

REPERCUSIONES PSICOSOCIALES DE LOS ATENTADOS DINAMITEROS MEDELLÍN-COLOMBIA, 1990

Constanza Forero Pulido *

Liria Pérez Peláez *

María Elena Ceballos *

Napoleón Hernández Sepúlveda **

Laura Alicia Laverde de B. ***

Graciela Hurtado Villegas ****

Soraida Delgado Sierra *****

Resumen

El artículo expone parte de la investigación Repercusiones psicológicas y físicas de los atentados dinamiteros. Se presentan los resultados referentes a las repercusiones psicosociales, sentidas por las personas afectadas.

Los hallazgos demuestran que las personas lesionadas y no lesionadas experimentaron principalmente miedo, inseguridad y llanto como forma de expresar el grado de tensión a que se vieron enfrentadas. Se plantean algunas recomendaciones para que se esta-

* Profesoras Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

** Profesor Departamento de Física, Universidad de Antioquia.

*** Profesora Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

**** Enfermera Jefe de Docencia, Cruz Roja de Antioquia.

***** Ingeniera Sanitaria Jefe Oficina de Prevención y Atención de Desastres, Metrosalud.

blezcan programas de rehabilitación para atender a quienes sufren secuelas físicas y psicoafectivas.

Palabras claves

Violencia

Atentado dinamitero

Ondas explosivas

Manifestaciones psicoafectivas

Secuelas

Introducción

En Colombia la situación de desprotección de las comunidades frente a los desastres es grande, debida en parte a la alta vulnerabilidad por su posición geográfica y la situación política del país.

La investigación *Repercusiones psicosociales y físicas de los atentados dinamiteros, Medellín, 1990*, trata una temática necesaria y de gran actualidad para quienes laboran en el área de la salud y, para todos aquellos que de manera directa e indirecta han integrado en su actividad la participación ciudadana.

La investigación incluye, los objetivos y el marco teórico en que se fundamenta el análisis, y se presentan los resultados agrupados en tres partes, la primera hace referencia a los daños en la estructura física; la segunda parte, analiza el tipo y la gravedad de las lesiones que sufrieron las personas en el momento de la explosión, el tratamiento recibido en las instituciones donde fueron atendidas y las secuelas que dejaron las lesiones; y la tercera, analiza las manifestaciones psicoafectivas sentidas por las personas lesionadas y afectadas en los atentados.

Se hacen las comparaciones para cada sector y se analizan las diferencias encontradas, en algunos casos se generaliza el análisis conjunto para los tres sectores.

En este artículo se incluye además de los objetivos y el marco teórico el análisis e interpretación de los datos correspondientes a las manifestaciones psicoafectivas experimentadas por los lesionados y no lesionados.

Se espera que los resultados de esta investigación contribuyan a una mejor comprensión de las repercusiones que sobre la población tienen este tipo de

atentados, para lograr una mejor atención inmediata y para que a largo plazo se establezcan programas de rehabilitación para atender las secuelas físicas y psicoafectivas.

1. Justificación y objetivos

1.1 Justificación

A pesar del desarrollo científico y tecnológico, de la profundidad lograda en el cultivo de los valores culturales morales y filosóficos que le son propios, la humanidad no ha podido aún incorporar en su cotidianidad como forma característica de coexistencia, la tolerancia y el respeto por las ideas ajenas.

Esto ha llevado a que en la actualidad todavía subsistan movimientos de carácter ideológico, político, religioso, racial, que tienen por principio fundamental, el empleo de la violencia, entre ésta los atentados dinamiteros, como forma de imponer sus puntos de vista.

A estos fenómenos causantes de calamidad social se suman los de origen natural, causados por los desastres geográficos, los desbordamientos, derrumbes, inundaciones y terremotos tan comunes en países como el nuestro, donde los programas preventivos y de atención impulsados por el Estado, atenúan los daños ocasionados, pero resultan insuficientes ante las calamidades de grandes proporciones como las vividas en la historia reciente del país.

Son pocos los estudios realizados con el objeto de profundizar en el análisis de estas situaciones desde una perspectiva física, fisiológica, psicológica y social. Sólo en algunos países en los que son comunes este tipo de problemas se vienen haciendo algunas publicaciones con cierta periodicidad en las que se tratan estos aspectos.

Consideramos que las situaciones de violencia ocurridas en Medellín entre 1989-1990, hacen que quienes trabajan en salud y en aquellas áreas que de alguna manera tienen relación con el mejoramiento de las comunidades vean con preocupación el sinnúmero de lesionados y de pérdidas. En los dieciséis atentados ocurridos en Medellín entre abril y julio de 1990, con un total de 419 víctimas entre las que hubo 54 muertos; de éstos el 66,0% ocurrieron en el lugar del atentado y el resto fallecieron en las primeras 24 horas.

De los 365 lesionados, el 83,6% fueron atendidos en instituciones hospitalarias, la gran mayoría tuvieron lesiones menores, principalmente de la piel y tejido celular subcutáneo y algunos presentaron lesiones en cabeza y en miembros inferiores.

Además de las lesiones sufridas por los seres humanos se observó también, daños en viviendas, vehículos automotores, fluido eléctrico, acueducto y alcantarillado pero la cuantía de las pérdidas no ha podido ser precisada. Tampoco se han establecido programas gubernamentales tendientes a brindar protección social a los afectados.

Los diferentes tipos de violencia que se han generado en nuestro país especialmente aquella donde un gran número de civiles se han visto afectados por atentados dinamiteros hacen necesaria la realización de estudios tendientes a precisar los tipos de lesiones tanto físicas como psíquicas, los daños en la economía y en la infraestructura, lo cual permitirá elaborar un registro sistemático de daños para poder establecer medidas con el fin de prevenir las consecuencias.

Se considera importante investigar este tema para demostrar las consecuencias que estas situaciones tienen sobre la población y la infraestructura y, por este medio sustentar la importancia para la inclusión en los programas estatales de prevención y atención de los desastres. Estos estudios son importantes y necesarios en nuestro medio, porque permiten hacer, a partir de los resultados, reflexiones éticas frente a las condiciones socio-políticas que generaron los atentados.

Como en todo trabajo investigativo la ética en el manejo de la información y la voluntariedad del individuo para suministrar los datos, es un punto importante para considerar. Los investigadores de este trabajo están comprometidos con esta temática desde tiempo atrás y tienen el convencimiento que los resultados redundarán en beneficio no solo para nuestra comunidad, sino para comunidades que eventualmente puedan estar sometidas a este tipo de presiones.

Por último, se considera que en toda comunidad debe haber un principio de equidad y de ayuda mutua, por tanto la comunidad general debe beneficiarse de las experiencias traumáticas de otros miembros de ésta.

