problemático, las dependencias y el consumo de cigarrillo según la intensidad de exposición al conflicto (tabla 4).

La prevalencia de haber estado expuesto a cualquier evento traumático fue mayor entre las personas que vivían en municipios en conflicto permanente (44,3%; IC95%, 42,1%-46,5%) que entre las que vivían en municipios sin conflicto (34,9%; IC95%, 27,9%-42,6%). Asimismo es consistentemente mayor la exposición específica a eventos traumáticos relacionados con conflicto armado en municipios con exposición fuerte e interrumpida (13,4%; IC95%, 10,5%-16,9%) y sin conflicto (5,4%; IC95%, 3,1%-9,1%).

Tabla 3 – Prevalencia de problemas y trastornos mentales según la exposición a conflicto en el municipio de residencia y entre las personas que nunca han cambiado de residencia

Variables de municipios	Muestra total, % (IC95%)			Sin cambio de municipio de residencia habitual, % (IC95%)		
	Trastorno	EPT	Suicidio	Trastorno	EPT	Suicidio
<i>Conflicto permanente</i>	10,8 (9,4-12,4)	2,9 (2,2-3,9)	2,9 (2,3-3,8)	9,9 (8-12)	2,6 (1,7-4)	2,2 (1,5-3,1)
<i>Conflicto interrumpido</i>	7,2 (6,2-8,3)	3,3 (2,3-4,8)	2,3 (1,8-2,8)	5,9 (4,8-7,3)	4,8 (2,9-7,8)	1,6 (1,1-2,4)
<i>Conflicto pacificado</i>	5,9 (3,4-9,9)	1,8* (0,7-4,5)	0,9* (0,3-2,5)	3,8* (1,9-7,2)	2,3* (0,7-7,6)	1,1* (0,3-4)
<i>Sin conflicto</i>	6,4 (3,5-11,2)	2,3* (0,7-7,3)	3,1* (1,5-6,4)	2,9* (1,2-7,1)	0	2,0* (0,5-7,8)
<i>Intensidad</i>						
Alta intensidad	10,2 (8,9-11,7)	2,7 (2-3,7)	2,8 (2,2-3,6)	9,3 (7,7-11,3)	2,6 (1,7-3,9)	2,1 (1,5-2,9)
Baja intensidad	7,3 (6,4-8,4)	3,5 (2,5-4,9)	2,2 (1,7-2,7)	5,6 (4,5-6,9)	4,7 (2,9-7,4)	1,6 (1,1-2,3)
Total	9,1 (8,2-10,1)	3,0 (2,4-3,7)	2,6 (2,1-3,1)	8,0 (6,8-9,3)	3,2 (2,3-4,4)	1,9 (1,5-2,5)

EPT: posible estrés postraumático; IC95%: intervalo de confianza del 95%; suicidio: intento de suicidio; trastorno: cualquier trastorno en la vida (trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno depresivo menor, trastorno afectivo bipolar, otros trastornos afectivos bipolares —incluido el tipo II—, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social).

* Estimaciones con $CVE > 33,3\%$, por lo que son imprecisas.

Fuente: autores con base en ENSM 2015 y SERAC.

Discusión

Los resultados de este estudio indican que hay relación entre haber sufrido trastornos del afecto (depresión mayor, distimia, trastorno afectivo bipolar), de ansiedad (trastorno de pánico, ansiedad generalizada y fobia social) en la vida y vivir en zonas de conflicto actual, con mayor riesgo para aquellos con exposición de intensidad alta. Además, al evaluar a la población que ha permanecido en el mismo municipio, es decir los que no han cambiado la exposición al conflicto, se mantiene la misma diferencia de mayor prevalencia de trastornos, aunque tiende a ser más baja si se analiza a toda la población del municipio, por lo que sería útil evaluar estos indicadores según el cambio de residencia.

Aunque estos resultados no son comparables con los de otros estudios, dadas las diferencias metodológicas en el muestreo y que parte de la población estudiada en esta encuesta se encuentra aún en exposición a eventos de guerra; estos datos están en concordancia con una mayor prevalencia de trastornos mentales en personas que estuvieron expuestas a eventos de guerra^{25,26}, con prevalencias de depresión actual del 12,1–47,4%²⁷ en países ubicados en la península de los Balcanes, de un riesgo de depresión más o menos el doble que el de las personas no expuestas (OR = 2,2; IC95%, 1,7-2,9 y OR = 2,4; IC95%, 1,9-2,9)^{25,26}.

