

en el Sector 1, con el 57.9%, seguido del Sector 3 el 27.5% y el menor índice de lesionados lo tuvo el Sector 2, con un 18.5%.

El índice total de lesionados para quienes se hallaban fuera del inmueble fue de 66.7%, y el análisis por sector mostró que el índice para los Sectores 1 y 2 fue el 100%, y para el Sector 3 el 50%.

Estos datos muestran que quienes se encontraban fuera del inmueble tuvieron mayores riesgos porque recibieron directamente el impacto de la explosión y la metralla resultantes de ésta.

Al hacer la relación entre los índices de lesionados y el índice de daños en la fachada según el sector, se pudo constatar que en los Sectores 1 y 2 el índice de lesionados y los daños en la fachada son muy similares con un índice de lesionados del 100% para ambos sectores y un índice de daños en las fachadas del 88% y 90% respectivamente.

En el Sector 3 el índice de lesionados fue el 50% y el índice de daños en la fachada el 74%. Estos datos muestran que parece existir una relación de concomitancia entre los daños físicos en fachada y las lesiones de quienes estaban presentes en el momento de la explosión.

Los daños en el estructura, el techo y su relación con los lesionados dentro del inmueble muestran una concomitancia inversa entre los daños y los lesionados. El índice de si daños para la estructura fue el 75.0% en el Sector 2; el 68% el Tres y 64.0% en el Uno. El índice de daño en el techo fue 90.0% en el Sector 2, 74% el Tres y 72.0% en el Uno. Los datos referentes al índice de lesionados dentro de los inmuebles, muestra que el más alto fue para el Sector 1, con el 57.9%, seguido del Sector 3, el 27.4% y el Sector 2 el 18.5%

Estos datos crean serios interrogantes frente al comportamiento de los daños en la estructura, el techo y las lesiones sufridas por las personas que se encontraban dentro de los inmuebles.

CUADRO 26. Relación porcentual de la ubicación en el piso donde se encontraban en el momento de la explosión, según el sector Medellín 1990.

PISO	SECTOR						TOTAL	
	SECTOR 1		SECTOR 2		SECTOR 3		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
PRIMERO	13	68.4%	18	37.0%	36	70.6%	59	68.8%
SEGUNDO	2	10.5%	13	48.1%	11	21.6%	26	26.8%
TERCERO	2	10.5%	1	3.7%	4	7.8%	7	7.2%
CUARTO	2	10.5%	-	-	-	-	2	2.1%
SIN INFORM.	-	-	3	11.1%	-	-	3	3.1%
Total	19	100.0%	27	100.0%	51	100.0%	97	100.0%

El análisis de la ubicación de la personas que se encontraban dentro del inmueble y según el piso donde se hallaban (Cuadro 26), mostró que en el Sector 1, el 68.4% y en el Sector 3, el 70.6% estaban en el primer piso en el momento de la explosión. En el Sector 2, el mayor porcentaje 48.1% estaban en el segundo piso y en el primer piso se encontraban el 37.0%.

En el Sector 1 el porcentaje de quienes se encontraban en el segundo, tercer y cuarto piso fue similar, 10.5%. En el Sector 3 el 21.6% estaban en el segundo piso y el 7.8% en el tercero.

Las personas que estaban en el primer piso fueron el 60.8%, posiblemente se debió a que tanto en el Sector 1 como en el 3 habían locales comerciales, y los empleados de los mismos estaban ubicados allí.

En el Sector 2, que es residencial la mayoría eran viviendas de dos plantas y de acuerdo con la distribución arquitectónica de éstas, en este tipo de casas unifamiliares, en el primer piso se encuentran las áreas sociales, la cocina, zonas de lavado y secado de ropas y patios. en el segundo y tercer piso se ubican los dormitorios. Posiblemente debido a esta distribución el 51.8% de las personas se encontraban en el segundo y tercer piso.

Como se dijo en este sector la explosión ocurrió aparentemente en el sótano de una de las residencias y de acuerdo con el informe de las autoridades fue ocasionada por una posible acumulación de gases; la onda explosiva se propagó en los inmuebles y en los servicios públicos a través de los primeros pisos, los patios y zonas húmedas. De tal manera, que la ubicación de las personas en el segundo y tercer piso impidió que hubiera un mayor número de lesionados.

Cuadro 27. Índice de lesionados según el piso donde se encontraban en el momento de la explosión, en los tres sectores Medellín 1990.

UBICACION	SECTOR						TOTAL	
	SECTOR 1		SECTOR 2		SECTOR 3		No.	Indice
SEGUN PISO	No.	Indice	No.	Indice	No.	Indice	No.	Indice
PRIMERO	7	53.8%	2	20.0%	11	30.6%	20	33.9%
SEGUNDO	2	100.0%	2	15.4%	2	18.2%	6	23.1%
TERCERO	-	-	-	-	1	25.0%	1	14.3%
CUARTO	2	100.0%	-	-	-	-	2	100.0%

El índice de lesionados según el piso donde se encontraban las personas (Cuadro 27) muestra un índice de 100% para quienes se encontraban en el cuarto piso, seguido por quienes se hallaban en el primer piso, con un índice de 33.9%. Índices menores se encontraron para los que estaban en el segundo piso 23.1% y en el tercero 14.3%

El análisis por sector mostró que en el Sector 1, el índice de lesionados para los ubicados en el segundo y cuarto piso fue de 100% en cada uno. El índice en este sector para las personas ubicadas en el primer piso fue de 53.8%. Es de resaltar que dos personas que estaban ubicadas en el tercer piso no sufrieron ningún tipo de lesión.

El índice de lesionados en el Sector 2, muestra que para el primer piso fue el 20%, para el segundo el 15.4%. Una persona que se encontraba en un tercer piso no presentó lesiones.