1.2 Objetivo general

Describir cómo afectan a las personas y a la infraestructura las explosiones teniendo en cuenta la carga de dinamita, su radio de acción y las repercusiones físicas, fisiológicas, afectivas, económicas y sociales.

1.3 Objetivos específicos

—Identificar los efectos de la carga explosiva de acuerdo con el radio de acción y con las características urbanísticas del lugar.

—Caracterizar la comunidad expuesta a la explosión teniendo en cuenta las variables sociodemográficas.

—Describir la morbimortalidad inmediata, mediata y tardía de las personas expuestas a la explosión.

—Valorar los efectos psicosociales y económicos sentidos por la comunidad afectada.

—Identificar los daños en las estructuras teniendo en cuenta las características físicas y su relación con la onda explosiva.

—Precisar el sistema de atención en salud recibida, teniendo en cuenta la institución y el tipo de lesión.

2. Marco teórico

2.1 Antecedentes de la violencia

La creciente frecuencia de actos terroristas en todo el mundo ha llevado al personal de salud a enfrentar situaciones complejas debido a la gravedad de las lesiones que producen los atentados y al número de víctimas que en un momento dado, hay que atender.

La violencia tiene múltiples expresiones que no excluyen pero sí sobrepasan la dimensión política. Para de Roux¹ el concepto de la violencia es una dimensión política, una totalidad que en este momento se plantea, donde se niega a todos la garantía de la vida y se han ido creando y estableciendo

unas realidades sociales, culturales, políticas, psicológicas que amenazan y atentan contra el derecho a la vida.

Se ha fomentado una cultura de la violencia en la cual todos hemos participado de manera progresiva y donde a cada momento negamos al otro los más elementales derechos. Abad Gómez² decía que la violencia es una creación cultural y por tanto artificial, según el autor, los seres humanos podemos ser violentos o pacíficos de acuerdo con las circunstancias, que hacen que el hombre sea esencialmente emocional y cambiante, y potencialmente violento, pero el hombre también es racional y capaz de actuar en consecuencia con su racionalidad, cuando se le brinda la oportunidad de crecer y vivir en un medio que no le sea hostil.

Desde el punto de vista epidemiológico se ha estudiado más la mortalidad que la morbilidad ocasionada por la violencia; no obstante, sus formas han ido cambiando y recientemente una de las modalidades de la violencia son los atentados dinamiteros. Es preciso estudiar la magnitud de los daños a los seres humanos, lo cual implica una comprensión de la historia natural, la epidemiología, la fisiopatología y las secuelas dejadas en las víctimas de los atentados terroristas.

Teóricamente las lesiones corporales en el ser humano son causadas por varios factores; el aumento súbito de la presión, el impacto del aire comprimido, el paso de la onda explosiva a través del cuerpo, la presión negativa, los fragmentos de metralla y proyectiles secundarios. Juega también un papel en estas lesiones la acción tóxica de los gases y las altas temperaturas generadas por la explosión.

Los estudios que inició Pierre Jars en el siglo XVIII no han avanzado tanto como se han desarrollado los elementos de destrucción por explosiones y proyectiles. Para explicar los efectos de las explosiones, se hace necesario describir los conceptos físicos y biofísicos fundamentales, como cantidad de movimiento, energía, ondas, propagación y velocidad de las ondas, principio de superposición, amortiguamiento, intensidad y sonido.

Estos conceptos permiten entender lo que sucede antes y durante la explosión de una bomba; las perturbaciones causadas, los efectos del proyectil,

las ondas térmicas y expansivas generadas, la intensidad de los niveles de energía y potencia desarrollados, cómo y en qué grado son afectados los seres humanos y la infraestructura física.

2.2 Efectos biofísicos de las explosiones

Teóricamente, las lesiones corporales producidas por una onda explosiva son causadas por el paso de ésta a través del cuerpo, dando como resultado una desintegración de los tejidos en la interfase aire-líquido a través del efecto de expansión y explosión.

Los órganos que contienen aire, tales como los oídos, pulmones e intestino son los más susceptibles de esta forma de lesión, con lesiones intestinales predominantes.

Las manifestaciones radiológicas y patológicas de las lesiones en estos órganos, toman la forma de una hemorragia del parénquima y laceraciones similares a una contusión, con muertes inmediatas frecuentemente causadas por un embolismo de aire coronario o cerebral. Las muertes tardías generalmente son atribuidas a una insuficiencia pulmonar progresiva.

Los efectos secundarios de la explosión son causados por el movimiento y la presión dinámica de la onda explosiva; y los efectos terciarios, son causados por el desplazamiento del cuerpo de la víctima hacia otros objetos, lesión que predomina entre los sobrevivientes de los atentados terroristas, la mayoría de estas lesiones son relativamente menores y no amenazan la vida. Los efectos misceláneos de una explosión incluyen quemaduras, inhalación de gases nocivos y lesiones de aplastamiento causadas por el derrumbamiento de los edificios.³

Las lesiones causadas por la onda térmica (el flash), producen extensas pero superficiales quemaduras de las partes del cuerpo expuestas, especialmente cara y manos. Las quemaduras profundas son otras de las posibles consecuencias de una explosión.⁴

Las lesiones debidas a la lluvia de proyectiles, fragmentos de metal de la bomba, madera, concreto y vidrio, pueden ser una gran variedad, y están determinadas por el tamaño de los fragmentos y el lugar de la lesión.⁵

Otro fenómeno registrado son las fracturas, dislocaciones y esguinces; las fracturas en la cabeza, cuello, tronco, extremidades, y las fracturas múltiples son las más comunes.⁶

Aunque los tejidos blandos y las lesiones de las extremidades son predominantes entre los sobrevivientes, no contribuyen a la mortalidad a excepción de las amputaciones traumáticas las cuales causan un promedio del 10,0% de las muertes. Las lesiones de cabeza contribuyen con el 71,0% de las muertes inmediatas y el 52,0% de las posteriores.⁷

El total de las víctimas de una explosión se ven afectadas por un shock emocional que causa severas alteraciones psicoafectivas y que algunos autores entre ellos Molchanov⁸ han denominado el "Síndrome de guerra", y se manifiestan con algunas enfermedades, entre las que han sido descritas por la literatura se encuentra la sordera, crisis asmáticas, procesos inflamatorios, coronariopatías, hipertensión arterial, alteraciones digestivas funcionales, principalmente la úlcera gástrica.

El total de víctimas de una explosión se ve afectado por un shock emocional que causa severas afecciones psicoafectivas que pueden ser inmediatas o a largo plazo y, que se manifiestan de diferentes maneras.

Todas estas reacciones varían de acuerdo con la tipología de la explosión, las características individuales como la personalidad básica, la edad, el sexo, el ambiente sociocultural, las responsabilidades personales así como el apoyo recibido por parte de vecinos, amigos y comunidad. Otros aspectos que también influyen son, la densidad de la población afectada, su composición y el grado de cohesión y preparación para enfrentar situaciones de desastre.