Las prevalencias de posible EPT entre los municipios con y sin conflicto no son comparables, dado que las reportadas en los municipios sin conflicto son imprecisas, y la prevalencia no es diferente según la intensidad en los que hay conflicto, aunque la población expuesta sí reporta mayores prevalencias de lo menos 1 evento traumático y eventos traumáticos relacionados con conflicto armado. Un estudio de Sudán del Sur entrevistó a personas con tiempos variables de exposición y de desplazamiento (sin desplazamiento, desplazados internamente o refugiados), y encontró prevalencias de EPT del 36,3%, y las mujeres tenían el doble de riesgo que los varones y las personas que se habían desplazado, más del doble (OR = 1,8)²⁵. En población que había estado expuesta a eventos de guerra

10 años antes en países de los Balcanes, se reportaron prevalencias entre el 10,6 y el 35,4%²⁷, y entre los refugiados hacia Alemania, Reino Unido e Italia, de un 18,9-54,9%, con diferencias significativas entre estos dos estimadores⁷.

Además, puede haber circunstancias psicosociales como, por ejemplo, la cercanía del lugar de origen y similitudes culturales, que hacen diferente la prevalencia de problemas mentales relacionados con la exposición a eventos de guerra en relación con el desplazamiento. Por ejemplo, 10 años después del desplazamiento, la población que reportó haber vivido eventos traumáticos de guerra en Yugoslavia y se desplazó a Alemania y Reino Unido tenía prevalencias más altas (el 67,8 y el 56,6%) que quienes se desplazaron a Italia (42,1%)⁷. Otra consideración es la magnitud de la exposición; en la encuesta realizada en los 5 países ubicados en la península de los Balcanes, la prevalencia de los trastornos mentales es constantemente más baja en Macedonia (menor intensidad del conflicto) que en Kosovo y Serbia (mayor intensidad)²⁷.

No fueron diferentes las prevalencias de consumo problemático de alcohol y consumo de cigarrillo, aunque sí el consumo excesivo de alcohol, en los municipios con conflicto pacificado comparados con los de conflicto interrumpido, además del consumo de marihuana y otras sustancias psicoactivas en los municipios con mayor intensidad del conflicto. Se podría proponer algunas explicaciones para el hallazgo de mayor consumo excesivo de alcohol en municipios con conflicto pacificado. Primero, los actores armados podrían haber ejercido mayor control de la disponibilidad de alcohol y las dinámicas sociales relacionadas con su consumo en los municipios con conflicto más permanente. Segundo, en municipios con conflicto pacificado, la percepción de los riesgos asociados al consumo excesivo podría ser menor, lo cual desestimularía este tipo de consumo. Sin embargo, en nuestro conocimiento, no hay estudios que hayan evaluado la relación entre consumo de alcohol y presencia de conflicto, una relación que podría ser análoga a la de los estudios lo han valorado según el nivel de bienestar de las comunidades a través del estado socioeconómico (SES), que encontraron un nivel de consumo de alcohol similar o mayor en SES alto que

Tabla 4 – Prevalencia de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas según la exposición a conflicto en el municipio de residencia y entre las personas que nunca han cambiado de residencia