En el Sector 3, el mayor índice de lesionados también se presentó en las personas ubicadas en el primer piso, 30.6%. Para quienes estaban en el tercer piso fue el 25% y para quienes estaban en el segundo piso fue el 18.2%.

Llama la atención que si bien el mayor índice corresponde a las personas ubicadas en el primer piso las variaciones de los índices en los diferentes pisos no permiten hacer generalizaciones en cuanto a los riesgos de lesionarse al estar ubicado en uno u otro piso.

Estos resultados también pueden deberse al bajo número de personas ubicadas en cada piso lo cual repercute en la construcción de los índices y deben ser tomados y aplicados para la población estudiada.

Cuadro 28. Relación porcentual de los lesionados por sector según la postura en el momento de la explosión Medellín 1990.

POSTURA	SECTOR							
	SECTOR 1		SECTOR 2		SECTOR 3		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
DE PIE	16	41.8%	15	37.5%	38	25.6%	61	31.1%
SENTADO	6	15.4%	8	20.0%	31	26.5%	45	23.0%
ACOSTADO	-	-	5	12.5%	2	1.7%	7	3.6%
NO RECUERDA	-	-	1	2.5%	-	-	1	0.5%
SIN INFORM.	17	43.6%	11	27.5%	54	46.2%	82	41.8%
Total	39	100.0%	40	100.0%	117	100.0%	196	100.0%

Como se presentó en el Cuadro 28, con estos datos se buscó determinar en que posición se encontraban las personas en el momento de la explosión.

En el Sector 1 se encontró que el 41.0% estaban de pie, este porcentaje se puede explicar si se tiene en cuenta que había varios almacenes y la posición más común para quienes se desempeñan como vendedores de mostrador es permanecer de pie. En el sector 2, se encontraban de pie 37.5%, posiblemente quienes estaban en las viviendas se dedicaban a las tareas del hogar o se aprestaban a salir para su trabajos. En el Sector 3, el 25.6% estaban de pies y sentados un porcentaje similar 26.5%.

En los Sectores 1 y 2 el 15.4% y el 20.0% se hallaban sentados en el Sector 2, el 12.5% estaban acostados y en el Tres, el 1.7%.

Los datos del Cuadro 28 muestran que el 31.1% de las personas presentes en el momento de la explosión en los tres sectores se encontraban de pies, y el 23.0% estaban sentados.

Los índices de los lesionados según la postura en el momento de la explosión, muestra que el índice total para quienes estaban de pies fue 47.5% y para los sentados 42.3%, lo cual indica que la posibilidad de lesionarse estando de pies o sentado parece ser igual.

Cuadro 29. Índice de lesionados en cada sector según postura en el momento de la explosión Medellín 1990.

POSTURA	SECTOR							
	SECTOR 1		SECTOR 2		SECTOR 3		TOTAL	
	No.	Índice	No.	Índice	No.	Índice	No.	Índice
DE PIE	13	81.3%	3	20.0%	12	40.0%	28	47.5%
SENTADO	2	33.3%	3	37.5%	6	19.4%	11	42.3%
ACOSTADO	-	-	-	-	2	100.0%	2	28.6%

Al hacer el análisis de los individuos (Cuadro 29) según el sector, se encontró que no se dio una correspondencia entre los índices totales y los de cada sector. Como ya se mencionó, posiblemente obedece al bajo número de personas que se encontraban en las posturas tenidas en cuenta. Aún con las limitaciones expuestas parece ser que la postura de pie y sentado representa mayor riesgo

para las lesiones que la postura acostado donde se halló que el índice de lesionados fue de 28.6%.

Cuadro 30. Distribución porcentual de la presencia de lesiones en los individuos presentes en el momento de la explosión, según el sector, Medellín 1990.

PRESENCIA DE LESIONES	SECTOR							
	SECTOR 1		SECTOR 2		SECTOR 3		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SI	31	79.5%	17	42.5%	74	63.2%	122	62.2%
NO	8	20.5%	23	57.5%	43	36.8%	74	37.8%
Total	39	100.0%	40	100.0%	117	100.0%	196	100.0%

El analizar los datos de las personas presentes en los sectores en el momento de los atentados (Cuadro 30) se encontró que en el Sector 1 el 79.5% tuvieron algún tipo de lesión, en el Sector 2 los lesionados fueron el 42.5% y en el Tres, el 63.2%.

Es posible que el mayor porcentaje de lesionados en los Sectores 1 y 3 se debió a que en estos dos sectores se encontraba un mayor número de personas en el primer piso y posiblemente estaban en los locales comerciales y oficinas donde las puertas permanecen abiertas la onda explosiva y la metralla que arrastra hace que se causen mayores lesiones a las personas. (Ver Gráfico 5)

Las personas que no tuvieron lesiones físicas fueron el 57.5% de los que habitaban el Sector 2, para los sectores

1 y 3 los porcentajes fueron del 20.5% y 36.8% respectivamente.

Cuadro 31. Relacion porcentual de los tipos de lesiones según el sector Medellín 1990.

TIPO DE LESIONES	SECTOR							
	SECTOR 1		SECTOR 2		SECTOR 3		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
QUEMADURA	-	-	2	11.8%	1	1.4%	3	2.5%
FRACTURA	3	9.7%	5	29.4%	8	10.8%	16	13.1%
TX CERRADO	3	9.7%	3	17.6%	1	1.4%	7	5.7%
TX ABIERTO	8	25.8%	3	17.6%	3	4.1%	14	11.5%
CONTUSION	1	3.2%	4	23.5%	7	9.5%	12	9.8%
HERIDAS Y LACERAC.	16	51.6%	9	52.9%	67	90.5%	92	75.4%
AMPUTACION	-	-	1	5.9%	1	1.4%	2	1.6%
OTRAS	12	38.7%	5	29.4%	8	10.8%	25	20.5%
BASE:	31		17		74		122	

§ OTDO 3  
 VASCULAR 1  
 ESQUIRLAS 1  
 NO SENTIA CUERPO 1

§§ LUXACION 1

§§§ ZUMBIDO DIDOS 2

El análisis de los datos correspondientes al tipo de lesión en cada uno de los tres sectores mostró que las heridas y laceraciones (Cuadro 31) fueron las de mayor ocurrencia con un 51.6% en el Sector 1, 52.9% en el Dos y 90.5% en el Tres. En el Sector 1, el trauma abierto ocurrió en el 25.8%, seguido por las fracturas abiertas y el trauma cerrado con un 9.6% para cada tipo de lesión.