Las reacciones de las personas también están influenciadas por la cercanía de sus seres queridos, y de sus bienes al área del desastre, la pérdida o no de personas y bienes significativos.

En las reacciones tanto inmediatas como mediatas influye la percepción que la persona tenga acerca de la situación; quienes la perciben como muy severa y traumática necesariamente tendrán una respuesta de mayor tensión y presentarán mayores efectos.

Crocq⁹ describe los traumatismos psíquicos generados por el shock emocional como reacciones emotivas exageradas que pueden ser efímeras y generalmente no dejan secuelas; y reacciones neuróticas que son duraderas con reacciones psicológicas consideradas como graves y en algunos casos, aparecen tardíamente.

Debido al ambiente de violencia ya enunciada en este contexto los problemas de salud mental, adquieren una dimensión relevante por las múltiples tensiones generadas por la violencia y que afectan en mayor o menor grado toda la población.

El término "mental" según Stolkiner¹⁰ engloba en su denominación una serie de hechos, conductas o acciones sociales que son diversas y comprenden una amplia gama de comportamientos como el alcoholismo, la depresión, el duelo, la delincuencia juvenil, todos los cuales se imbrican en lo biológico, lo social y lo histórico. Estas conductas se han agudizado en nuestro medio y en ello parece jugar un papel importante los cambios socioculturales que se han llevado a cabo y tienen su génesis en la violencia social que ha vivido el país.

A través de nuestra práctica profesional hemos podido constatar que en general la población tiene comportamientos que indican tensiones y preocupaciones frente a su familia, y de manera primordial expresan su inquietud por la seguridad y el futuro de los niños.

El doctor Alonso Ojeda¹¹ Jefe de un centro de atención básica señala que en el servicio de urgencias que él dirige, desde 1989 se han aumentado las consultas y se atendieron personas con lo que él denomina "síndrome de angustia", en las que incluye cefaleas, taquicardias, gastritis, adormecimiento de manos y de piernas, estas consultas son una manifestación de los altos niveles de ansiedad y temor que producen en el ser humano el sentimiento de estar cerca a la muerte. Esto es reforzado por el concepto de algunos psicólogos y psiquiatras quienes expresan que las situaciones de tensión conducen a trastornos psicósomáticos y a comportamientos que parecen paralizar o disminuir las actividades cotidianas de las personas y llevarlas a tomar decisiones precipitadas y posiblemente equivocadas. Estas actitudes tienen repercusiones en el colectivo ciudadano porque en situaciones de crisis tienen mayores repercusiones los hechos que las palabras.

Los efectos sobre la sociedad en general y los individuos en particular, han conducido al país a una emergencia social donde se hace patente la incapacidad de los gobernantes para enfrentar los problemas que han generado, lo cual hace que la población cada día este más afectada y por tanto su salud mental se vea más deteriorada.

2.3 Limitaciones del estudio

El estudio tiene algunas limitaciones que están fuera del control de los investigadores y ameritan ser consignadas.

El tiempo transcurrido entre la ocurrencia del evento y la recolección de los datos, es la limitación más preponderante ya que algunos residentes de los sectores, cambiaron de residencia y no fue posible ubicarlos, igualmente los residentes de aquellas viviendas que quedaron totalmente destruidas y aún no han sido reconstruidas, tampoco fue posible ubicarlos.

Además se ha considerado que los seres humanos hacemos un manejo diferente de las situaciones de tensión y, por tanto es posible que algunas persona hayan olvidado aspectos que para ellas eran particularmente dolorosos, y no deseen hablar del evento por razones de índole afectiva. Estas limitaciones fueron respetadas teniendo en cuenta el principio ético de aceptación para responder el formulario y participar en el estudio sin ningún tipo de presión por parte de los investigadores.

3. Diseño

3.1 Metodología

El estudio es descriptivo, retrospectivo a 1990 y a través del cual se buscó precisar los efectos de las explosiones sobre las personas presentes en el sector y los daños en los inmuebles de los sectores afectados.

Los sectores seleccionados para el estudio fueron, en la comuna II calle 44 con carrera 74, que en este contexto se denominó sector 1, en la misma comuna, calle 49 entre carreras 68 y 69 que se denominó sector 2, y en la comuna 14, carrera 43B entre calles, 11A y 11B se identificó como sector 3.

De los atentados dinamiteros que afectaron la ciudad de Medellín entre 1989-1990 se decidió tomar como muestra estos tres sectores porque se consideró que eran representativos por la magnitud de los efectos sobre estas zonas de la ciudad.

Dos de los sectores, el 1 y el 3, están ubicados en zonas que se pueden designar como mixtas; es decir, donde habían locales comerciales, oficinas y residencias; el sector 2 es eminentemente residencial.

En cuanto a la distribución de los inmuebles en el Sector 1 se encontró que el 80,0% eran locales comerciales, el 12,0% viviendas y el 8,0% oficinas. En el Sector 2, las viviendas representaron el 72,5%, las oficinas el 15,0% los locales comerciales el 10,0% y un 2,5% que no fue especificado.

La distribución para el Sector 3 mostró que el 51,5% de los inmuebles estaban destinados a locales comerciales, el 30,6% a viviendas, el 14,5% a oficinas y un 3,2% sin especificar a qué estaba destinado.

En el Anuario Estadístico de Antioquia 1989, se halló la información correspondiente a los estratos. Se encontró la siguiente descripción de los estratos 4 y 5 que fue donde ocurrieron las explosiones. En cuanto a la estructura física del estrato 4 (sectores 1 y 3) se describe que la población habita en casas independientes o apartamentos en zonas residenciales técnicamente planeadas. En cuanto a la distribución espacial de los inmuebles del estrato 4, se encuentra que están debidamente divididos en manzanas, barrios bien conformados, con viviendas amplias de acuerdo con la evolución y desarrollo original de la ciudad.

En el estrato 5 (sector 2) la estructura física, según el Anuario Estadístico, corresponde a amplias residencias por lo general unifamiliares de dos pisos, localizadas en sitios preferenciales de la ciudad, con buena arborización y antejardines. Poseen conjuntos residenciales de construcción más reciente técnicamente planeados y financiados por firmas urbanizadoras.

Ambos estratos poseen todos los servicios públicos para uso exclusivo de los habitantes, tienen vías pavimentadas y facilidades de transporte urbano.

La observación del sector 1 muestra calles amplias arborizadas, las edificaciones del sector son en su mayoría de dos plantas y los primeros pisos están dedicados al comercio y oficinas y el segundo piso a viviendas.

Frente al lugar donde estalló la bomba, había una sala de cine de una sola planta, que en el momento de la explosión estaban remodelando y en la volqueta utilizada para llevar los escombros aparentemente colocaron la carga explosiva.