Variables municipios	Muestra total, % (IC95%)					
	Consumo de alcohol			Consumo de sustancias psicoactivas (vida)		
	Riesgo o dependencia	Excesivo	Cigarrillo	Marihuana	Otras	Consumo de alcohol
Consumo de alcohol						
Riesgo o dependencia	11,0 (9,8-12,3)	9,4 (8,1-11)	5,2 (4,4-6,1)	5,2 (4,2-6,4)	3,6 (2,6-4,9)	10,6 (9,1-12,4)
Excesivo	9,5 (8,3-10,8)	9,3 (8,2-10,6)	5,4 (4,6-6,4)	3,0 (2,4-3,8)	1,3 (0,9-1,9)	9,1 (7,4-11,1)
Cigarrillo	8,6 (6,1-12)	15,2 (10,9-20,6)	4,8 (2,6-8,9)	2,1* (1-4,6)	0,3* (0,1-1,2)	7,3 (4,3-12)
Marihuana	12,4 (7,6-19,6)	12,5 (8,1-18,9)	3,5 (1,9-6,5)	1,9* (0,7-5,2)	3,8* (1,7-8,2)	12,6* (6-24,6)
Otras						
Consumo de sustancias psicoactivas (vida)						
Excesivo	10,5 (9,4-11,7)	9,2 (7,9-10,6)	5,2 (4,5-6)	4,9 (3,9-6)	3,3 (2,5-4,5)	8,8 (7,1-10,9)
Riesgo o dependencia	10,0 (8,8-11,3)	10,8 (9,5-12,2)	5,3 (4,4-6,3)	3,0 (2,4-3,8)	1,3 (0,9-1,9)	9,9 (8,3-11,7)
Cigarrillo						13,7 (9,2-19,8)
Marihuana						9,5* (4,5-18,8)
Otras						0,7* (0,1-5,1)
Consumo de alcohol habitual, % (IC95%)						
Riesgo o dependencia						3,6* (1,5-8,7)
Excesivo						3,6* (1,5-8,7)
Cigarrillo						5,0 (4-6,2)
Marihuana						5,0 (4-6,3)
Otras						2,6 (1,9-3,7)
Consumo de sustancias psicoactivas (vida)						
Excesivo						2,9 (2,1-4,1)
Riesgo o dependencia						1,2* (0,6-2,3)
Cigarrillo						0
Marihuana						3,5* (0,8-13,4)
Otras						

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

en SES bajo²⁸, donde estas relaciones están mediadas por otros factores culturales, de empleo, etnia y sexo, entre otros, que hay que considerar²⁸⁻³⁰. El alcance y el diseño de este estudio no permiten dar cuenta de esas otras potenciales variables de confusión, pero aparece una relación análoga a la de esos autores. Esto requiere nuevos estudios que puedan comparar otras características de la población y el consumo de alcohol.

Una fortaleza de este estudio es que la muestra de la encuesta tiene representatividad nacional. Igualmente, haber usado instrumentos para la medición de trastornos mentales y de problemas por consumo de alcohol; la clasificación de la exposición a violencia, que tuvo un seguimiento de 12 años, cuando aún hay poblaciones afectadas. Finalmente, evaluar el cambio de municipio de residencia de manera independiente tomándolo como un evento traumático relacionado con la guerra. Una limitación es que la clasificación de la exposición, que es por distribución geográfica, no discrimina la exposición individual a eventos de guerra. Sin embargo, este estudio también muestra que la población que vive en los municipios catalogados como «en conflicto» reportan más eventos traumáticos, aunque se podría estar subestimando los valores, dado que las grandes áreas urbanas están catalogadas como expuestas, y en ellas el riesgo individual de exposición de los sujetos puede ser diferente del que ocurre en las poblaciones pequeñas. Tampoco se estudió a la población que se ha desplazado por problemas relacionados con el conflicto, y es posible que tenga indicadores diferentes que quienes estuvieron expuestos pero no se desplazaron. Finalmente, la modificación de algunos instrumentos limita la comparabilidad con otros estudios.

Estos resultados nacionales son insumo para orientar acciones poblacionales intersectoriales que promuevan la salud mental y permitan fortalecer la resiliencia, las habilidades para la vida y el desarrollo humano. Son los primeros resultados poblacionales de Colombia que se conocen, y por ello se constituyen en un insumo para preparar intervenciones efectivas para la población que ha sufrido los embates del conflicto armado.

Conclusiones

Estos datos indican que la proximidad y la persistencia de eventos de conflicto armado se relacionan con una mayor prevalencia de problemas y trastornos mentales, lo cual lleva a la necesidad de planear intervenciones desde la salud pública que permitan mitigar el daño, tanto en situación de conflicto como tras este. La asociación entre estas variables es compleja y se entrelazan otros aspectos como el tipo de exposición, la intensidad, el tiempo ocurrido, posiblemente haberse desplazado y las características culturales que podrían influir en la adaptación y la capacidad de resiliencia de los individuos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

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

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

La encuesta fue financiada por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social, contrato 762-2013.