En el Sector 2, las heridas y laceraciones fueron el 52.9%, el 29.4% de fracturas, y el 23.5% contusiones. En este sector, los traumas abierto y cerrado se presentaron

en el 17.6% para cada tipo de estas lesiones. Las quemaduras fueron el 11.8% y la amputación el 5.9%.

En el Sector 3, al igual que en los otros sectores, el mayor porcentaje 90.5% correspondió a las heridas y laceraciones, seguidas por las fracturas 10.8%, contusiones el 9.5% y trauma abierto el 4.1%. También se encontró que las quemaduras, el trauma cerrado y la amputación representó el 1.4% para cada tipo de lesión. De acuerdo con la bibliografía revisada las quemaduras son poco comunes y son causadas por la breve onda térmica (flash). Los hallazgos de este estudio concuerdan con este concepto, los porcentajes de personas con quemaduras fueron pocas.

En el tipo de lesiones "otrás" se tuvieron en cuenta las de oído, heridas vasculares, luxaciones y esquirlas. Estas lesiones se presentaron en el 38.7% en el Sector 1, el 29.4% en el Sector 2 y el 10.8% en el Sector 3.

Al hacer las comparaciones de los tipos de lesiones ocurridas en las explosiones objeto de esta investigación, con los resultados del estudio de Frykberg<sup>11</sup> en una serie de 220 explosiones en diferentes países, se encontró que las heridas de tejidos blandos fueron las lesiones más frecuentes con un 84.5%. En segundo lugar las fracturas de las extremidades el 58.0%.

---

<sup>11</sup> FRYKBERG, Op. Cit. p. 571

Los resultados de nuestro estudio mostraron que las heridas y laceraciones también ocuparon el primer lugar y estas fueron producidas por la onda explosiva que causó el desplazamiento del cuerpo de la víctima hacia otros objetos y en su recorrido recibe la lluvia de proyectiles resultante de la explosión.

En este estudio las fracturas ocuparon el tercer lugar con el 9.6%, fueron causadas por el movimiento y la presión dinámica de la onda explosiva.

Cuadro 32. Distribución porcentual del número de lesiones presentes en cada individuo, según el sector Medellín 1970.

No. LESIONES	SECTOR						TOTAL	
	SECTOR 1		SECTOR 2		SECTOR 3		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
CON 1	23	74.2%	8	47.1%	57	77.0%	88	72.1%
CON 2	6	19.4%	5	29.4%	13	17.6%	24	19.7%
CON 3 o MAS	2	6.5%	4	23.5%	4	5.4%	10	8.2%
Total	31	100.0%	17	100.0%	74	100.0%	122	100.0%

Los datos del número de lesiones que presentaron las personas víctimas de las explosiones (Cuadro 32) muestran que el mayor porcentaje en los tres sectores correspondió a los individuos con una lesión. En el Sector 1 fueron el 74.2%, en el 2 el 47.1% y en el 3, el 77%. En todos los sectores estos porcentajes fueron seguidos por los que

presentaron dos lesiones y la distribución fue 19.4% en el Sector 1, en el dos el 29.4% y el tres el 17.6%

El menor porcentaje en los tres sectores correspondió a aquellas personas con más de tres lesiones y que posiblemente fueron categorizados como politraumatizados.

Un estudio realizado por Brismar <sup>42</sup> a raíz de un atentado dinamitero en Bologna. (Italia) y donde se estimó que la carga explosiva fue de 20 Kg de TNT, carga sensiblemente menor que la reportada en los atentados objeto de estudio; se encontró que el número de politraumatizados fue mayor que los reportados en nuestro trabajo. Esta diferencia posiblemente se debió que el atentado estudiado por Brismar ocurrió en una estación de ferrocarril, sitio cerrado y donde las personas quedaron totalmente expuestas al estallido dinamitero.

Es evidente que en relación con las lesiones hay que tener en cuenta, no solo el número sino la gravedad de las mismas.

En el Sector 2, el 29.4% tuvieron dos lesiones, y más de tres el 23.5%, lo cual muestra que el 52.9% tuvieron más de dos lesiones. Está demostrado que en este tipo de atentados algunas personas presentan varias lesiones que revisten gravedad: mientras que hay otros que tienen varias lesiones de carácter menor. Es importante tener

---

<sup>42</sup> BRISMAR, Op. Cit. p. 216

esto en consideración por las repercusiones sobre los costos de atención en salud, en el periodo de recuperación y por ende en los aspectos psicoafectivos y económicos del grupo familiar.

Cuadro 33. Distribución porcentual de la localización anatómica de las lesiones, según el sector Medellín 1990.

LOCALIZACION ANATOMICA	SECTOR							
	SECTOR 1		SECTOR 2		SECTOR 3		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
CABEZA	10	32.3%	14	82.4%	45	60.8%	69	56.6%
CUELLO	1	3.2%	6	35.3%	4	5.4%	11	9.0%
TORAX	4	12.9%	11	64.7%	13	17.6%	28	23.0%
ABDOMEN	4	12.9%	6	35.3%	7	9.5%	17	13.9%
MIEMBROS SUP.	11	35.5%	10	50.0%	30	51.4%	59	48.4%
MIEMBROS INF.	10	32.3%	13	76.5%	24	32.4%	47	38.5%
OJOS	12	38.7%	7	41.2%	6	8.1%	25	20.5%
OIDOS	6	19.4%	4	23.5%	10	13.5%	20	16.4%
BASE:	31		17		74		122	

En el Cuadro 33 se presentan los datos correspondientes a la localización anatómica de las lesiones. En el Sector 1, la localización de las lesiones se distribuyó así, el 38.7% tuvieron lesiones en ojos, el 35.5% en miembros superiores; en cabeza y miembros inferiores el 32.2% para cada una. El 19.3% presentaron lesiones inmediatas en oídos, aunque algunos entrevistados expresaron haber sufrido molestias en el oído con posterioridad a la explosión.