El sector 2 como ya se dijo es, residencial. En el momento de recolectar la información la gran mayoría de las residencias ya estaban reparadas aunque aún permanecen algunos lotes donde habían inmuebles que aún no han sido reconstruidos.

En este sector hubo limitación para la obtención de los datos y según los informes algunas familias cambiaron de residencia, posiblemente eran aquellos que vivían en casas arrendadas.

La observación del sector 3, muestra una zona residencial con edificios de apartamentos bien mantenidos y donde también se ubicaban oficinas y locales comerciales. Considerando que este sector es una parte antigua de la ciudad algunas de sus calles no son amplias pero sí están en buen estado. Comparado con los demás sectores este tiene menos arborización.

3.2 Muestra

El diseño de la muestra se hizo a partir de los mapas de las zonas afectadas por las explosiones, se trazó el radio de acción de la onda teniendo en cuenta la posible carga y se definieron los límites.

Con base en esta delimitación se hizo una observación en el terreno de cada uno de los sectores con el fin de demarcar adecuadamente las manzanas y las cuadradas afectadas.

3.3 Fuentes de información

Los datos primarios se obtuvieron de las personas que habitaban o trabajaban en cada uno de los sectores y que aún permanecían en la zona. Como se mencionó en el diseño teórico una limitante prevista y encontrada en la recolección de los datos fue que algunas personas ya no vivían en el sector,

bien porque sus viviendas quedaron totalmente destruidas o porque prefirieron mudarse a otras zonas de la ciudad. Hubo otras personas que a pesar de continuar viviendo y trabajando en los sectores, no dieron los datos o lo hicieron de manera parcial. En general omitieron los datos referentes a los costos de la reconstrucción, los servicios de salud y los honorarios pagados a los profesionales.

En cuanto a los locales comerciales se encontró que algunos negocios no existían debido a las pérdidas económicas o los propietarios prefirieron darles otra razón social.

Para la obtención de los datos también se recurrió a fuentes secundarias, los registros existentes en las instituciones que conforman la red metropolitana de urgencias, se consultaron el registro de ingreso, las historias clínicas de las instituciones donde fueron atendidos los lesionados de los tres sectores, y los registros de la oficina de atención de desastres del Instituto Metropolitano de Salud-Metrosalud.

En estos registros se encontraron datos completos referentes a la localización, tipo de lesiones y su categorización. No tenían datos completos de las variables sociodemográficas, lo cual limitó el análisis.

Para la recolección de la información primaria y secundaria se diseñó un formulario que consta de dos partes. La primera contempla la identificación del inmueble, teniendo en cuenta ubicación, características y daños ocasionados por la explosión. En la segunda parte del formulario, se hace la descripción de cada uno de los habitantes del inmueble, se incluyen datos sociodemográficos, localización y efectos de la explosión, lesiones, gravedad, manifestaciones psicoafectivas y los costos de servicios de salud y funerarios.

La validación del formulario se hizo a través de jueces quienes lo revisaron e hicieron sugerencias. Posteriormente se realizó la prueba piloto y con base en ésta se introdujeron ajustes al instrumento final.

Los datos secundarios de las fuentes fueron obtenidos por los investigadores de los registros clínicos para lo cual se contó con la colaboración de las instituciones de salud.

3.4 Recolección de datos

La recolección de los datos primarios se obtuvo de las personas que vivían o trabajaban en el sector en el momento de la explosión. Como ya se mencionó no fue posible obtener una información total de los sectores. Pensamos que si bien los datos recolectados no permiten hacer inferencia a toda la población de Medellín sí los consideramos representativos de los sectores estudiados.

Se considera también que en este tipo de situaciones juega un papel primordial la condición humana, con sus potencialidades para afrontar situaciones difíciles y a su vez con grandes limitaciones por el temor y la inseguridad a que se ven enfrentados en este tipo de eventos, se piensa que los hallazgos de esta investigación, la primera en nuestro medio, permitirá avanzar en la búsqueda de alternativas para la prevención y atención de los afectados por las explosiones dinamiteras. También es necesario e importante resaltar la pulcritud con que se manejaron los datos obtenidos, lo cual permite como ya se dijo, hacer algunas inferencias que pueden ser valiosas y necesarias dadas las condiciones actuales del país.

4. Análisis e interpretación de los resultados

Partiendo de la premisa que este es un estudio descriptivo y no fue posible obtener la totalidad de la información para cada sector; el análisis de los datos se hizo con medidas estadísticas acordes con el tipo de estudio. Se construyeron algunos índices de riesgo que si bien desde el punto de vista epidemiológico no pueden ser generalizados a toda la población sí fueron contruidos con todo el rigor para que puedan ser entendidos en la dimensión que se les da en el contexto de la investigación, y puedan servir de apoyo para estudios similares.

El análisis primordial y teniendo en cuenta los objetivos propuestos, es un análisis cualitativo que se hizo a partir del contexto social, económico, educacional y de las manifestaciones psicoafectivas de las personas afectadas por las explosiones.

4.1 Manifestaciones psicoafectivas

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos de la investigación buscaba valorar los efectos psicológicos y económicos sentidos por la comunidad

afectada, se obtuvieron los datos referentes a las manifestaciones psicoafectivas relacionadas por los afectados en los atentados dinamiteros objeto de este estudio.

En este aparte se presenta el análisis de la información referente a las secuelas físicas y psicoafectivas y el número de las mismas en los lesionados. También se analizan las manifestaciones psicoafectivas sentidas por los no lesionados

Se obtuvo información del 63,6% de los lesionados y los porcentajes más altos fueron 53,5% para el Sector 1 y 74,0% para el Sector 3. Es importante resaltar que los datos obtenidos mostraron que la mayoría de los lesionados tuvieron secuelas. Al hacer la razón de los que presentaron secuelas, se encontró que fue 5,6 es decir, por cada persona que no tuvo secuelas hubo casi 6 personas que sí quedaron con secuelas.

Los datos mostraron que de los individuos lesionados que presentaron secuelas el 41,2% tuvieron secuelas físicas y psicoafectivas, el 38,2% secuelas psicoafectivas y el 20,6% físicas.

En cuanto a los tipos de manifestaciones psicoafectivas sentidas por los lesionados, algunas de las personas experimentaron más de una manifestación.

Al analizar estos datos se encontró que sintieron miedo el 22,7%, inseguridad el 13,6%, insomnio el 15,5% y fueron las más relacionadas por los lesionados (Figura 1).

Los datos correspondientes al número de manifestaciones psicoafectivas sentidas por los lesionados de cada uno de los sectores, mostraron que el 44,4% tuvieron dos manifestaciones psicoafectivas y el 40,7% entre tres y cuatro.