BIBLIOGRAFÍA

- Nuestros Datos ¿En cuestión? *Cinep Justicia y Paz*. 2004; 28:1-11.
- Caro Peralta EA, Grupo de Memoria Histórica. ¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. *Anu Colomb Hist Soc y la Cult*. 2014 Oct;41:339.
- Franco S. Momento y contexto de la violencia en Colombia. *Rev Cuba Salud Publica*. 2003;29:18-36.
- Ayala Muñoz L. La violencia en Colombia: una aproximación desde la salud mental. *Cuad Hispanoam Psicol*. 2002;2:13-36.
- Ministerio de salud, COLCIENCIAS. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I. 2015. 384 p.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet (London, England)*. 2005 Apr;365:1309-14.
- Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015 Oct;15.
- Alejo E, Rueda G, Ortega M, Orozco C. Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Univ Psychol*. 2007;6:623-35.
- Echenique C, Medina LM, Medina A-R, Ramírez A. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de reestablecimiento en Sincelejo. *Psicol desde el Caribe*. 2011 Apr;0.
- Sinisterra M, Figueroa S, Moreno V, Robayo M, Sanguino F. Prevalencia del trastorno de estrés post traumático en población en situación de desplazamiento en la localidad de Ciudad Bolívar Bogotá. Colombia 2007. *Psychol Av la Discip*. 2010 Jul;4:83-97.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62:617-27.
- Ministerio de la Salud y Protección Social de la República de Colombia, COLCIENCIAS CN de I en E y T en SC. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol- 2013. Guía N° 23 [Internet]. Bogotá. Colombia; 2013. 630 p. Available from: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guías-PDF-Recursos/OH/GPC_Completa.OH.pdf
- Consejo Nacional de Política Económica y Social, PND. Metodologías Oficiales y Arreglos Institucionales para la Medición de la Pobreza en Colombia. 2012.
- Angulo R, Diaz Y, Pardo R. Multidimensional Poverty in Colombia, 1997-2010. 2013.
- OPS O. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2011. Available from: <http://www.eutimia.com/ops/>
- Veterans Affairs UD. PTSD Checklist – Civilian Version (PCL-C). 1994.
- Brewin CR. Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *J Trauma Stress*. 2005 Feb;18:53-62.
- MSPS, Colciencias, Universidad J. Protocolo de investigación de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. 2014.
- Restrepo J, Spagat M, Vargas J. The Dynamics of the Colombian Civil Conflict: A New Data Set. Vol. 21, *Homo Oeconomicus*. 2004. 396-428 p.
- Restrepo JA. Special Data Feature; The Severity of the Colombian Conflict: Cross-Country Datasets Versus New Micro-Data. *J Peace Res*. 2006 Jan;43:99-115.
- CERAC. Tipología de los municipios de Colombia según el conflicto armado interno. 2004.
- Kolenikov S. Resampling variance estimation for complex survey data. *Stata Journal*. 2010;10:165-99.
- JNK R, CFJ W. Journal of the American Statistical Association. Resampling inference with complex Surv data. 1988;83:231-41.
- 5.0 Data accuracy and quality.
- Roberts B, Damundu EY, Lomoro O, Sondorp E. Post-conflict mental health needs: a cross-sectional survey of trauma, depression and associated factors in Juba, Southern Sudan. *BMC Psychiatry*. 2009;9:7.
- Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement. *JAMA*. 2009 Aug;302:537.
- Priebe S, Bogic M, Ajdukovic D, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, et al. Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 May;67:518-28.
- Collins SE. Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes. *Alcohol Res*. 2016;38:83-94.
- Bryden A, Roberts B, Petticrew M, McKee M. A systematic review of the influence of community level social factors on alcohol use. *Health Place*. 2013 May;21:70-85.
- Karriker-Jaffe KJ, Zemore SE, Mulia N, Jones-Webb R, Bond J, Greenfield TK. Neighborhood disadvantage and adult alcohol outcomes: differential risk by race and gender. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012 Nov;73:865-73.