En este sector las lesiones en tórax y abdomen representaron el 12.9% para cada una de estas, mientras que el 3.2% tuvo lesiones en cuello.

Al analizar los datos del Sector 2 (Cuadro 33) se encontró que el 82.3% de los individuos tuvo lesiones en cabeza. El análisis de los datos permitió precisar que los lesionados de este sector, en su mayoría fueron politraumatizados. El 76.5% de las personas tuvieron lesiones en miembros inferiores y el 23.5% en el oído. Es de destacar que porcentajes altos corresponden a lesiones en tórax 64.7% y, en miembros superiores 58.8%.

La localización de las lesiones en el Sector 3, tuvo un comportamiento similar al Sector 2, las lesiones en cabeza fueron el 60.8%, seguidas por las lesiones en miembros superiores el 51.3% y en miembros inferiores el 32.4%

En el Sector 3, las lesiones en tórax fueron el 17.6% menor que en el Sector 2 y ligeramente mayor que en el Sector 1.

Las lesiones de oído en el Sector 3 fueron menores que en los otros dos sectores.

Se piensa que el mayor número de lesiones en el Sector 3, posiblemente fue causado por el tipo de explosión, lo

cual causó mayores daños en los inmuebles y en las personas.

Al analizar los datos totales de los Tres sectores se encontró que el 56.6% de las personas tuvieron lesiones en cabeza, seguidos por las lesiones en miembros superiores 48.3% y en miembros inferiores 38.5%

En el estudio de Frykberg <sup>43</sup> se encontró que las lesiones en cabeza fueron las mayores causantes de las muertes que ocurrieron en el sitio de la explosión y de las muertes posteriores. En el de Brismar <sup>44</sup> también se encontró que las mayores lesiones después de las del tórax ocurrieron en cabeza el 9.0%.

En nuestro trabajo se encontró que la mayoría de las personas que fallecieron en el sitio de la explosión tuvieron múltiples lesiones entre ellas en cabeza de acuerdo con los reportes de medicina legal. Las lesiones en tórax para los 3 sectores ocurrieron en el 23.9% de las personas, en ojos se presentaron en el 20.5%, en oído el 16.4% y en abdomen el 13.9%.

Al comparar los hallazgos de las lesiones en oído con los reportes de estudios sobre las repercusiones de las explosiones se encontró según Chait y otros <sup>45</sup>, que las consecuencias aparecen en algunas personas con

---

<sup>43</sup> FRYKBERG, Op. Cit. p. 572

<sup>44</sup> BRISMAR. Op. Cit. p. 217

<sup>45</sup> CHAIT y OTROS, Op. Cit. p. 10

posterioridad a la explosión. El mismo autor dice que solo un 1.0% de las personas con afecciones en el oído presentan dolor inmediatamente después de la explosión. Esto posiblemente explica el bajo porcentaje de lesiones en oído encontrados en nuestro estudio.

Otras investigaciones entre ellas la realizada por Pratt y otros <sup>44</sup>, indican que el 52.7% de los lesionados tuvieron daño en la membrana timpánica, y de éstos el 44.6% perdieron totalmente la audición sensorial.

El análisis biofísico de las explosiones indica que el factor físico que se debe tener en cuenta para entender los efectos del sonido sobre la fisiología del organismo humano, es la energía transmitida desde el haz sonoro al medio, cuya propagación es directamente proporcional al tiempo de la influencia de la onda, e inversamente proporcional a la distancia y a la capacidad de absorción de energía o impedancia acústica de la materia.

La onda sonora al propagarse a través del tejido biológico produce vibraciones en las moléculas transmitiéndoles energía cinética, especialmente a aquellas que ofrecen menor resistencia y en menor grado a los tejidos con mayor impedancia acústica. Esto explica que los primeros órganos afectados en el momento de la explosión sean los que tienen menor impedancia acústica.

---

<sup>44</sup> PRATT y OTROS. Citado por Chait y Otros. Op. Cit. p.

como son el oído, los pulmones y el intestino, lo cual concuerda con el tipo de lesiones encontradas en esta investigación.

Desde el punto de vista biofísico una vez que penetra la onda sonora en el organismo causa mayor efecto sobre los órganos que tienen una estructura molecular y una impedancia acústica similar, como son el tejido cutáneo y adiposo. Esto concuerda con los datos de este estudio donde se encontró que la mayor ocurrencia de lesiones fueron las heridas y laceraciones.

Los huesos tienen una mayor diferencia en la impedancia acústica y desde el punto de vista biofísico recibirían un menor efecto en las explosiones.

En este estudio se encontró un alto número de fracturas que pueden explicarse por los efectos de la onda de presión y la metralla que actúan directamente sobre los huesos.

El análisis del número de localizaciones anatómicas de las lesiones, muestra que en los 3 sectores el 41.8% de los individuos tenían una localización anatómica, el 58.1% tenían 2 y 3 localizaciones.

En el Sector 1 la distribución porcentual varía entre 38.7% con una localización, el 35.4% con dos y un 25.8% con tres y más. En el Sector 2, el 70.6% presentó

lesiones en 3 y más localizaciones anatómicas, el 17.6% dos y el 11.8% una localización: esto es consistente con los datos del Cuadro 33 donde se observa que la mayoría de los lesionados presentaron varios tipos de lesiones en diferentes localizaciones anatómicas y que fueron clasificados como politraumatizados.