Al analizar cada uno de los sectores se encontró que el comportamiento fue muy similar, aquellos lesionados con dos y tres manifestaciones obtuvieron los mayores porcentajes.

Estas manifestaciones psicoafectivas indican el grado de tensión a que se han visto sometidas las personas afectadas por los atentados dinamiteros, según Bravo y Rubio,¹² los estresores son aquellos hechos o condiciones ambientales que provocan gran tensión y desencadenan un estado de alte-

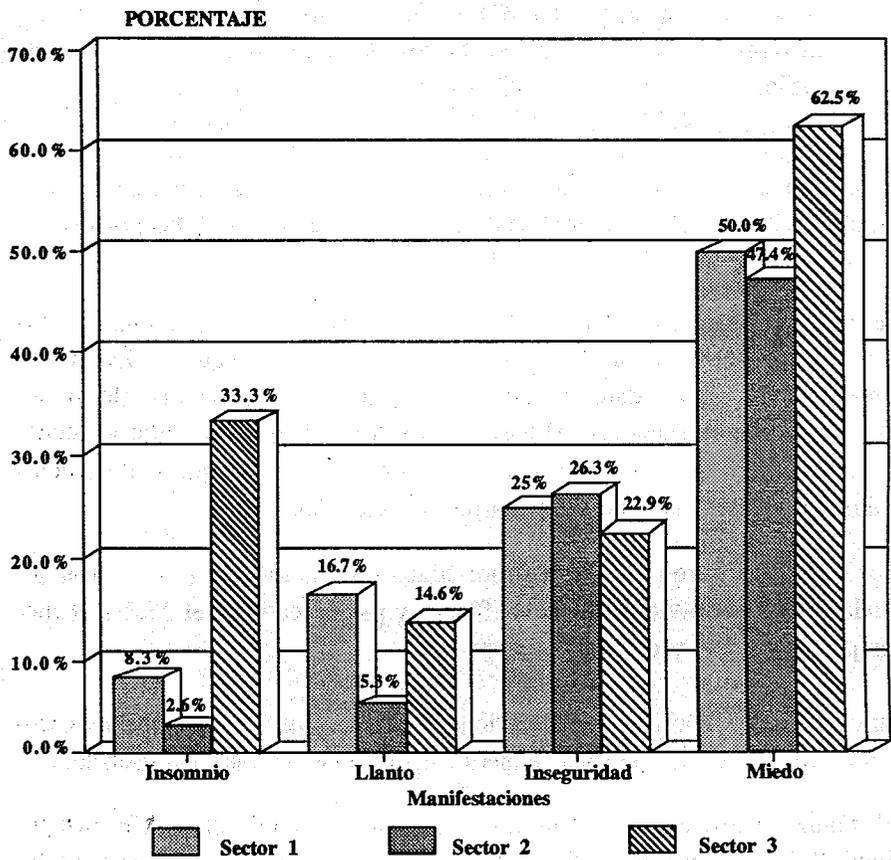


Figura 1 Distribución porcentual de las manifestaciones psicoafectivas en los lesionados, según sector (Medellín, 1990)

ración en el organismo humano, y el grado de tensión que se experimenta está relacionado con la duración del evento y el control que el individuo pueda tener sobre la situación.

Si se tiene en cuenta que para muchos lesionados la situación tuvo una duración de varias semanas donde con frecuencia recordaban y sobre lo cual no tenían ningún control, es entonces explicable y predecible el sinnúmero de manifestaciones psicoafectivas experimentadas y vividas por las personas lesionadas.

El 58,2% de los no lesionados tuvieron secuelas de origen psicoafectivo y el 40,8% expresaron no haber experimentado ningún tipo de manifestación psicoafectiva.

Es posible que las personas hayan hecho una negación de la situación dadas las condiciones de amenaza a que se sintieron expuestas por vivir en el Sector, al dolor experimentado por las pérdidas afectivas, las lesiones sufridas por los seres queridos, y las pérdidas económicas.

Algunas experimentaron enfermedades de tipo psicossomático que según lo describe Richtsmeir,¹³ las más frecuentes después de un desastre son, las gastritis, náuseas, vómito, diarrea, constipación, cansancio físico, mental y cefalea.

Al analizar las manifestaciones psicoafectivas de las personas no lesionadas de los sectores 1 y 2, se encontró que el 50,0% en cada sector presentó este tipo de secuelas y en el sector 3 el porcentaje ascendió al 66,7%. Entre los lesionados las secuelas psicoafectivas fueron el 38,2% y las físicas y psicoafectivas el 41,2%; entre los no lesionados las secuelas psicoafectivas ascendieron al 58,2%, es evidente que la gran mayoría de la población expuesta a estos atentados dinamiteros han experimentado algún grado de deterioro en su salud mental.

Las manifestaciones psicoafectivas en los no lesionados se presentaron en porcentajes mayores que en los lesionados; se piensa que en esto influyó el hecho que la responsabilidad económica y afectiva fue asumida totalmente por quienes no sufrieron lesiones personales y se vieron sometidas a grandes presiones afectivas, sociales y económicas y debido a éstas tuvieron mayores manifestaciones psicoafectivas.

Los lesionados se vieron enfrentados a la pérdida de su imagen corporal y de su calidad de vida, de manera temporal, pero por hallarse lesionado con grandes o menores limitaciones recibieron una mayor atención física, psicológica y afectiva, y posiblemente lograron elaborar de una manera más adecuada el duelo ante los diferentes tipos de pérdidas.

Cuando Freud,¹⁴ analiza el duelo, habla de una reacción ante la pérdida de un ser amado, o la pérdida de una abstracción como la libertad, la patria, un ideal. Las personas también hacen duelo ante las pérdidas económicas

y tangibles. Una de las características del duelo puede ser la pérdida de interés hacia el mundo exterior y sus realidades. El *yo* toma tiempo antes que logre liberarse del objeto perdido y reiniciar de nuevo su vida.

Según Solomon,¹⁵ el duelo es una respuesta normal ante una pérdida. No obstante, algunas personas no logran la resolución del duelo y caen en una depresión que les consume tanta energía psíquica que les queda muy poca para otros fines.

Si bien en el contexto de este trabajo se tuvieron en cuenta únicamente las manifestaciones psicoafectivas ya enunciadas, es posible que entre las personas afectadas algunas hayan sufrido lesiones psíquicas más profundas y necesitaron tratamiento profesional para lograr enfrentar su situación.

Las manifestaciones psicoafectivas en las personas no lesionadas permitió determinar que en los 3 sectores el miedo fue la mayor manifestación en el 55,1%, seguido por la inseguridad el 24,5%, estas dos manifestaciones también obtuvieron los mayores porcentajes en las personas lesionadas (Figura 2).

Tanto el miedo como la inseguridad son manifestaciones evidentes y tangibles y son congruentes con lo expresado en la literatura donde se menciona que los seres humanos tienen miedo frente a situaciones amenazantes y concretas o las que perciben como tal y esto hace que su comportamiento se torne inseguro.

En el sector 1, se encontró que el 16,7% de los no lesionados presentaron llanto, e insomnio y el 16,6% tuvieron sentimientos de soledad.

En el sector 2, las manifestaciones psicoafectivas con mayor porcentaje, después de la inseguridad y el miedo, fueron la irritabilidad y los sentimientos de soledad con el 7,9% para cada una de estas manifestaciones.

En el Sector 3, las manifestaciones fueron muy diversas, como ya se dijo el miedo tuvo un porcentaje alto, seguido del insomnio que se presentó en el 33,3% de las personas. Un porcentaje menor presentaron manifestaciones que no se evidenciaron en los otros dos sectores, tales como la pérdida de apetito el 8,3% y la negación de la situación el 4,2%

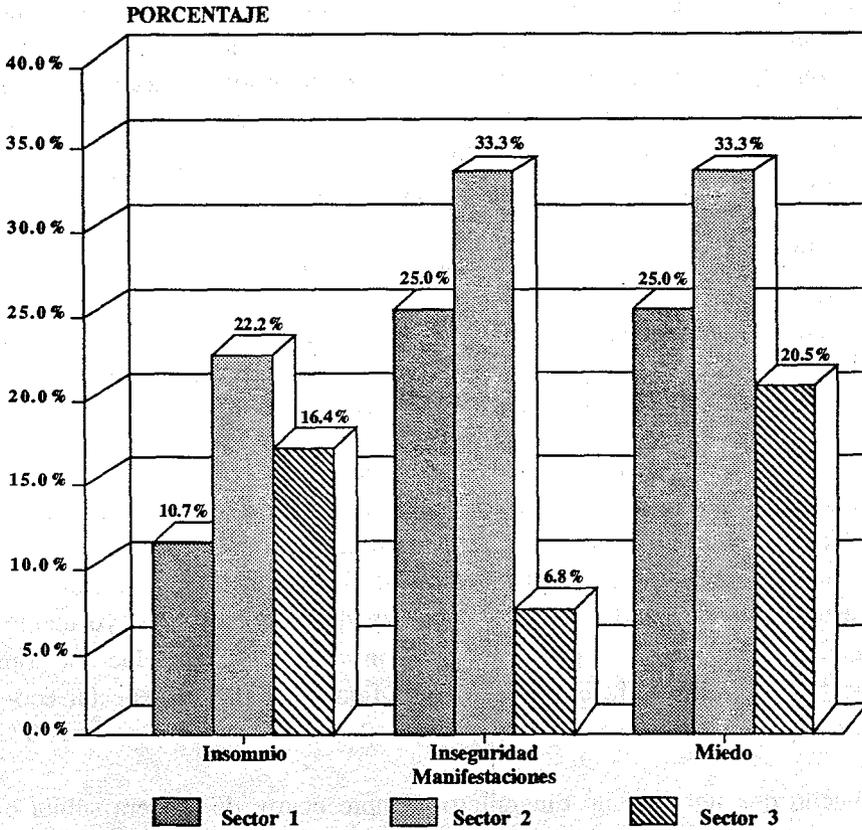


Figura 2 Relación porcentual de las manifestaciones psicoafectivas en los no-lesionados según sector (Medellín, 1990)

Los datos referentes al número de manifestaciones experimentados por cada individuo son similares a las presentadas por las personas lesionadas. Se encontró que en los no lesionados el 44,8% del total presentaron dos manifestaciones psicoafectivas, el 31,0% tuvo una sola manifestación y el 17,2% tuvo tres manifestaciones.

Es de resaltar que el 6,9% de los no lesionados presentaron cuatro y más manifestaciones lo cual puede indicar que tienen su salud mental deteriorada y posiblemente requieran algún tipo de ayuda psicológica para enfrentar la vida y las realidades cotidianas.

El análisis de las manifestaciones psicoafectivas de los afectados y sus implicaciones en la vida de quienes se vieron expuestos a los atentados permitieron algunas reflexiones a partir de la bibliografía revisada. Se han hecho estudios con poblaciones que han vivenciado desastres y se encontró que los desastres naturales o causados por el hombre, producen altos niveles de tensión ocasionando efectos sociales y psicológicos.

Crocq,¹⁶ menciona que en todo desastre es común observar las alteraciones psíquicas solas o asociadas con las heridas y traumatismos. Los traumatismos psíquicos pueden ser inmediatos o tardíos. Con respecto a la aparición de lesiones psicoafectivas, Bravo y Rubio,¹⁷ mencionan que éstas pueden aparecer hasta 2 años después de haberse vivido la situación.

En las reacciones psicoafectivas de las personas afectadas hay que tener en cuenta la edad, el sexo, el ambiente cultural, social y las responsabilidades familiares. En los afectados incluidos en este estudio se encontró que el 72,0% eran mujeres entre los 15 y los 44 años y los hombres en este grupo de edad fueron el 61,1% y quienes fueron mayormente afectados pertenecían al grupo en edad productiva y reproductiva con expectativas frente al futuro de sus hijos, familias y de su bienestar económico y social.

El hecho que un atentado dinamitero siempre ocurre de manera súbita e inesperada se considera un factor de estrés potente e incontrolable y hace que las personas afectadas se sientan impotentes y como dice Patuel Puig,¹⁸ recurran a la nostalgia, que es un estado del ser humano poco tratado y estudiado, pero que hace parte primordial en la vida de los seres humanos y sobre todo en los momentos de pérdidas irreparables.

El mismo Patuel Puig,¹⁹ dice que la nostalgia tiene una investidura intensa y en razón de su carácter crea condiciones que indican el dolor concentrado en el cuerpo lesionado y lo relaciona con un pasado, que el sujeto de alguna manera sigue lamentando.

Quienes de manera directa o indirecta se ven sometidos a las pérdidas que ocasiona un atentado dinamitero, es posible que a través de toda su vida los acompañe un afecto nostálgico frente a las pérdidas económicas, las físicas y las afectivas.

Lo anterior hace necesario ayudar a las personas para que puedan hacer la resolución del duelo y, para que a través del afecto nostálgico logren como dice Escobar,²⁰ hacer el rompimiento con la pérdida, esto les ayudará a reflexionar y a encontrarse a sí mismos.

Los resultados referente a las manifestaciones psicoafectivas permiten asumir que estos sentimientos han sido experimentados por la mayoría de las personas incluidas en la muestra.