Los datos del Sector 3 muestran que el 50.0% de las personas tenían localización de la lesión en un solo sitio anatómico, el 23.0% tenían en dos y el 27.0% 3 y más sitios anatómicos.

Cuadro 34. Distribución porcentual de la gravedad de las lesiones según el sector, Medellín 1990.

GRAVEDAD DE LA LESION	SECTOR						TOTAL	
	SECTOR 1		SECTOR 2		SECTOR 3		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
ROJO	4	12.9%	1	5.9%	4	5.4%	9	7.4%
AMARILLO	8	25.8%	3	17.6%	14	18.9%	25	20.5%
VERDE	16	51.6%	5	29.4%	55	74.3%	76	62.3%
NEGRO	2	6.5%	2	11.8%	-	-	4	3.3%
BLANCO	1	3.2%	6	35.3%	1	1.4%	8	6.6%
Total	31	100.0%	17	100.0%	74	100.0%	122	100.0%

Al analizar la distribución porcentual según la gravedad de las lesiones ocasionadas a los individuos en el momento de la explosión (Cuadro 34), se encontró que en los Sectores 1 y 3 el mayor porcentaje de lesionados se categorizó como lesiones leves, verdes el 51.6% y 74.3% respectivamente. Estos datos son consistentes con los

presentados en el Cuadro 31 donde se encontró que las heridas y laceraciones tenían los mayores porcentajes.

En el Sector 2, los categorizados como muertos en el sitio, blancos, fueron el 35.3%.

En el Sector 1, a la categoría verdes les siguieron los categorizados como amarillos, lesiones severas que no requieren atención inmediata, y fueron el 25.8%. Los categorizados como rojos, lesiones severas que requieren atención prioritaria, fueron el 12.9% del total de lesionados.

En el Sector 1, una persona murió en el sitio de la explosión y al parecer de otras 2 solo se encontraron fragmentos de sus cuerpos.

En lo que se refiere a los categorizados como negros, lesiones críticas no recuperables, hubo 2 personas el 6.5% que fallecieron en un centro hospitalario.

En el Sector 2, a la categoría blancos les siguieron los categorizados como verdes con el 29.4%, amarillos el 17.6%, y el 5.9% fueron categorizados como rojos. Es de resaltar que en este sector el 47.1% fueron categorizados como negros y blancos y el 23.5% como rojos y amarillos lo que concuerda con la alta mortalidad y la diversidad del tipo de lesiones en este sector (Cuadro 31 y 33). El 11.8% categorizados como negros fallecieron en un centro

hospitalario. El 35.3% fallecieron en el sitio, al parecer hubo 3 personas de las que solo se encontraron fragmentos de sus cuerpos.

En el Sector 3, a los categorizados como verdes les siguieron los lesionados amarillos con el 18.9%. En este sector hubo un muerto en el sitio y representó el 1.4%; y parece hubo otros dos fallecidos que no fue posible identificar. (Ver Gráfico 6)

En el estudio de Brismar <sup>47</sup>, la categorización de las lesiones se hizo con parámetros diferentes a los empleados en nuestro medio, no obstante, se pueden hacer algunas comparaciones. En el estudio mencionado se encontró que la mayoría de los lesionados fueron clasificados, de acuerdo con la escala utilizada como "moderada", que se puede asimilar a los que en este contexto se categorizaron como verdes que en nuestro estudio representaron el 62.3%. Los clasificados como críticos según Brismar <sup>48</sup> fueron un menor número y se pueden comparar en nuestro estudio con los categorizados como rojos que fueron el 7.4% de los lesionados.

El índice de morbilidad de la población incluida en la muestra fue el 90.2%. Se encontró que los índices mayores correspondieron a los Sectores 1 y 3 con el 71.8% y el 62.4%.

---

<sup>47</sup> BRISMAR, Op. Cit. p. 215

<sup>48</sup> Ibid. p. 217

El índice de letalidad para los 3 sectores fue de 14.7% y el mayor índice 58.8% correspondió al Sector 2, mientras que en el Sector 1 fue de 16.1% y en el Sector 3 de 4.0%.

En el Sector 2 el índice de letalidad fue superior al índice de morbilidad, y diferente al de los otros dos sectores. Posiblemente esto obedeció como ya se mencionó al tipo de explosión.

Con referencia al índice de mortalidad en el lugar de la explosión se encontró que fue el 15.5%, y en las instituciones hospitalarias fue el 3.3%.

Cuadro 35. Relación porcentual de la institución donde fueron atendidas las personas lesionadas, según el sector Medellín 1990.

LUGAR	SECTOR						TOTAL	
	SECTOR 1		SECTOR 2		SECTOR 3		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
H.S.V de P.	10	34.5%	6	54.5%	4	5.5%	20	17.7%
I.S.S.	9	31.0%	-	-	12	16.4%	21	18.6%
H.G.M.	-	-	-	-	34	46.6%	34	30.1%
SDMA	1	3.4%	-	-	11	15.1%	12	10.6%
LA MARIA	1	3.4%	-	-	-	-	1	0.9%
METROSALUD	-	-	2	18.2%	2	2.7%	4	3.5%
CLINICA FRAC.	1	3.4%	1	9.1%	-	-	2	1.8%
OTROS	2	6.9%	2	18.2%	9	12.3%	13	11.5%
CASA	-	-	-	-	2	2.7%	2	1.8%
EN SITIO	-	-	-	-	5	6.8%	5	4.4%
SIN INFORM.	6	20.7%	6	54.5%	2	2.7%	14	12.4%
BASE:	† 29		†† 11		††† 73		113	

† HUBO 2 MUERTOS EN EL SITIO

†† HUBO 6 MUERTOS EN EL SITIO

††† HUBO 1 MUERTO EN EL SITIO

El análisis de los datos correspondientes a la institución donde recibieron atención médica los lesionados (Cuadro 35) mostró que el mayor porcentaje de lesionados en los Sectores 1 y 2 fueron atendidos en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl (HUSVP) el 34.4% y 54.5% respectivamente. En el Sector 3, el 46.5% de los lesionados fueron atendidos en el Hospital General de Medellín (HGM).