Las expresiones y manifestaciones durante la entrevista para la recolección de los datos permitieron evidenciar que además de las manifestaciones psicoafectivas como el miedo, la inseguridad, el llanto y el insomnio experimentados, las personas afectadas también han tratado de elaborar el duelo y las acompaña el afecto nostálgico que posiblemente se ha visto agudizado por la vivencia de los recientes atentados que ha vivido Medellín y otras ciudades del país.

4.2 Relatos de los afectados

Para ejemplificar cómo las personas incluidas en este estudio han experimentado las vivencias mencionadas, se retoman algunos relatos hechos por los afectados que permitirán entender la magnitud de las pérdidas según lo expresan aquellos que vivenciaron en su vida y sus bienes las tres explosiones dinamiteras objeto de este estudio, y pueden ser muy similares a las vividas por todos los afectados de esta clase de desastres.

En el sector 1, varias de las personas entrevistadas expresaron que se sentían inseguras, siempre con la expectativa y el miedo que algo les ocurrirá nuevamente. Una persona, propietaria de un negocio manifestó que todo su personal quedó “con lloradera ante cualquier circunstancia”, además decía, presentan “problemas de oído”. Alguien expreso: “de eso es mejor no hablar”, “los días pasan y la sensación que va volver a ocurrir y el miedo, permanecen”.

Con referencia a los costos económicos debido a las pérdidas y la reconstrucción de los daños no fue posible obtener la información prevista en el instrumento de recolección de datos. La mayoría de los entrevistados rehusaron contestar esas preguntas. Algunos respondieron parcialmente y de manera muy diversa. Otros hicieron alusión a las grandes pérdidas en las mercancías, que no tenían aseguradas.

Para otros, los costos de reconstrucción fueron muy altos y a esto tuvieron que agregarle el lucro cesante mientras reconstruían. Algunos tardaron más de un mes para poder reabrir. Otros comerciantes lograron reconstruir prontamente pero las ventas decayeron mucho porque la gente no se acercaba por el sector.

Al recolectar la información se encontraron algunos locales donde los negocios que funcionaban tuvieron que cerrarse porque económicamente no pudieron cumplir con sus obligaciones laborales y económicas.

También se encontró que las personas que vivieron la situación tienen frecuentes cefaleas, dolor de oído, una de ellas manifestó que en el momento de la explosión no sintió nada, fue en los días posteriores que empezaron a manifestarse las molestias.

En general, la mayoría de las personas que estaban presentes en el momento de la explosión dijeron que constantemente las acompaña el temor que algo va a suceder, lo cual hace que se sobresalten y se sientan inseguros.

En el sector 2, la mayoría de las personas entrevistadas hicieron alusión a las repercusiones económicas a raíz de la destrucción. Dado que este sector es más residencial los costos materiales tuvieron grandes repercusiones en la vida familiar de los habitantes. Muchas familias se vieron precisadas a mudarse de residencia mientras hacían las reparaciones y otras tuvieron que permanecer allí con todas las molestias que conlleva una construcción.

Para la mayoría de las familias entrevistadas los costos para reconstrucción de las viviendas oscilaron entre \$500.000 la que tuvo mínimos daños hasta ocho millones; sin tener en cuenta aquellos inmuebles que quedaron totalmente destruidos y aún no se han reconstruido.

Las familias afectadas en el sector 2 también tuvieron que hacer gastos para reponer los electrodomésticos y los enseres necesarios, destruidos por la explosión.

Algunos de los entrevistados manifestaron que habían recibido apoyo económico de familiares, e igualmente la solidaridad y apoyo de la familia se manifestó a través del tratamiento médico brindado por familiares que ejercen esta profesión.

En el sector 3, algunos de los entrevistados rehusaron hablar de los costos económicos. Alguien habló acerca de la demanda que instauró contra el estado ya que se vio precisado a hacer la reconstrucción total del inmueble.

Las personas que tuvieron lesiones expresaron que el tratamiento inicial no se los cobraron porque se trataba de un atentado terrorista. Un joven que era vigilante de carros en el sector quedó con limitaciones en el miembro superior izquierdo y no ha recibido rehabilitación.

El conductor de un vehículo distribuidor de huevos describió así su situación.

Yo vivía en Envigado, distribuía huevos, llegué a la panadería a dejar un pedido, y compré unos panes porque ya me iba para la casa a ver el partido. Cuando arrancaba pasó un carro de la policía que detuvo a otro carro y no me acuerdo de más.

Ahora estoy cojo, me botó todo el empeine del pie, permanentemente me salen esquilas de la pierna, se me inflama, me duele, se abre un huequito y tengo que ir a que me la saquen.

Nadie me da trabajo, por ahí me resultan trabajitos, pero perdí todo pues el carro que era mi capital se perdió. Esto fue el 14 de junio de 1990 y esto es muy duro.

Descripciones como la anterior son solo una entre las muchas que puede hacer cada una de las personas que resultaron afectadas en los atentados. Igualmente significativas y dramáticas son las descripciones de aquellos que tuvieron pérdidas económicas grandes e irreparables por las condiciones socioeconómicas en que quedaron sus familias.

Es claro entonces que si bien no fue posible determinar los costos económicos de los daños en la infraestructura y en los enseres, ni los costos de los servicios de salud debido a que la mayoría de las personas o no tenían el costo exacto de éstos o preferían no divulgarlos, se tiene la certeza que éstos así como las pérdidas sociales y económicas por cierre de establecimientos, la disminución de compradores en los sectores afectados, la reconstrucción de los inmuebles, fue muy grande.

Se ha tratado de hacer una descripción lo más cercana posible a la realidad de las pérdidas afectivas y sociales experimentadas por cada una de las

personas afectadas y por la ciudadanía en general. También estamos seguros que nunca se podrá cuantificar y mucho menos cualificar la desolación y la angustia vivida y sentida por quienes de manera directa o indirecta han vivido las consecuencias de estos atentados dinamiteros a las repercusiones en la salud mental de los lesionados y no-lesionados.

Como se ha demostrado a través del análisis de los datos e interpretación de la información, las repercusiones psicosociales y físicas de los atentados dinamiteros causaron en los afectados pérdidas económicas, secuelas físicas y psicoafectivas que han repercutido a nivel individual y colectivo.

Un desastre bien sea natural o causado por el hombre, como los estudiados en esta investigación crea una situación de tensión colectiva prolongada que afecta toda una comunidad o segmentos considerables de ésta. Los individuos sometidos a la situación de desastre quedan potencialmente expuestos a sufrir consecuencias físicas y mentales en las cuales influyen los aspectos históricos, sociales, económicos, así como la personalidad premórbida del individuo, es decir, el conjunto de rasgos que hacen que la persona se comporte de determinada manera cuando se ve sometida a hechos perturbadores internos o externos.²¹

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede pensar que los hallazgos de esta investigación son una parte importante para la comprensión y el manejo de este tipo de emergencias y que aún quedan muchos aspectos que ameritan ser estudiados.

5. Conclusiones y recomendaciones

Los datos obtenidos permitieron hacer el análisis para lograr los objetivos propuestos, excepto en lo referente al aspecto económico.

La información recolectada fue mínima para los costos de reconstrucción de los inmuebles, los honorarios pagados a los profesionales, los costos de atención en las instituciones de salud y los gastos de servicios funerarios. La limitada información no permitió un análisis a partir del cual se puedan hacer inferencias a la población estudiada, sin embargo, los datos aunque limitados muestran que las pérdidas económicas fueron altas.

Se piensa que la negativa a dar la información de los costos se debe entre otros factores, a la idiosincrasia cultural donde poco se habla de los bienes, posesiones y gastos familiares; es posible también que algunos no tuvieran los costos acumulados o no consideraron importante suministrarlos para una investigación.

5.1 Conclusiones

Los objetivos planteados para el estudio permitieron hacer algunas conclusiones a partir de los resultados obtenidos.

—El análisis de las variables sociodemográficas mostró que el 57,7% eran mujeres y el 79,5%, estaban entre los 15-44 y 45-60 años, correspondientes a las etapas productiva y reproductiva de las personas.

La población estudiada tenía algún grado de escolaridad, y el 15,9% tenían preparación a nivel superior.

De los lesionados el 35,7% eran empleados y entre los no lesionados el porcentaje fue el 44,3%

—Las personas afectadas tuvieron porcentajes altos de manifestaciones psicoafectivas. Los no lesionados presentaron miedo, inseguridad y llanto. Los lesionados tuvieron menores secuelas físicas que psicoafectivas y éstas se expresaron como miedo, inseguridad e insomnio.

5.2 Recomendaciones

—Hacer un estudio para evaluar la recuperación psicoafectiva de las personas afectadas. Este trabajo es importante y necesario si se tiene en cuenta que en la literatura se relata el síndrome de estrés postraumático que aparece entre 2-4 años después de un desastre.

Se considera también importante hacer estudios sobre los efectos de los atentados dinamiteros en el personal de salud y de socorro debido a la tensión que genera el trabajo en un medio violento y bajo la presión impuesta por la gravedad y alto número de lesionados.

Teniendo en cuenta los hallazgos de las secuelas psicoafectivas, se considera importante investigar en los niños de un colegio privado masculino

las secuelas psicoafectivas que a tres años de la explosión en el sector 2, pueden tener los estudiantes que vivenciaron esta situación.

Referencias bibliográficas

1. DE ROUX, F. "El Precio de la Paz en el Vacío ético y social." En: *Boletín Epidemiológico de Antioquia*. Enero-marzo 1988. p. 30.
2. ABAD GÓMEZ, H., *Teoría y Práctica de la Salud Pública*. Medellín. Editorial Universidad de Antioquia, 1987. p. 22.
3. *Ibíd*, p. 570.
4. WATERWORTH, T.A. y CARR, M.J.T. "Report on injuries sustained by Patients treated at the Birmingham General Hospital following the Recent Bomb Explosion". En: *British Medical Journal*. Vol. 2, 1975. p. 26.
5. *Ibíd*, p. 25.
6. HADDEN, W.A., RUTHERFORD, W.H., Y MERRETT. J.D. "The Injuries of Terrorist Bombing: A study of 1532 Consecutive Patients". En: *The British Journal of Surgery*. Vol. 65, No. 8, (agosto) 1978. p. 528.
7. FRYKBERG, E.R, JEPAS, J.J. "Terrorist bombings lessons learned from belfast to Beirut". En: *Annals of surgery*. Vol. 208, No. 5 (noviembre) 1988. p. 569.
8. MOLCHONOV, M. *Clínica de Guerra*. La Habana: Editorial Científica. Ministerio de la Cultura. 1982.
9. Crocq, L. "La Psychologie des Catastrophes et les Atteints Psychiques". En: *Médecine des Catastrophes*. Editado por R. Noto, P. Huguenard y A. Larcán. Paris: Nasson, 1987. p. 120.
10. STOLKINER, A., *Prácticas en Salud Mental*. Mimeógrafo. p. 6.
11. OJEDA, Alonso. "Informe especial: La Guerra y los Niños." En: *Revista Semana*. Septiembre 12, 1989. p. 22.
12. BRAVO, M. y OTROS. "La Investigación en Salud Mental en Desastres: Aspectos Conceptuales y Metodológicos". En: *Desastres Serie Memografías Clínicas*. No 2 Chicago: Hispanic American Family Center, 1989. p. 30.
13. RICHTSMEIR y MILLER, *Op. Cit.* p. 185.
14. FREUD, Citado por Solomon, P. *Manual de psiquiatría*. México: Impresores Modernos, 1972, p. 134.

15. SOLOMON, P. *Ibid.* p. 134.
16. CROCQ, *Op. Cit.* 520.
17. BRAVO, y OTROS, *Op. Cit.* p. 32.
18. PATUEL, Puig, Citado por Escobar, A. *L'Enfermement*. Paris: Editores Klincksieck, 1989, p. 63.
19. *Ibid.* p. 65 .
20. ESCOBAR, *Op. Cit.* p. 59.
21. ALARCÓN, R. D. "Sustratos Conceptuales de la Ecuación Desastre Natural-Salud Mental". *Serie de Monografías Clínicas*. No. 2, 1989. Editado por B. Lima y M. Gaviria. México. Talleres Roque Nublo. S.A. p. 20.

Bibliografía

- BAKER, S. P. y OTROS. "The injury Severity Score: A Method for Describing Patients with Multiple Injuries and Evaluating Emergency Care." En: *The Journal of Trauma*. Vol 14, No. 3, 1974, p. 187-196
- BEDOYA, C. y OTROS. *El Profesional de Enfermería en Situaciones de Desastre*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1990.
- BOSSE, L. A. A "Disaster with few Survivors." En: *Am. Journal of Nursing*. Vol. 87, No. 7 Julio, 1987. p. 918-919.
- CARO, D. "Mayor Disaster." En: *The Lancet*. Vol. II, Nov. 30, 1974. p. 1309-1310.
- HALSLETON, P. S. y OTROS. "Effects of Oxygen on the Lungs after Blast Injury and Burns". En: *Journal Clin. Pathology*. Vol. 34, No. 10, octubre 1981. p. 1147-1153.
- KINSTON, W. R. Disaster: "Effects on Mental and Physical State." En: *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 18, 1974. p. 437-456.
- PATRICK, V. y PATRICK, W. K. "The Mental Health Trial". En: *British Journal of Psychiatry*. Vol. 138, 1981 p. 210-216.
- SHORE, J. H., TATUM, E. L. "Psychiatric Reactions to Disaster." En: *Am. Journal Psychiatry*. Vol. 143, 1986. p. 590-595.