Los datos correspondientes al Sector 1 muestran la dispersión en la atención de los lesionados registrándose una mayor afluencia al HUSVP, institución que tradicionalmente ha atendido la mayoría de las urgencias de la ciudad de Medellín. Si se tiene en cuenta que la explosión en el Sector 1 fue de las primeras de la Ciudad, es explicable la remisión y atención de los lesionados en esta institución.

A partir de las experiencias iniciales se hizo una organización para la atención de las emergencias causadas por los atentados, lo cual ha permitido un uso más racional y adecuado de los servicios, donde se tiene en cuenta el sitio de la explosión y la ubicación de las instituciones de salud en el área.

Los datos correspondientes al Sector 2 muestran que en este atentado el HUSVP atendió el 54.5% de los lesionados, y la asignación se llevó a cabo de acuerdo

con la planeación y organización de la red de urgencias de la ciudad. Según lo planeado, algunos lesionados posteriormente fueron remitidos a otras instituciones para la atención.

Los datos del Sector 3, muestran que según el sitio de la explosión el HGM atendió el 46.6% de los lesionados, en ese momento y de acuerdo con los planes de emergencia vigentes, dicha institución hizo de Centro de Atención y Clasificación de Heridos (CACH). Esta distribución de la atención muestra que en Medellín, la red de urgencias ha logrado avances en el manejo de las emergencias y en la atención de los lesionados en las instituciones de salud de acuerdo con el área geográfica en que ocurra el desastre.

En cuanto a la atención de los lesionados en el Instituto de Seguros Sociales (ISS) se encontró que de los del sector 1, recibieron atención en esta institución el 31.0%, y el 16.4% de los lesionados del Sector 3. Los lesionados del Sector 2 ninguno fue atendido en primera instancia en el ISS, posiblemente en esto influyó, primero, la organización en el manejo de las emergencias en la ciudad; segundo, debido a las condiciones socio-económicas del Sector habían pocas personas con afiliación a la institución y tercero, que hubo pocos heridos.

Es importante anotar que en el Sector 2 se presentaron lesiones menores en aproximadamente 30 niños de un colegio privado masculino. Teniendo en cuenta que las lesiones fueron menores, algunas producidas en las caídas ocasionadas por el pánico, y todos fueron atendidos con los recursos del colegio este grupo no fue tenido en cuenta en la información.

El número de lesionados del Sector 3 fue alto, la atención fue brindada por instituciones oficiales y privadas. La Clínica SOMA que se encuentra ubicada en el centro de la ciudad atendió el 15.1% de los lesionados del sector. Si se tiene en cuenta que en el momento de estos atentados aún no existía regulación alguna para que las instituciones particulares atendieran a las víctimas de las explosiones, es posible que quienes acudieran a esta clínica fueran personas que contaban con los recursos económicos suficientes para cubrir los gastos de atención.

Con referencia a la afiliación de los lesionados a un sistema de salud se encontró que el 27.0% de las víctimas en los 3 sectores estaban afiliadas al ISS (Cuadro 36)

Cuadro 36. Distribución porcentual de la afiliación a un sistema de salud de los individuos lesionados, según el sector Medellín 1990.

AFILIACION	SECTOR							
	SECTOR 1		SECTOR 2		SECTOR 3		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
I.S.S.	15	48.4%	1	5.9%	17	23.0%	33	27.0%
CAJA DE COMP. FLIAR	-	-	-	0.0%	3	4.1%	3	2.5%
SEGUROS PAGADOS	3	9.7%	-	0.0%	1	1.4%	4	3.3%
OTRA	2	6.5%	-	0.0%	-	-	2	1.6%
NINGUNA	3	9.7%	4	23.5%	9	12.2%	16	13.1%
SIN INFORM.	9	29.0%	12	70.6%	44	59.5%	65	53.3%
BASE:	31		17		74		122	

Se piensa que este porcentaje de afiliación entre los lesionados es alto y evidencia que se trataba de una población en etapa productiva como lo muestra el hecho que en los 3 sectores la mayoría de los lesionados, el 66.4% tenían edades entre los 15-44 años. Es importante resaltar que si bien el porcentaje de afiliación al ISS fue alto, la atención inicial en esta institución fue de 18.6%.

En esto pudo influir que en los atentados de los Sectores 2 y 3 ya se había organizado la red de urgencias y en ninguno de estos eventos le correspondió al ISS la atención inmediata de los lesionados.

El 13.1% de los lesionados no tenían afiliación a ningún sistema de salud, su atención debió ser asumida por el estado, la familia o con los recursos personales. Esto hace pensar que las personas sin afiliación a un

sistema de salud sufrieron deterioro de sus condiciones socio-económicas debido a los altos costos de los servicios de salud.

En el Sector 1, al 48.4% de los lesionados estaban afiliados al ISS, el 9.7% tenían seguro pre-pagado y un porcentaje similar no tenía ningún tipo de afiliación.

En el Sector 2, se encontró el 23.5% sin ninguna afiliación a un sistema de salud, y solo 5.9% tenían acceso a los servicios del ISS. Esto demuestra que en el Sector 2, las familias tuvieron que asumir de manera directa los costos de la atención hospitalaria y los honorarios médicos.

En el Sector 3, se encontró el 23.0% de afiliados al ISS, el 12.2% no tenían afiliación a algún sistema, el 4.1% pertenecían a alguna de las Cajas de Compensación Familiar y sólo el 1.4% tenían seguros prepagados.

Vale la pena resaltar que del 53.3% de los lesionados no fue posible obtener información acerca de su afiliación a un sistema de salud, en esto influyó que algunos de los datos se obtuvieron de las historias clínicas y en éstas la información socio-económica encontrada fue limitada.

### 5.3. ANALISIS DE DATOS DE LAS 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

Cuadro 37. Relación porcentual de la presencia de secuelas en los individuos lesionados, según el sector Medellín 1990

PRESENCIA DE SECUELAS	SECTOR							
	SECTOR 1		SECTOR 2		SECTOR 3		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SI	10	35.7%	6	66.7%	10	24.7%	34	30.9%
NO	3	10.7%	2	22.2%	1	1.4%	6	5.5%
SIN INFORM.	15	53.6%	1	11.1%	54	74.0%	70	63.6%
Total	† 28	100.0%	†† 9	100.0%	††† 73	100.0%	110	100.0%

† HUBO 3 MUERTOS

†† HUBO 8 MUERTOS

††† HUBO 1 MUERTO

En el Cuadro 37, se presentan los datos referentes a las secuelas de los lesionados en los tres sectores. Como se muestra en el cuadro no 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. Pensamos que esto se debió a que en estos dos sectores hubo mayoría de lesionados y mucha de la información se obtuvo de las historias clínicas. 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 si quedaron con secuelas.

Cuadro 38. Distribución porcentual de las secuelas en los individuos lesionados, según sector Medellín 1990.

SECUELAS	SECTOR							
	SECTOR 1		SECTOR 2		SECTOR 3		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
FISICAS	3	30.0%	3	50.0%	1	5.6%	7	20.6%
PSICOAFECTIVAS	2	20.0%	3	50.0%	8	44.4%	13	38.2%
AMBAS	5	50.0%	-	-	9	50.0%	14	41.2%
Total	10	100.0%	6	100.0%	18	100.0%	34	100.0%

El análisis de los datos del Cuadro 38 indican 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. Al analizar

cada uno de los sectores se encontró que en los Sectores 1 y 3 el 50.0% de los lesionados tuvieron secuelas físicas y psicoafectivas. En el Sector 1, el 30.0% presentó secuelas físicas y el 20.0% psicoafectivas.

En el Sector 2 el porcentaje fue el 50.0% para cada uno de los tipos de secuelas; y en el Sector 3, el 44.4% tuvieron secuelas psicoafectivas y solo el 5.6% físicas. (Ver Gráfico 7)

Cuadro 39. Distribución porcentual de los tipos de manifestaciones psicoafectivas en los lesionados, según el sector Medellín 1990.

MANIFESTACIONES	SECTOR							
	SECTOR 1		SECTOR 2		SECTOR 3		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
INSOMNIO	3	10.7%	2	22.2%	12	16.4%	17	15.5%
LLANTO	2	7.1%	-	-	5	6.8%	7	6.4%
PERDIDA DEL APETITO	-	-	1	11.1%	2	2.7%	3	2.7%
NEGACION DE SITUACION	-	-	-	0.0%	2	2.7%	2	1.8%
SENTIMIENTO DE SOLEDAD	-	-	1	11.1%	3	4.1%	4	3.6%
IRRITABILIDAD	1	3.6%	-	-	1	1.4%	2	1.8%
INSEGURIDAD	7	25.0%	3	33.3%	5	6.8%	15	13.6%
MIEDO	7	25.0%	3	33.3%	15	20.5%	25	22.7%
BASE:	28		9		73		110	

En el Cuadro 39 se presentan 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 relatadas por los lesionados.

Entre los lesionados del Sector 1 se encontró que el 25.0% experimentó inseguridad e igual porcentaje miedo, el 10.7% tuvieron insomnio, el 7.1% llanto y el 3.6% irritabilidad.

En el Sector 2 el 33.3% de los lesionados experimentaron miedo y un porcentaje igual inseguridad. El 22.2% tuvo insomnio, los sentimientos de soledad y pérdida de apetito fueron experimentados por el 22.2%.

En el Sector 3 las manifestaciones psicoafectivas fueron más variadas. El 20.5% experimentó miedo, el 16.4% insomnio, el 6.8% llanto y un porcentaje igual inseguridad. El 5.4% tuvieron pérdida de apetito e hicieron negación de la situación, el 4.1% tuvo sentimientos de soledad y el 1.4% irritabilidad. (Ver Gráfico B)

Cuadro 40. Distribución porcentual del número de manifestaciones psicoafectivas en cada lesionado, según el sector Medellín 1990.

NUMERO DE MANIFESTACIONES	SECTOR						TOTAL	
	SECTOR 1		SECTOR 2		SECTOR 3		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
UNA	1	14.3%	-	-	3	17.6%	4	14.8%
DOS	3	42.9%	1	33.3%	8	47.1%	12	44.4%
TRES	3	42.9%	-	-	3	17.6%	6	22.2%
CUATRO	-	-	2	66.7%	3	17.6%	5	18.5%
Total	7	100.0%	3	100.0%	17	100.0%	27	100.0%

En el Cuadro 40 se analizan los datos correspondientes al número de manifestaciones psicoafectivas sentidas por los lesionados de cada uno de los sectores. El análisis muestra que el 44.4% tuvieron 2 manifestaciones psicoafectivas y el 40.7% entre 3 y 4.

Al analizar cada uno de los Sectores se encontró que el comportamiento fue muy similar, aquellos lesionados con 2 y 3 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 Rubin <sup>47</sup>, los estresores son aquellos hechos o condiciones ambientales que provocan gran tensión y desencadenan un estado de alteración 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 sin número

---

<sup>47</sup> 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. 70

de manifestaciones psicoafectivas experimentadas y vividas por las personas lesionadas.

Cuadro 41. Distribución porcentual de la presencia de lesiones psicoafectivas en los individuos no lesionados, según el sector Medellín 1990.

SECUELAS	SECTOR							
	SECTOR 1		SECTOR 2		SECTOR 3		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SI	6	50.0%	19	50.0%	32	66.7%	57	58.2%
NO	5	41.7%	19	50.0%	16	33.3%	40	40.8%
SIN INFORM.	1	8.3%	-	-	-	-	1	1.0%
Total	12	100.0%	38	100.0%	48	100.0%	98	100.0%

Los datos del Cuadro 41 muestran que 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 psicosomático que según lo describe Richtsmeir <sup>50</sup>, las más frecuentes después de un desastre son, las gastritis, náuseas,

<sup>50</sup> RICHTSMEIR y MILLER, Op. Cit. p. 185

vómito, diarrea, costipación, 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 <sup>21</sup>, 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 <sup>22</sup>, 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 tuvo 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.

---

<sup>21</sup> FREUD, Citado por Solomon, F., Manual de Psiquiatría. México: Impresores Modernos, 1972, p. 134

<sup>22</sup> SOLOMON, F. Ibid. p. 134

Cuadro 42. Relación porcentual de las manifestaciones psicoafectivas en los no lesionados, según el sector Medellín 1990.

MANIFESTACIONES PSICOAFECTIVAS	SECTOR							
	SECTOR 1		SECTOR 2		SECTOR 3		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
INSOMNIO	1	8.3%	1	2.6%	16	33.3%	18	18.4%
LLANTO	2	16.7%	2	5.3%	7	14.6%	11	11.2%
PERDIDA DEL APETITO	-	-	-	-	4	8.3%	4	4.1%
NEGACION DE SITUACION	-	-	-	-	2	4.2%	2	2.0%
SENTIMIENTO DE SOLEDAD	1	8.3%	3	7.9%	2	4.2%	6	6.1%
IRRITABILIDAD	-	-	3	7.9%	2	4.2%	5	5.1%
INSEGURIDAD	3	25.0%	10	26.3%	11	22.9%	24	24.5%
MIEDO	6	50.0%	18	47.4%	30	62.5%	54	55.1%
BASE:	12		38		48		98	

El análisis en las manifestaciones psicoafectivas en las personas no lesionadas (Cuadro 42) 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. (Ver Gráfico 9)

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 2 sectores, tales como la pérdida de apetito el 8.3% y la negación de la situación el 4.2%

Cuadro 43. Distribución porcentual del número de manifestaciones psicoafectivas en las personas no lesionadas, según el sector Medellín 1990.

NUMERO DE MANIFESTACIONES	SECTOR							
	SECTOR 1		SECTOR 2		SECTOR 3		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
UNA	1	16.7%	7	35.0%	10	31.3%	18	31.0%
DOS	3	50.0%	9	45.0%	14	43.8%	26	44.8%
TRES	2	33.3%	4	20.0%	4	12.5%	10	17.2%
CUATRO Y MAS	-	-	-	-	4	12.5%	4	6.9%
Total	6	100.0%	20	100.0%	32	100.0%	58	100.0%

Los datos referentes al número de manifestaciones experimentados por cada individuo (Cuadro 43) son similares a las presentadas por las personas lesionadas. Se encontró que en los no lesionados el 44.8% del total presentaron 2 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 nos permiten hacer algunos análisis a partir de la bibliografía revisada. Se han hecho estudios con poblaciones que han vivenciado desastres y encontraron que los desastres naturales o causados por el hombre, producen altos niveles de tensión ocasionando efectos sociales y psicológicos.

Crocq <sup>33</sup>, 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 <sup>34</sup>, mencionan que éstas pueden aparecer hasta 2 años después de haberse vivido la situación.

---

<sup>33</sup> CROCC, Op. Cit. 510

<sup>34</sup> BRAVO, y RUBIO, Op. Cit. P. 32

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% lo cual muestra que 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 Fatuel Puig<sup>23</sup>, 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 Fatuel Puig <sup>24</sup>, dice que la nostalgia tiene una investidura intensa y en razón de su carácter cron condiciones que indican el dolor concentrado en el cuerpo lesionado y lo relaciona con un pasado, que el sujeto de alguna manera sigue lamentando.

---

<sup>23</sup> FATUEL, Puig. Citado por Escobar, A. L'Enfermement. Paris: Editores Klincksieck, 1989, p. 63

<sup>24</sup> Ibid. p. 65

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 <sup>57</sup>, hacer el rompimiento con la pérdida, esto les ayudará a reflexionar y a encontrarse a si mismos.

Los resultados de este estudio referente a las manifestaciones psicoafectivas nos 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 por lesionados y no lesionados, 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.

---

<sup>57</sup> ESCOBAR, Op. Cit. p. 59

Para ejemplificar como 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 expresen 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, propietario de un negocio manifestó que todo su personal quedó "con lloradera ante cualquier circunstancia", además decía, presentan "problemas de sueño". Alguien expresó: "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 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<sup>00</sup> la que tuvo mínimos daños hasta 8 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, llegue 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 esquirilas 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 socio-económicas 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, los costos de los servicios de salud debido a que la mayoría de las personas o no tenían el costo exacto de estos o preferían no divulgarlos, tenemos la certeza que estos así como las pérdidas sociales y

eronomías por cierre de establecimientos, la disminución de generadores en los sectores afectados, la reconstrucción de los inmuebles, fue muy grande.

Hemos 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.

El marco teórico que sustenta este estudio vincula las consecuencias de los atentados dinamiteros a los daños en los inmuebles y bienes materiales de los afectados, las lesiones anatómicas y 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 era una situación de tensión colectiva prolongada que afecta toda

una comunidad o segmentos considerables de esta. 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. <sup>20</sup>

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.

---

<sup>20</sup> ALARCON, F. D. Bustratos Conceptuales de la Ecuación Desastre Natural - Salud Mental. Serie de Monografías Clínicas No 2, 1989. Editado por B. Lima y M. Gaviria. Mexico. Talleres Roque Nublo, S.A. p. 20